



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO

**AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL**

FORTALEZA
2019

SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO

**AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS
EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Fabiane do Amaral Gubert

Coorientadora: Eveline Beserra Pinheiro

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P722a Pinheiro, Sarah Rayssa Cordeiro Sales.
AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM
UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL / Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro. – 2019.
78 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert.
Coorientação: Prof. Dr. Eveline Beserra Pinheiro.

1. Enfermagem Pediátrica. 2. Saúde da Criança. 3. Autoeficácia. 4. Apoio Social. 5. Prematuridade. I.
Título.

CDD 610.73

SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO

AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS
EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Fabiane do Amaral Gubert

Coorientadora: Eveline Beserra Pinheiro

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Márcia Maria Coelho Oliveira (1 membro)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Mariana Cavalcante Martins (2 membro)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Viviane Mamede Vasconcelos Cavalcante (Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

A nós, mulheres;

À Vilani, à Lúcia, à Tereza, à Adryana,

E a todas que vieram antes de mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado e me capacitado em todos os momentos. Ele é fiel para fazer mais do que pedimos ou pensamos.

Aos meus pais, Robéria e Adryana, meus avós e toda minha família, por seu carinho, amor e atenção que sempre estiveram ao meu lado, por meio de abraços e palavras de apoio. Desculpem a ausência! E obrigada por terem sido meus primeiros incentivadores.

Ao meu esposo, Daniel Falcão, por seu companheirismo e apoio. Você me ajudou levar o mestrado com mais leveza. Obrigada por acreditar e até investir nessa conquista, ela também é sua.

Ao meu irmãozinho, Abner, que, mesmo quando distante, sempre teve um lugar que ninguém mais vai ocupar no meu coração. Ao meu irmão Samuel que me deu a sobrinha mais fofo que alguém pode ter.

Às minhas primas, em especial, Stephani e Beatriz, que estiveram bem presentes durante esse período, conversando comigo e me fazendo esquecer um pouco das atividades rotineiras. Obrigada.

À minha bisavó Vilani e minha prima Jales, que cumpriram sua missão aqui na Terra. Vocês me deixaram memórias inesquecíveis. Mas ora, não é mesmo só isso que nós deixamos? É assim que nos eternizamos.

À Prof. Dra. Fabiane do Amaral Gubert que tem me apoiado em toda a minha trajetória acadêmica e que me ajudou a levar o mestrado com leveza e dedicação. Você se tornou para mim um exemplo de professora, enfermeira e mãe. Obrigada pelo apoio.

À minha melhor amiga, Leticia Falcão, por ser uma irmã em todos os momentos e a todos meus amigos de caminhada que me encorajam a realizar meus sonhos.

Às professoras Márcia, Mariana, Viviane e Eveline por suas considerações para melhorar este trabalho e pela parceria durante a realização do mesmo.

À todos os participantes do Projeto de Extensão e Pesquisa: “Puericultura: cuidado à saúde da criança nos diversos cenários da atenção primária”, em especial a bolsista Mariana, pela contribuição na coleta dos dados.

À todas as participantes da pesquisa que foram peças chaves para o alcance os objetivos propostos e sem as quais o estudo não teria sido realizado.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por ter concedido uma bolsa de estudo, a qual foi fundamental para o desenvolvimento da pesquisa.

À Universidade Federal do Ceará por me proporcionar uma excelente formação acadêmica. Sinto-me honrada em ser mestra em enfermagem por esta instituição maravilhosa, a qual sempre sonhei fazer parte! A UFC produz ensino, pesquisa e extensão. Se isso é balburdia, então fomos a Universidade da balbúrdia, mas nunca seremos da barbárie! Quem venha tempos melhores!

Enfim, a todos, que direta ou indiretamente estiveram presentes nessa caminhada e contribuíram para essa vitória, meus sinceros agradecimentos.

“Sei que canto. E a canção é tudo. Tem sangue eterno a asa ritmada.” (Cecília Meireles)

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o nível de autoeficácia materna percebida acerca dos cuidados com o bebê e sua relação com o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em Unidade de Cuidado Neonatal. Estudo epidemiológico do tipo transversal, realizado em maternidade de referência em Fortaleza. A população foi composta por 120 mães de recém-nascidos prematuros em internação hospitalar. A amostra foi construída por conveniência, a partir da admissão contínua dos binômios no período de Junho a Setembro de 2018. Para a coleta foram utilizados três instrumentos: sociodemográfico, Escala para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida e Escala de Apoio Social - MOSS. Para análise estatística utilizou-se os testes de Teste Mann-Whitney U., Teste de Kruskal Wallis e correlação de Spearman. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob parecer 2.683.635. A maioria das mulheres estavam na faixa etária de 20 a 30 anos, eram provenientes da capital ou região metropolitana, possuía mais de 9 anos de estudo, tinha companheiro, não exerciam atividade remunerada e possuíam renda de 1 a 2 salários. Pouco mais da metade das mães era múltipara, realizaram pré-natal, porém poucas participaram de grupos de gestantes. Os testes estatísticos mostram correlação positiva da Autoeficácia Materna com a paridade ($p=0.017$) e anos de estudo ($p=0.017$) das mães. No entanto, mulheres com até oito anos de estudo apresentaram maiores níveis de confiança parental. A pontuação média da escala de Autoeficácia Materna, considerada moderadamente satisfatória, sendo o fator três - leitura de comportamento – com a menor média. Em relação ao apoio social, a pontuação média foi de 74.3, considerada alta. As dimensões com menores médias foram Apoio Emocional e Apoio de Interação Social Positiva. O Apoio Social geral ($p=0.002$), assim como suas dimensões – Material ($p=0.025$), Emocional ($p=0.002$), de Informação ($p=0.003$), Afetivo ($p=0.003$) e de Interação Social Positiva ($p=0.015$) – também demonstraram correlação significativa com o Autoeficácia Materna Percebida. Assim, a paridade, anos de estudo e o apoio social e suas dimensões se mostraram preditores da Autoeficácia Materna Percebida. O estudo foi relevante pois, ao analisar a autoeficácia materna e sua relação com o apoio social, o enfermeiro pode promover o cuidado sob uma perspectiva que leve em consideração o conhecimento prévio das mães e sua rede de apoio a partir de um plano de cuidados que envolva o componente educativo direcionado as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Saúde da Criança; Autoeficácia; Apoio Social; Prematuridade;

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the level of maternal self-efficacy perceived about the care of the baby and its relation with the social support of mothers of preterm infants in the Neonatal Care Unit. Epidemiological study of the transverse type, carried out in reference maternity hospital in Fortaleza. The population was composed of 120 mothers of premature newborns in hospital admission. The sample was constructed for convenience, from the continuous admission of the binomials in the period from June to September 2018. Three instruments were used for the collection: sociodemographic, Perceived Maternal Self-efficacy Scale and Social Support Scale MOSS. For statistical analysis, the Mann-Whitney U. Test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation were used. The study was approved by the ethics committee under opinion 2,683,635. Most of the women were between the ages of 20 and 30, they came from the capital or metropolitan region, had more than 9 years of study, had a partner, did not work in paid employment and had income of 1 to 2 salaries. A little more than half of the mothers were multiparous, they performed prenatal care, but few participated in groups of pregnant women. The statistical tests show a positive correlation of Self-efficacy with parity and years of study of the mothers. However, women with up to 8 years of schooling presented higher levels of parental confidence. The mean score on the Maternal Self-efficacy scale was 59.1, considered moderately satisfactory, with factor 3 - behavior reading - with the lowest mean. In relation to social support, the average score was 74.3, considered high. The dimensions with lower averages were Emotional Support and Positive Social Interaction Support. ($P = 0.002$), Emotional ($p = 0.002$), Information ($p = 0.003$), Affective ($p = 0.003$) and Positive Social Interaction ($p = 0.002$) = 0.015) - also demonstrated a significant correlation with Perceived Maternal Self-Efficacy. Thus, parity, years of study and social support and their dimensions have been predictors of Perceived Maternal Self-Efficacy. The study was relevant because, when analyzing maternal self-efficacy and its relation with social support, the nurse can promote care from a perspective that takes into account the mothers' prior knowledge and their support network from a care plan that involves the educational component directed to the real needs, reducing expenses and minimizing future interurrences.

Keywords: Pediatric Nursing; Child Health; Self-efficacy; Social support; Prematurity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação dos artigos. Fortaleza, 2019.....	23
Tabela 2-	Dados sociodemográficos dos mães participantes. Fortaleza, 2019.....	33
Tabela 3 -	Dados sobre gravidez e puerpério. Fortaleza, 2019.....	34
Tabela 4 -	Correlação dos dados sociodemográfico e Autoeficácia. Fortaleza, 2019.....	35
Tabela 5 -	Correlação das variáveis sobre gravidez e puerpério e Autoeficácia Materna. Fortaleza, 2019.....	36
Tabela 6 -	Estatística descritiva Escala de Autoeficácia Materna Percebida. Fortaleza, 2019.....	37
Tabela 7 -	Estatística descritiva da Escala de Apoio Social. Fortaleza, 2019.....	39
Tabela 8 -	Correlação da Autoeficácia Materna Percebida e Apoio Social. Fortaleza, 2019.....	41
Tabela 9 -	Correlação da Autoeficácia Materna Percebida e domínios do Apoio Social. Fortaleza, 2019.....	41

LISTAS DE SIGLAS

IHAC	Hospital Amigo da Criança
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
PMP S-E	Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Scale
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RN	Recém-nascidos
SUS	Sistema Único de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIn	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Contextualizando o objeto de estudo	15
2. OBJETIVO	20
GERAL	20
ESPECÍFICOS	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	21
2.1 Teoria da Aprendizagem Social e Autoeficácia	21
2.2 Autoeficácia e suporte social: o que diz a literatura	21
3 METODOLOGIA	28
3.1 Tipo de Estudo	28
3.2 Local do estudo	28
3.3 População e Amostra	29
3.3 Procedimentos para coleta de dados	29
3.5 Análise dos dados	31
3.6 Aspectos éticos	32
4. RESULTADOS	33
4.1 Caracterização dos binômios participantes do estudo	33
4.2 Correlação dos dados sociodemográfico e dados sobre a gravidez, parto e pós-parto com a Autoeficácia Materna Percebida	35
4.3 Caracterização da Escala de Autoeficácia Materna Percebida	37
4.4 Caracterização da Escala de Apoio Social	38
4.5 Correlação da Escala de Autoeficácia Materna Percebida e Escala de Apoio Social.	40
5. DISCUSSÃO	42
5.1 Perfil do binômio mãe-filho	42
5.2 Correlações de dados sociodemográficos e dados sobre gravidez, parto e pós-parto com a Autoeficácia Materna Percebida	45

5.3 Escala de Autoeficácia Materna Percebida	48
5.4 Escala de Apoio Social	49
5.5 Correlação da Autoeficácia com apoio social	51
6. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A	64
APÊNDICE B	66
APÊNDICE C	68
APÊNDICE D	70
ANEXO A	71
ANEXO B	72
ANEXO C	75

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o objeto de estudo

A Organização Mundial da Saúde define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas (< 259 dias) e, de acordo com a nomenclatura destinada aos prematuros, pode ser classificado conforme a idade gestacional (IG) em: prematuridade extrema (IG < 30 semanas), prematuridade moderada (IG \geq 31 e < 34 semanas) e prematuridade limítrofe (IG \geq 35 e < 36 semanas) (SOUZA, 2014).

A prematuridade pode trazer diversas complicações para a saúde da criança devido a imaturidade dos sistemas, por exemplo, a insuficiência respiratória a qual é considerada como uma das principais causas de morte em recém-nascidos (RN) prematuros na primeira semana de vida. (SOUZA, 2016).

Cerca de 15 milhões de neonatos nascem todos os anos, no mundo, antes de atingir as 37 semanas. As complicações relacionadas à prematuridade tornaram-se a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos. Um relatório evidenciou que, em 2015, essas complicações causaram cerca de um milhão de óbitos no mundo (LIU, 2016).

Além dos altos índices de prematuridade, Purisch e Gyamfi-Bannerman (2017) apontam significativas diferenças na incidência de parto prematuro em todo o mundo, há variação de 5% em países do Norte da Europa à 18% de partos prematuros no Málawi, sendo o Brasil o 10º país com a maior taxa de partos prematuros.

No Brasil, em 2014, a prevalência de nascimentos prematuros foi de 12,3%, variando de 14,7% na região Nordeste para 11,1% no Sudeste. Entre eles, 7,4% dos nascimentos prematuros ocorreram abaixo de 28 semanas de gestação, enquanto cerca de 79% eram entre 32 e 36 semanas (PASSANI et al, 2014). Leal (2016) revelou que em 191 municípios brasileiros, a taxa de prematuridade é quase duas vezes superior à observada em países europeus, o que tem influenciado em aumento dos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como potenciais danos aos recém-nascidos e suas famílias.

No Ceará, de 132.516 nascidos vivos, 11,5% são partos realizados antes das 37ª semana. Na Capital do Ceará, Fortaleza, a realidade não é diferente, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, em 2015, do total 39.512 nascidos vivos, 11% são prematuros. Frente a esta realidade, a prematuridade é um dos fatores determinantes na mortalidade infantil, pois contribui com 17,1% das mortes neonatais, sendo nove vezes maior a chance de morte neonatal em prematuros quando comparados a recém-nascido a termo (LANSKY, et al. 2014).

Neste contexto, o Brasil tem firmado compromissos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. Destaca-se nesse contexto o reforço nas políticas públicas voltadas para a assistência à saúde materno-infantil que remetem desde a década de 70, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) (BRASIL, 1975), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério, e também para as ações de promoção de saúde da criança.

E em 2004, foi firmado o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças nos diversos contextos assistenciais (BRASIL, 2011).

Atualmente, com o objetivo de levar a atenção humanizada dentro do ambiente da Unidade de Cuidados Neonatais foi elaborada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, publicada através da Portaria Ministerial no. 693 de 2000 (BRASIL, 2016). O método é dividido em três etapas: a primeira ocorre quando o prematuro necessita de permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Convencionais Neonatal (UCINco). Na segunda etapa, mãe e bebê estão aptos a permanecerem na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa. Já na terceira, o bebê recebe alta hospitalar, porém ainda necessita acompanhar seu crescimento e desenvolvimento. (BRASIL, 2011).

Um dos principais pilares de todas as Políticas Públicas de atenção ao recém-nascido é buscar construir e participar da rede de apoio social da mãe e do bebê, como forma de levar a humanização. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011; BRASIL, 2000, BRASIL, 2013)

Diante da necessidade de acompanhamento após a alta hospitalar, é fundamental identificar o contexto sociocultural das mães e sua rede de apoio para entendermos como isso pode interferir na percepção das suas habilidades nos cuidados com o bebê ainda na Unidade de Internação Neonatal. Dessa forma, o enfermeiro poderá implementar o fortalecimento do vínculo com a rede social de apoio dessas mães e aumentar a crença delas em suas habilidades parentais por meio de um cuidado individualizado. (INGRAM et al, 2016).

Sherbourne e Stewart (1991), um dos primeiros pesquisadores na área até os dias atuais, definem rede social (*social network*) como o grupo de pessoas que podem ou não oferecer ajuda ao indivíduo em diversas situações ao longo da vida, e define apoio social ou suporte social (*social support*) como os recursos postos à disposição por outras pessoas (rede social) em situações de necessidade ou não, e pode ser medido, por meio da percepção

individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo).

Embora o conceito de apoio social (ou suporte social) seja polissêmico, neste estudo, ele é compreendido como um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais, que fornecem apoio em diferentes âmbitos: emocional, material, educacional, entre outros (PRATES, 2015).

Estudos mostram que há uma relação entre o apoio social e a autoeficácia, a qual é definida como a opinião da pessoa sobre suas capacidades em produzir níveis satisfatórios de desempenho. (BANDURA, 1977). Um apoio social efetivo ajuda o indivíduo a enfrentar momentos difíceis e lidar com eventos estressantes, melhorando as habilidades e aumentando a autoeficácia dos pais. (PRATES, 2015; MANNION, 2013).

A maneira mais eficaz de criar senso forte de eficácia é por meio das experiências de domínios, que são experiências vividas pelo próprio indivíduo. Uma segunda maneira é por meio das experiências vicárias fornecidas por modelos sociais. Indivíduos podem aumentar sua autoeficácia ao verem pessoas similares a si obtendo sucesso. A outra maneira é a persuasão verbal. E última forma pela qual as crenças de autoeficácia emergem é o da excitação emocional. (BANDURA, 1998)

Através dessas fontes e de como o indivíduo reage a elas, a autoeficácia vai sendo moldada ao longo da vida do ser e é importante que o indivíduo acredite em suas capacidades de produzir efeito em todas as idades da vida.

A transição para a paternidade empurra de repente os jovens adultos para dentro de um papel novo e desconhecido, principalmente quando o RN se encontra internado em unidade neonatal. Por esta razão, é de extrema importância que os pais estejam seguros de sua eficácia parental (LARA, 2017). O nível de autoeficácia determina o início dos esforços maternos e a manutenção do desempenho em tarefas que envolvem o cuidado de seu recém-nascido (BANDURA, 2008). As mães que possuem alto nível de autoeficácia materna percebida são mais persistentes quando enfrentam dificuldades ou desafios no cuidado do recém-nascido e são mais propensas a iniciar cursos produtivos de ações e enfrentamentos adaptativos.

Segundo Coleman e Karraker (1998) para que os pais se sintam eficazes, eles devem possuir o seguinte: (a) conhecimento de respostas adequadas ao cuidado infantil (b) confiança em suas próprias habilidades para realizar tais tarefas, e (c) as crenças de que seus

filhos responderão contingentemente e que outros em seu meio social, incluindo familiares e amigos, apoiarão seus esforços.

Diante disso e das quatro fontes de autoeficácia citadas anteriormente, pesquisas recentes vem sendo realizadas com objetivo de conhecer os preditores da autoeficácia, tanto preditores behavioristas (social/cultural) quanto preditores cognitivos/afetivos (ansiedade, depressão, humor) (BANDURA, 1977) Mais especificamente estudos recentes mostram a relação da autoeficácia parental com o apoio indivíduo já que, segundo Bandura (1991), o indivíduo não precisa de experiências diretas para aprender (experiências vicárias) (CINAR, KOSE, ALTINKAYNAK, 2015). Portanto, o sentimento de eficácia parental é, frequentemente, um processo social e os indivíduos, principalmente as famílias fornecem modelos persuasivos sobre como pensar, sentir e agir.

Diante do contexto, se faz necessário avaliar a autoeficácia e conhecer quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio, e a partir disto, realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades. Contribuindo desta forma, para o aumento da crença das mães em suas próprias capacidades, estruturando atividades educativas de forma que tragam autonomia para as mães. (FEITOSA, 2017).

Ademais, um estudo identificou que as mães que contavam com o apoio enfermeiras/parteiras tem maior autoeficácia (YANG,2017) principalmente, devido ao apoio em ações educativas, tais como sessões educacionais (SHOREY et al, 2016), visitas domiciliares (BENZIES, et al 2008) e o uso de mídias (COUTO, 2014), dentre outros.

Assim, o uso de um instrumento consistente que permita avaliar a autoeficácia materna, possibilita o direcionamento das intervenções do enfermeiro, integrante da equipe de saúde. No âmbito da autoeficácia, destaca-se a *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Scale* (PMP S-E), elaborada e validada por Barnes e Adamson-Macedo (2007) com uma amostra de 160 mães de bebês prematuros hospitalizados em unidades de neonatologia do Reino Unido. A escala foi validada no Brasil por Tristão et al em 2014, a qual será aplicada neste estudo, e tem como base a teoria da autoeficácia de Bandura. (Barnes, Adamson-Macedo, 2007) e permite avaliar a capacidade de cuidado que a mãe acredita ter com relação aos cuidados e interação com seu bebê.

No âmbito do apoio social destaca-se a escala *Medical Outcomes Study's social support scale* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), validada no Brasil por Griep et al (2005). Na sua forma original, a Escala foi concebida para abranger cinco dimensões de apoio social: material; afetiva ; interação social positiva; emocional; de informação. (GRIEP, 2005)

Em vista do exposto, justifica-se o estudo, pois, embora algumas mães possam sentir-se capazes de realizar as tarefas mais complexas de parentalidade, outras podem ter expectativas relativamente diminuídas de sua capacidade de cuidado, especialmente frente ao nascimento prematuro. Ao analisar a relação entre autoeficácia materna e apoio social, o enfermeiro pode identificar áreas nas quais as mães necessitam de mais apoio e, assim, implementar ações de cuidado e com caráter educativo, sistemático e individualizado para a mãe e a família.

Assim, o enfermeiro poderá fornecer cuidados específicos ao binômio mãe e filho, bem como ações educativas, que envolvam temas como confiança e controle das reações do RN, aleitamento materno, necessidade da posição canguru por tempo integral e/ou temas identificados pelas mães como difíceis, diminuindo, junto a mãe e a sua rede de apoio, o medo e a insegurança na habilidade de cuidar do novo ser (GARFIELD, 2019). Dessa forma, as mães poderão fortalecer seus conhecimentos, melhorar a concepção sobre suas habilidades, aumentando sua autoeficácia nos cuidados com o seu recém-nascido e fortalecendo o vínculo com a sua rede de apoio social.

Frente ao contexto, este estudo torna-se relevante para a atuação do enfermeiro, considerando o cuidado deste a concepção, pré-natal e puericultura, na medida em que poderá contribuir para realizar cuidados mais específicos dentro desse cenário, com apoio em evidências científicas que sugerem e incentivam a aplicação em outros contextos (SHOREY, 2014; CHAVIS, 2016), evidenciando a necessidade de realizar mais estudos sobre o tema, especialmente em uma capital do nordeste brasileiro, que ainda apresenta um número acentuado de mortes de prematuros, superior às regiões mais desenvolvidas do Brasil. (PASSANI et al, 2014).

Diante da problemática, e da experiência da autora desde a graduação e conforme estudo realizado por Pinheiro (2016) identificando que as mães de bebês prematuros, que se encontravam no método canguru contam primordialmente com a rede de apoio social, para realizar os cuidados ao prematuro, emergiram os seguintes questionamentos: que preditores da Autoeficácia Materna Parental estão envolvidos neste contexto e qual a relação com o Suporte Social percebido, segundo as mães de recém-nascidos prematuros internados em unidade de internação neonatal?

2. OBJETIVO

GERAL

- ✓ Analisar a Autoeficácia Parental Materna percebida, bem como sua relação com o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidado neonatal.

ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a média dos escores da Escala de Autoeficácia Materna Parental Percebida e da Escala de Apoio Social.
- ✓ Verificar a existência de associação entre a Autoeficácia Materna Percebida e com as variáveis: sociodemográficas e sobre gravidez, parto e puerpério.
- ✓ Correlacionar os escores da Escala de Autoeficácia Materna Percebida e Escala de Suporte Social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Teoria da Aprendizagem Social e Autoeficácia

A Teoria Social da Aprendizagem, em grande parte, trabalho de Albert Bandura, traz uma nova perspectiva sobre aprendizagem, incluindo nesse processo as características pessoais do aprendiz, do padrão de comportamento e do ambiente. Esta Teoria sofreu mudanças ao longo do tempo, pois nas primeiras formulações, Bandura enfatizou características behavioristas e a imitação de modelos. Porém, ao longo do seu trabalho, pode-se perceber que Bandura não era atraído por estas correntes teóricas que enfatizavam a aprendizagem simplesmente através da tentativa e erro (estímulo-resposta behaviorista).

Assim, a Teoria Social da aprendizagem passou a concentrar-se nas considerações cognitivas e nos impactos dos fatores sociais dentro do contexto em que acontecem a aprendizagem. A medida que o modelo evoluiu, o aprendiz passou a ocupar papel central no processo de aprendizagem, o que sugere a necessidade de identificar o que os aprendizes percebem e como interpretam as situações sociais. Dentro da visão cognitiva social os fatores internos e externos são importantes, pois esses interagem no processo de aprendizagem. (BANDURA, 1986).

Ou seja, este teórico centralizou suas pesquisas no estudo do comportamento humano, quando este está inserido no contexto social, valorizando os processos cognitivos do indivíduo. Para Bandura, o homem não é totalmente influenciado pelo meio, pois suas reações e estímulos são auto-ativadas. (BANDURA, 1991)

Dentro dessa teoria, surgiu o conceito de autoeficácia percebida, onde a opinião do indivíduo sobre suas capacidades em exercer, determinam como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e comportam-se. Esses efeitos diversos são gerados por meio de fatores comportamentais (escolhas individuais e declarações verbais), fatores cognitivos/pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento) e fatores ambientais (recursos, conseqüências de ações e ambiente físico), mostrando que a autoeficácia é, frequentemente, um processo social (BANDURA, 1986).

2.2 Autoeficácia e suporte social: o que diz a literatura

Com o objetivo de conhecer os principais tipos de suporte social vem sendo oferecido por meio da rede de apoio das mulheres e sua relação com o constructo da

autoeficácia materna, optou-se por aprofundar nas principais bases de dados disponíveis. O estudo se deu em seis etapas: 1) Identificação do tema; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos resultados e 6) Apresentação da síntese do conhecimento. (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010)

Etapa 1 - Identificação do problema: A questão central desta revisão integrativa foi formulada utilizando a estratégia PICO definindo como população “mães de recém-nascidos” e intervenção como “Apoio Social”. O critério de comparação não foi aplicado e os resultados foram analisados sob uma perspectiva exploratória a partir da seguinte questão norteadora: “O apoio social oferecidos as mães de recém-nascidos tem se mostrado significativo para o aumento da autoeficácia materna?”

Etapa 2 - Pesquisa bibliográfica: realizada nas bases de dados: PubMed/Medline (National Library of Medicine and National Institutes of Health) e nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); CINAHL; (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e SCOPUS/Elsevier, no período de Setembro á Novembro de 2018.

Os descritores utilizados – todos presentes no DeCS e MeSH – foram: Self-efficacy AND Social support AND Infant (Autoeficácia AND Apoio Social AND Criança). Para composição do corpus, os artigos tiveram que obedecer aos seguintes de inclusão: Estudos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas que abordem as relações entre apoio social e autoeficácia materna percebida, e exclusão: Editoriais, cartas ao leitores e revisões bibliográfica

Etapa 3 - Identificação dos estudos pré-selecionados: A partir da agregação dos descritores controlados foi encontrado o total de 617 estudos. Destes, 51 estudos na base de dados CINAHL, 256 na SCOPUS, 307 no Portal PUBMED e 3 na LILACS. Pela leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 564 estudos por não se adequarem à temática de interesse e 14 estavam presentes em mais de uma base de dados. Assim, foi realizada uma leitura aprofundada de 30 artigos na íntegra. Destes, apenas 11 responderam a questão norteadora (APENDICE E).

Etapa 4 – Categorização dos Estudos Selecionados: A coleta de informações se deu a partir de um instrumento específico desenvolvido pelos autores para extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, o qual foi preenchido para cada artigo da amostra final da revisão. O instrumento utilizado reuniu as seguintes informações: identificação do artigo;

autores; ano de publicação e país de origem; objetivos; delineamento; população/amostra/local do estudo; escala utilizada e desfecho.

Etapa 5 e 6 - Análise e interpretação dos resultados e Apresentação da síntese do conhecimento: Os artigos foram numerados conforme a ordem de localização, e os dados organizados a partir da definição das informações a serem extraídas das publicações selecionadas. A avaliação crítica dos artigos consistiu na leitura do estudo na íntegra e, em seguida, na elaboração de uma tabela sinóptica (Tabela 1). De forma auxiliar, fez-se uso da técnica de análise temática de conteúdo por meio da leitura e releitura dos resultados dos estudos, procurando identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam.

Tabela 1 - Apresentação dos artigos. Fortaleza, 2019.

Título/Ano	Tipo de Apoio e/ou Fonte de apoio avaliados	Resultados
Zheng, Morrell, Watts, 2017	Suporte social (geral)	A apoio social foi um fator importante para a autoeficácia em seis e 12 semanas após o parto.
Shorey et al, 2013	Apoio estrutura formal e informal. Suporte informacional, instrumental, emocional ou avaliativo.	Mães relataram receber baixos níveis de apoio informacional e instrumental. A principal fonte de apoio foi o apoio informal de pais e maridos. A Autoeficácia teve uma moderada correlação positiva com o apoio social total, apoio funcional total.
Ngai, Wai-Chi, Ip, 2010	Suporte social (geral)	O apoio social e o estresse não foram associados diretamente com a competência e a satisfação do papel materno percebido em 6 semanas após o parto.
Zeiders et al, 2015	Fonte de apoio: Avós	O maior apoio das avós previu uma maior eficácia da parentalidade, que por sua vez favoreceu uma a maior competência social em nas crianças aos 48 meses e maior funcionamento acadêmico aos 60 meses de idade.
Lara et al, 2017	Suporte prático e emocional. Fonte: Pais e amigos.	O apoio social não se mostrou significativo para aumento da autoeficácia. Porém, o apoio prático dos pais se mostrou mais significativo que do o apoio emocional dos amigos.
Haslam et al, 2006	Fonte de apoio: pais e parceiros.	Níveis mais altos de apoio dos pais foram relacionados à maior autoeficácia materna, que por sua vez foi associada com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva pós-parto. O apoio do parceiro se mostrou preditor da autoeficácia
Shorey et al, 2015	Fonte de Apoio: Enfermeiras e parteiras. Tipo de apoio: Informativo.	Houve uma diferença significativa da pontuação da autoeficácia entre os dois grupo, as mães do grupo controle apresentaram pontuação de autoeficácia mais elevada.
Jones, Rowe, Becker, 2009	Fonte de Apoio: Parceiro, Parentes e Serviços Profissionais	O apoio dos parceiros foi considerado mais importante para as mães, seguido de apoio da família e depois apoio médico. A variável mais fortemente relacionada à eficácia parental foi o apoio informal de parentes na pré-alta.

Leahy-Warren et al, 2011	Apoio Estrutural: Formal e Informal. Suporte Funcional: Informativo, Instrumental, Emotivo e Avaliação.	A apoio social mostrou fraca correlação com a autoeficácia. As mães contavam majoritariamente com o apoio informal de familiares e amigos e pouco com apoio formal de profissionais. Há um forte relação entre apoio estrutural informal e autoeficácia.
Shorey et al, 2014	Apoio Estrutural: Formal e Informal. Suporte Funcional: Informativo, Instrumental, Emotivo e Avaliação.	As mães apresentaram apoio social em nível moderado, porém, os escores de apoio informativo e instrumental foram baixos. As principais fontes de apoio estrutural foi a família. O apoio social se mostrou como preditor da autoeficácia.
Korja et al, 2015	Suporte Emocional. Fonte de apoio: familiares	Houve correlação com o apoio emocional e autoeficácia.

Fonte: Dados da Pesquisa

No total, apenas 11 estudos encontrados respondiam a questão norteadora. Quanto a caracterização dos artigos, somente dois eram do continente americano, sendo somente um publicado no sul da América. A maioria (50%) dos estudos era proveniente do continente asiático, porém destaca-se que três desses artigos são dos mesmos autores. O que mostra pouca quantidade de estudos sobre o tema, pois, mesmo no país (Singapura) o qual apresentou maior quantidade de artigos publicados, há uma pouca diversidade dentre os autores. Além disso, embora dois dos artigos tenha origem americana, não foi encontrado nenhum artigo sobre o tema no Brasil.

Os estudos mostraram que o quantitativo de estudo relacionado ao tema autoeficácia e sua relação com o apoio social vem aumentando, embora sendo ainda um tema pouco discutido. Quanto ao delineamento das pesquisas, houve predominância de 10 estudos transversais e um ensaio clínico randomizado. Seis artigos foram publicados nos último cinco anos e apenas um artigo foi publicado há mais de 10 anos.

Dos estudos encontrados, 11 usaram escalas para avaliar a Autoeficácia, tais como, Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS) (PRASOPKITTIKUN, TILOKSKULCHAI, 2010), Perceived Maternal Parental Self-Efficacy (BARNES, ADAMSON-MACEDO, 2007), Parenting Sense of Competence Scale, Parental Expectations Survey (REECE, 1992), The Maternal Efficacy Questionnaire (TETI, GELFAND, 1991), Parenting Sense of Competence Scale (JOHNSTON, MASH, 1989), Scale; Parent Expectations Survey (REECE, 1992). Self-Efficacy for Parenting Tasks Index Toddler Scale (COLEMAN, KARRAKER 2003).

Quanto a idade do lactente durante a coleta de dados, o período variou desde a gestação até 60 meses (cinco anos) após o parto. Somente um dos estudos trouxe o tema da prematuridade.

Houve predominância de estudos transversais e somente um ensaio clínico randomizado controlado. Outros estudos mostram que intervenções tem sido desenvolvidas para aumentar a autoeficácia materna. Dentre essas intervenções, o apoio social trouxe impacto para o aumento da eficácia materna através de processos que envolvem: 1 - experiências vicárias e de domínio, como dramatização e discussão em pares sobre percepções e experiências (SALJUGHI et. al., 2016); 2 - persuasão verbal por meio de mensagem de texto (GALLEGOS et. al., 2015), vídeos (SPENCE et al 2014) e album seriado (CHAVES et. al., 2015).

Assim, embora a maioria dos estudos sejam de delineamento transversais e correlacionando a autoeficácia e apoio social, mais estudos randomizados controlados deverao ser realizados visto a importancia para oferecer diferentes tipos de apoio estrutural e suporte funcional e conhecer os impactos destes sobre a satisfação parental. (SHOREY et al, 2014)

Além disso, é importante que sejam feitos estudos em todas as etapas do processo parental, porém percebe-se que há uma necessidade de mais estudos que abordem o tema da eficácia parental e apoio social ainda na gestação, pois 90% todos os estudos encontrados abordaram o tema com as mães após o nascimento do recém-nascido. Embora as experiencias práticas das mães junto ao seu filho sejam importantes para o processo de autoeficácia materna, existem outras fontes de aprendizagem que podem ser trabalhadas ainda na gestação, por meio de experiências vicárias (usando modelos sociais) e persuasão verbal, podendo ser trabalhado ainda durante as consultas de pré-natal e juntamente com a rede de apoio das mães. (BANDURA, 1998)

Embora o conceito de suporte social seja polissêmico, neste estudo, ele é compreendido como um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais, que fornecem apoio em diferentes dimensões. (PRATES, 2015) Os âmbitos do suporte social não são bem definidas, porém a maioria dos autores consideram dimensões como: suporte emocional, material, educacional, informativo e de interação social positiva. (SHOREY, et al 2015, LEAHY-WARREN et al, 2011; LARA et al, 2017)

No geral, o apoio social mostrou correlação com a autoeficácia materna, com exceção de dois estudos. (NGAI, 2010; LARA, 2017) Essa divergência pode ser explicada por questões culturais e sociais (BANDURA, 1991).

Dentro do apoio social, a dimensão de apoio informativo é representado pela existência de pessoas que possam aconselhar, orientar ou informar em caso de necessidade. (SHERBOURNE; STEWART, 1991) Um dos estudos mostrou que na Irlanda, embora as

mães recebessem altos níveis de todos os quatros suportes avaliados (informativo, instrumental, emotivo e de avaliação), mães primíparas contavam majoritariamente com o apoio informativo. Além disso, o apoio informativo se mostrou como preditor da autoeficácia materna (LEAHY-WARREN et al, 2011). Ou seja, mães que podiam contar com pessoas para aconselhar/informar apresentam maior autoeficácia do que mãe que não tem esse apoio informativo.

No entanto, pesquisa demonstrou que mães primíparas apresentava baixos escores de apoio informativo. (TARKKA, PAUNONEN, LAIPPALA, 1999).

No ensaio clínico randomizado, mulheres do grupo intervenção apresentaram maior autoeficácia materna do que mulheres do grupo controle (SHOREY, 2015) O que pode estar relacionado com o tipo de intervenção, onde as mães do grupo intervenção receberam apoio informativo através de visitas domiciliares, telefonemas e folhetos educativos.

Os resultados de Lara (2017) também mostraram que mães no pós-parto imediato apresentaram baixos níveis de suporte instrumental/material. Este é um fator que precisa ser trabalhado junto as mães e sua rede de apoio ainda na gestação pelos profissionais de saúde, pois outros estudos mostraram que mesmo quando o suporte social não está fortemente relacionado com a autoeficácia, ainda sim, o apoio prático/instrumental é mais significativo do que outras dimensões de suporte, como o apoio emocional.

Os estudos tem apontado os efeitos benéficos do apoio social, em relação à participação da família (SHOREY, 2013) da comunidade (KORJA et al, 2015) e dos profissionais de saúde (SHOREY, 2014) para o desenvolvimento saudável da criança (ZEIDERS, 2015).

A principal fonte de apoio social das mães tem sido o apoio de familiares (SHOREY 2013; ZEIDERS, 2015; HASLAM, 2006; JONES, ROWE, BECKER, 2009), o qual tem correlação positiva com a autoeficácia, ou seja, quanto maior o apoio de pais e amigos, melhor satisfação parental. (LEAHY-WARREN, 2011)

Os valores familiares podem ter mais importância em algumas culturas do que em outras. Shorey (2014) encontrou forte relação entre apoio social e autoeficácia, este resultado talvez seja pelo suporte social disponível para as mães asiáticas no período do pós-parto. Nesse período, as mães de Singapura precisam seguir certas regras e recebem cuidados e apoio de todos os membros da família. Ou seja, dentro dessa cultura, os valores familiares tem papel importante.

Segundo estudo de Shorey (2014) e Haslam (2009), as principais fontes de apoio informativo de mães primíparas são os pais e companheiros. Outro estudo mostrou que o

apoio prático dos pais é mais significativo do que o apoio emocional de amigos. (LARA et al, 2017).

Assim, a família tem se mostrado de supra importância para a transição materna e para construção da autoeficácia. O que também foi encontrado por Leahy-Warren (2011), onde as mães australianas contam mais com o apoio informal de familiares e amigos do que com o apoio formal de profissionais. (JONES, ROWE, BECKER, 2009)

O apoio social profissional tem se mostrado menos importante nestes estudos (LEAHY-WARREN, 2011; JONES, ROWE, BECKER, 2009). Porém, vale salientar que a maioria estudos foram feitos pós-alta, onde as mães diminuem o acesso aos profissionais da saúde (LEAHY-WARREN, 2011; JONES, ROWE, BECKER, 2009). No entanto, estudos mostraram mães que são acompanhadas após a alta hospitalar por enfermeiras e parteiras por meio de visitas domiciliares e telefones, apresentaram maior autoeficácia e menos sintomas depressivos do que mulheres que não foram acompanhadas. (ZHENG et al, 2017; SHOREY et al, 2015)

É provável que toda a rede de apoio social (família, amigos, profissionais) aumente a autoeficácia materna através de experiências vicárias. Por exemplo, mulheres podem se sentir mais seguras ao verem suas mães/amigas/profissionais banhando seus bebês. Por isso, o enfermeiro ainda nas consultas de pré-natal, na maternidade e mesmo após o parto, deve acompanhar essas mães fornecendo meios para melhorar a eficácia parental, visto que a mesma pode influenciar no desenvolvimento infantil (ZEIDERS, 2015). Diante disso, e visto que a autoeficácia também apresenta preditores behavioristas, como fatores sociais e culturais (BANDURA, 1991), é importante que mais estudos sejam realizados dentro da realidade brasileira.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo, transversal. Os estudos transversais são utilizados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. A coleta de dados envolve um recorte único no tempo, sendo que os dados sobre a exposição e o desfecho são coletados simultaneamente (PEREIRA, 1995; POLIT; BECK, 2011).

Na abordagem quantitativa, o investigador identifica variáveis de interesse, desenvolve definições operacionais dessas variáveis e, depois, coleta dados relevantes dos sujeitos. São usados instrumentos formais para coletar as informações que são reunidas de forma quantitativa, isto é, informação numérica que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011)

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na Região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 336 km, sendo considerada a quinta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) em mais 2,6 milhões de habitantes em 2017.

A instituição escolhida para coleta de informações foi a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), a qual é tida como referência na capital e em todo o estado do Ceará. Caracteriza-se por ser um hospital universitário federal de grande porte, de nível terciário. De acordo com a Gerência de Atenção A Saúde- GAS-MEAC, foram cerca de 4853 partos e 4.929 nascidos vivos no ano de 2017, e localiza-se no bairro Rodolfo Teófilo, pertencente à Secretaria Executiva Regional III, do Sistema de Saúde de Fortaleza.

O Serviço de Neonatologia da MEAC abrange uma complexa Unidade de Internação Neonatal com capacidade para 56 leitos distribuídos conforme complexidade do cuidado ao neonato, contando com: 21 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), 30 de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e 5 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais- Canguru (UCINCa). A pesquisa ocorre nas duas UCINCo e na UTIn. A Unidade Canguru foi excluída, pois as mães que estavam no Canguru eram mulheres que vinham encaminhadas da UTI e UCINCo

A escolha dessa maternidade se dá por ser um hospital que segue as recomendações da política nacional de assistência ao recém-nascido prematuro, credenciado pelo Ministério da Saúde e por ter recebido o título de Hospital Amigo da Criança- IHAC - com referência em aleitamento materno cujo foco é tratar à mulher e o RN dando apoio à família. A instituição segue os valores da perspectiva de assistência humanizada de acordo com a proposta da Rede Cegonha, a qual foi implementada com o objetivo de reduzir óbitos maternos e neonatais, incentivando nas maternidades, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento. (BRASIL, 2011)

3.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por 120 puérperas que estivessem com recém-nascido prematuro internado na Unidade de Internação Neonatal do referido hospital. A amostra foi construída por conveniência, a partir da admissão contínua dos binômios durante o período de coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram mães de neonatos prematuros internados, que estejam de alta hospitalar e tiverem condições para participar do estudo. Os critérios de exclusão foram mães possuírem histórico psiquiátrico que possa prejudicar a coleta de dados e óbito do recém-nascido.

Inicialmente foi calculado o tamanho da amostra de 120 mulheres com nível de significância de 5% e erro amostral de 4%. Ao final do estudo foi calculado o poder da amostra, a posteriore, por meio do programa G*Power 3.1.9.2, para o desfecho da correlação de Autoeficácia e Apoio Social no valor de 99% .

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times S^2}{e^2}$$

Onde:

- $Z\alpha = 1,96$;
- $S = 12,7$
- $e = 4\%$

3.3 Procedimentos para coleta de dados

As mães foram contatadas durante a hospitalização do recém-nascido em Unidade de Cuidados Neonatais, no período de Junho à Setembro de 2018, no momento da visita as mães. As visitas da pesquisadora a unidade neonatal ocorreram com periodicidade diária com intuito de captar as mães que ingressavam no serviço. O preenchimento dos instrumentos demorou cerca de 20 minutos e ocorreu em uma sala reservada que oferecia privacidade para as mães.

Foram aplicados três instrumentos, sendo o primeiro um questionário elaborado pelo próprio pesquisador, com apoio em outro estudo já realizado (FEITOSA, 2017), com dados sociodemográficos, tais como: nome, idade, escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional/profissional, renda. Além de dados sobre a gravidez, partos e puerpério, como: paridade, idade gestacional, dia de internação, realização de pré-natal, quantas consultas participou, se recebeu orientação sobre os cuidados com RN, participação em grupo de gestantes, se terá apoio para realizar os cuidados com o RN e quem dará este apoio, onde busca informação sobre os cuidados com o prematuro e se recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal (APÊNDICE D).

O segundo instrumento foi a Escala de Autoeficácia Materna Parental Percebida (*Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy scale* - PMPS-E) (BARNES E ADAMSON-MACEDO, 2007) (ANEXO A). Trata-se de um instrumento composto de vinte itens, que solicita à respondente avaliar de acordo com o que se acreditava conseguir fazer rotineiramente com relação aos cuidados do seu bebê e à sua interação com ele/ela, com respostas dadas em escala Likert, onde os respondentes são solicitados a indicar o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa pela afirmação (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2011).

A escala é composta de quatro subdomínios ou fatores:

Fator 1 (4 itens): refere-se aos procedimentos de cuidado da mãe em relação ao bebê e avalia a percepção materna sobre sua capacidade de executar atividades e tarefas relacionadas às necessidades básicas do bebê, como Alimentação;

Fator 2 (7 itens): refere-se à avaliação materna sobre sua habilidade de eliciar mudanças no comportamento do bebê;

Fator 3 (6 itens): avalia as percepções maternas sobre a habilidade de compreender e identificar mudanças no comportamento do bebê;

Fator 4 (3 itens): representa os sinais e crenças situacionais que analisam as crenças maternas em relação à sua habilidade de manter interação com o bebê.

O escore é calculado pela média aritmética. Quanto mais alto o escore, maior a autoeficácia materna percebida (BARNES; ADAMSON-MACEDO, 2007).

O terceiro instrumento foi a Escala de Apoio Social, proposta na versão original aplicada no *Medical Outcomes Study (MOS)* (ANEXO B), adaptada e validada no Brasil em 2005 (GRIEP, 2005). O instrumento foi desenvolvido para avaliar a percepção do suporte social e foi administrado a 2987 pacientes crônicos, mostrando boa evidência de validade e confiabilidade. É um instrumento de autoreportado com 19 itens por meio de escala Likert de cinco pontos, que identifica a frequência que o respondente pode contar com o apoio de outras pessoas em diferentes situações. Os autores relatam alfa de Cronbach maior que 0,91 para todos os fatores.

Na sua forma original a MOS foi concebida para abranger cinco dimensões de apoio social: *material* (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; *afetiva* (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; *interação social positiva* (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; *emocional* (quatro perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; *informação* (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem.

Para todas as perguntas da Escala de Apoio Social - MOS, cinco opções de resposta foram apresentadas, as quais os participantes devem responder assinalando uma das cinco repostas possíveis para cada questão utilizando uma escala Likert de cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre), uma pontuação maior reflete níveis mais altos de apoio social. Para cada resposta, serão atribuídos escores que variavam de 1 (nunca) a 5 (sempre).

Para cada pergunta há cinco possibilidades de resposta, que variam de nunca (um ponto) até sempre (cinco pontos). A pontuação dada a cada pergunta é somada e quanto maior o escore final, maior o suporte social percebido pela informante.

3.5 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram compilados no Microsoft Office Excel e analisados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0 para Windows e apresentados em tabelas, sintetizando os principais pontos a serem discutidos, conforme a literatura pertinente. Foi utilizada a estatística descritiva, através de frequência absoluta, relativa, média e desvios-padrão. Para todos os testes, qui quadrado, Teste Mann-Whitney U., Teste

de Kruskal Wallis e correlação de Spearman, foi utilizado o nível de significância de 5%. Os resultados serão apresentados em tabelas e discutidos conforme literatura pertinente ao tema.

3.6 Aspectos éticos

As recomendações para coletas dos dados estão de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de ética da Maternidade Escola sob número de parecer 2.683.635. (ANEXO C)

Com a preservação da autonomia das mães participantes, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, caso a mãe concorde em participar (BRASIL, 2013b) e o Termo de Assentimento para puérperas adolescentes menores de 18 anos. (APÊNDICE B)

Esse termo foi apresentado para todas as puérperas no momento da coleta, onde na ocasião será explicado que a mãe participará de um estudo, no qual não sofrerá nenhum risco e ajudará na conduta dos profissionais de saúde. Foram ainda explicados os objetivos e as estratégias a serem utilizadas na pesquisa, bem como as vantagens e os riscos do estudo.

Para preservação da autonomia das mães participantes, as mães que aceitaram participar esclarecemos que é ofertada a possibilidade de desistirem do estudo a qualquer etapa do processo, sem risco de sofrer qualquer penalidade. O princípio da autonomia também foi contemplado ao tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando a independência e a livre escolha. Além disso, a privacidade e o anonimato da mãe e da criança foram preservados.

O princípio da beneficência foi respeitado, no momento em que serão observadas possibilidades e propostas apresentadas pelos participantes da pesquisa, garantindo o retorno aos sujeitos estudados e a sua coletividade.

Quanto ao princípio da não maleficência também foi contemplado uma vez que o estudo apresentou riscos mínimos. Podendo surgir desconfortos durante a coleta de dados, uma vez que as mães podem se sentir constrangidas ao responderem o instrumento. Dessa forma, evitou-se qualquer tipo de desconforto aos sujeitos e termos que acarretassem constrangimentos ou que exponha a situações que atinjam a integralidade das pessoas.

Finalmente, o princípio a ser contemplado é o da justiça, pois todos os participantes da pesquisa foram submetidos aos mesmos métodos de aplicação dos questionários, estando igualmente beneficiados dos resultados, sem discriminação ou indução dos resultados.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos binômios participantes do estudo

A idade das mães variou entre 14 a 46 anos com média de 25,7 anos, (43.3%) das mulheres estão na faixa etária entre 20 e 30 anos. A maioria das mulheres (65%) eram provenientes da capital ou região metropolitana. Quanto à escolaridade, a maioria (64,2%) possuía mais de 9 anos de estudo. Quanto ao estado civil, (75%) das mães possuíam companheiro. Das 120 mulheres, 73 (60,8%) não exerciam atividade remunerada. Quanto a renda familiar, (60,8%) das mães possuíam renda de 1 a 2 salários. Quanto ao apoio financeiro governamental, 73 (60,8%) recebiam bolsa família. Conforme se observa na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos mães participantes. Fortaleza, 2019.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N(%)
Idade	
< 19 anos	32(26.6%)
> 20 e < 30 anos	52(43.3%)
> 31 anos	36(30%)
Procedência	
Capital/Região Metropolitana	78(65.0%)
Interior	42(35.0%)
Anos de estudos	
Até 8 anos	43(35.8%)
Mais de 9 anos	77(64.2%)
Estado civil	
Com companheiro	90(75.0%)
Sem companheiro	30(25.0%)
Atividade remunerada	
Não	73(60.8%)
Sim	47(39.2%)
Renda familiar	
< 1 salário	24(20.0%)
1 a 2 salários	73(60.8%)
> 3 salários	23(19.2%)
Bolsa família	
Não	73(60.8%)
Sim	47(39.2%)

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto aos dados sobre gravidez e puerpério, pouco mais da metade das mães era múltiparas (53.3%) e maioria dos binômios estavam com menos sete dias de internação na

Unidade Neonatal (49,3%). No que se refere a idade gestacional ao nascer, (45,8%) podia ser classificado como prematuro limítrofe ($IG \geq 31$ e < 34 semanas).

A maioria das puérperas (98,3%) realizaram pré-natal, sendo que (40%) realizaram 6 ou mais consultas. Cerca de (52,5%) relatou ter recebido orientações sobre os cuidados com o bebê durante o pré-natal e 60 (50%) acerca da amamentação. Quanto à participação em grupo/roda de gestantes, (84,2%) comentou não ter participado de grupo/roda de gestante no pré-natal.

A maioria das mães (89,2%) afirmou que teriam apoio para realizar os cuidados com o bebês. Quanto a fonte onde buscam informações sobre os cuidados com o bebê, (43,3%) disseram buscar informações com os profissionais de saúde, (26,7%) com familiares e (25,8%) buscavam informações na internet/redes sociais.

Conforme observa-se na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados sobre gravidez e puerpério. Fortaleza, 2019.

VARIÁVEIS SOBRE GRAVIDEZ E PUERPÉRIO	N(%)
Paridade	
Múltipara	64(53,3%)
Primípara	56(46.6%)
Idade Gestacional	
Prematuro extremo ($IG < 30$ semanas)	35(29.2%)
Prematuro limítrofe ($IG \geq 31$ e < 34 semanas),	55(45.8%)
Prematuro moderado ($IG \geq 35$ e < 36 semanas)	30(25.0%)
Dias de internação	
< 7 dias	58(48,3%)
> 15 dias	22(18.3%)
> 7 dias < 15 dias	40(33.3%)
Fez Pré-Natal	
Não	2(1.7%)
Sim	118(98.3%)
Quantidade de consultas realizadas	
1 a 3 consultas	23(19.2%)
4 a 6 consultas	49(40.8%)
Mais que 6 consultas	48(40.0%)
Orientação sobre cuidados com bebê	
Não	57(47.5%)
Sim	63(52.5%)
Participação em grupo de gestante	
Não	101(84.2%)
Sim	19(15.8%)
Apoio para realizar os cuidados com o RN	
Não	13(10.8%)
Sim	107(89.2%)
Fonte de informações sobre os cuidados com o bebê	
Familiares	37(30.9.7%)
Internet/Redes sociais	36(30.0%)
Posto de saúde/Profissional de saúde	52(43.3%)
Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal	
Não	60(50.0%)

Sim

60(50.0%)

Fonte: Dados da Pesquisa

4.2 Correlação dos dados sociodemográficos e dados sobre a gravidez, parto e pós-parto com a Autoeficácia Materna Percebida

A tabela 4 evidencia a média da escala de autoeficácia materna e sua correlação com as variáveis sociodemográficas. Houve correlação significativa entre anos de estudo e Autoeficácia Materna ($p=0.017$). No geral, a média de autoeficácia entre as mães foi satisfatória, além disso, as médias tiveram valores próximos.

As mulheres com idade maior que 30 anos apresentaram maior eficácia parental. Além disso, mulheres provenientes do interior, com 1-4 anos de estudo, que não tinham atividade remunerada e ganhavam menos de um salário apresentaram uma média de autoeficácia um pouco mais alta. Mulheres que recebiam o bolsa família tiveram autoeficácia maior do que mulheres que não recebiam ajuda governamental.

Tabela 4 - Correlação dos dados sociodemográfico e Autoeficácia. Fortaleza, 2019.

Variável	Autoeficácia	
	Média (SD)	P
Idade		0.448 ²
<19 anos	57.9 (12.4)	
> 20 < 30 anos	58.3 (10.4)	
> 31 anos	61.3 (11.1)	
Procedência		0.501 ¹
Capital/Região Metropolitana	58.6 (11.5)	
Interior	60.0 (10.45)	
Anos de estudos		0.017 ²
Até 8 anos	64.3 (13.2)	
Maior ou igual a 9	56.7 (9.5)	
Estado civil		0.959 ¹
Casada/união estável	59.0 (10.8)	
Solteira/Viúva/Divorciada	59.0 (12.4)	
Atividade remunerada		0.199 ¹
Não	60.6 (10.9)	
Sim	58.0 (11.3)	
Renda familiar		0.781 ²
< 1 salário	60.25 (12.2)	
1 a 2 salários	59.1 (10.3)	
> 3 salários	57.6 (12.8)	
Bolsa família		0.054 ¹
Não	57.6 (11.1)	
Sim	61.4 (11.0)	

¹Teste Mann-Whitney U., ²Teste de Kruskal Wallis.

Fonte: Dados da Pesquisa

A paridade mostrou-se correlacionada significativamente com Autoeficácia Materna ($p=0.017$). Mulheres multíparas, com mais de 15 dias de internação e com prematuro limítrofe apresentaram elevada eficácia parental. Puérperas que realizaram mais de 6 consultas de pre-natal e que receberam orientação sobre amamentação e cuidados com o bebê também apresentaram autoeficácia mais elevada.

Mães que não participaram de grupos de gestantes, que não contarão com apoio de alguém para realizar os cuidados com o bebê e que buscam informações sobre os cuidados com o bebê na internet/rede apresentaram eficácia mais baixa.

Conforme observa-se na tabela 5.

Tabela 5 – Correlação das variáveis sobre gravidez e puerpério e Autoeficácia Materna. Fortaleza, 2019

Variável	Autoeficácia	
	Média (SD)	P
Paridade		0.017 ¹
Multípara	62.8 (10.7)	
Primípara	56.9 (11.2)	
Dias de internação do recém-nascido		0.970 ²
< 7 dias	58.0 (13.2)	
> 7 dias < 15 dias	58.27 (7.7)	
> 15 dias	59.4 (9.54)	
Idade Gestacional ao Nascer		0.949 ²
Prematuro Extremo	59.17 (9.6)	
Prematuro Limítrofe	59.67 (13.2)	
Prematuro Moderado	58.7 (11.0)	
Realizou pré-natal		0.242 ¹
Não	50.0 (11.3)	
Sim	59.3 (11.1)	
Quantidade de consultas		0.199 ¹
1 a 6 consultas	54.1 (10.5)	
Mais que 6 consultas	61.4 (11.0)	
Orientação sobre cuidados com bebê		0.158 ¹
Não	58.1 (10.8)	
Sim	60.3 (11.4)	
Participação grupo de gestante		0.503 ¹
Não	58.8 (11.2)	
Sim	60.7 (10.6)	
Fonte de informações sobre os cuidados com o bebê		0.131 ²
Familiares	60.8(12.0)	

Internet/Redes sociais	54.9 (10.0)	
Posto de saúde/Profissional de saúde	60.6 (9.7)	
Recebeu orientações sobre amamentação		0.330 ¹
Não	58.2 (11.6)	
Sim	60.2 (10.5)	

¹Teste Mann-Whitney U., ²Teste de Kruskal Wallis.

Fonte: Dados da Pesquisa

4.3 Caracterização da Escala de Autoeficácia Materna Percebida

A pontuação média da escala foi de 59.1, com mínima de 29 e máxima 76. Como podemos ver na tabela 5, o fator 3 - “leitura de comportamento” apresentou a média mais baixa (M=2,7). Onde, 47,5% das mães não acreditam que são boas em saber que atividades seus bebês não gostam, dessa forma, o item “Eu sou boa em saber que atividades meu bebê não gosta” apresentou a menor média, com 2.4.

Seguido do item “Eu acredito que tenho controle sobre os cuidados com meu bebê” com média 2.5, e dos itens “ Eu sou boa em manter meu bebê entretido” e “Eu sou boa em entender o que meu bebê quer”, com média 2.7

O fator 4 - crenças situacionais – foi o fator com maior média (M=3.7). O item com maior média foi “Eu sei mostrar afeição para o meu bebê” (M=3.9), onde (95.8%) da mães consideraram que “sempre” eram boas em mostrar afeto para o seu bebê.

Tabela 6 – Estatística descritiva da Escala de Autoeficácia Materna Percebida. Fortaleza, 2019.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Média
FATOR 1 – TOMANDO CUIDADO					3.0
Eu sou boa em manter meu bebê entretido.	32(26.7%)	13(10.8%)	28(23.3%)	47(39.2)	2.7
Eu sou boa em alimentar meu bebê.	15(12.5%)	9(7,5%)	20(16.7%)	76(63.3%)	3.3
Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.	24(20.0%)	4(3.3%)	15(12.5%)	77(64.2%)	3.2
FATOR 2 – ELICIANDO COMPORTAMENTOS					3.1
Eu sei fazer meu bebê feliz.	2(1.7%)	5(4.2%)	23(19.2%)	90(75.0%)	3.6
Eu sei fazer meu bebê se acalmar quando ele está chorando.	12(10.0%)	6(5.0%)	33(27.5%)	69(57.5%)	3.3
Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido(a).	26(21.7%)	13(10.8%)	21(17.5)	60(50.0%)	2.9

Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado(a).	28(23.3%)	10(8.3%)	22(18.3%)	60(50.0%)	2.9
Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.	25(20.8%)	17(14.2%)	23(19.2%)	55(45.8%)	2.9
Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto(a).	22(18.3%)	13(10.8%)	22(18.3%)	63(52.5%)	3.0
Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.	19(15.8%)	10(0.3%)	28(23.3%)	63(52.5%)	3.1
FATOR 3 – LEITURA DO COMPORTAMENTO					2.7
Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.	20(16.7%)	9(7.5%)	41(34.2%)	50(41.7%)	3,0
Eu acredito que tenho controle sobre os cuidados com o meu bebê.	37(30.8%)	13(10.8%)	37(30.8%)	33(27.5%)	2.5
Eu percebo quando meu bebê está doente.	22(18.3%)	13(10.8%)	39(32.5%)	46(38.3%)	2.9
Eu entendo os sinais do meu bebê	20(16.7%)	15(12.5%)	38(31.7%)	47(39.2%)	2.9
Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.	48(40.0%)	9(7.5%)	25(20.8%)	38(31.7%)	2.4
Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.	31(25.8%)	14(11.7%)	30(25.0%)	45(37.5%)	2.7
FATOR 4 – CRENÇAS SITUACIONAIS					3.7
Eu acredito que meu bebê reage bem a mim.	2(1.7%)	5(4.2%)	24(20.0%)	89(74.2%)	3.6
Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro.	3(2.5%)	3(2.5%)	25(20.8%)	89(74.2%)	3.6
Eu sei mostrar afeição para o meu bebê.	1(0.8%)	0(0.0%)	4(3.3%)	115(95.8%)	3.9

Fonte: Dados da Pesquisa

4.4 Caracterização da Escala de Apoio Social

As mulheres tinham em média 3,5 familiares e 2 amigos com que quem podiam falar sobre tudo ou quase tudo. A pontuação média da escala foi 74,3, com mínima de 29 e máxima 95.

A tabela 7 mostra a média dos itens e de cada dimensão. As dimensões com menores médias foram Apoio Emocional e Apoio de Interação Social Positiva com média 3,8.

O item “Se você precisar, com que frequência você conta com alguém que compreenda seus problemas?” apresentou a menor média dentre os demais itens (M=3.5), seguido pelos itens “Se você precisar, com que frequência você conta com alguém para divertirem-se

juntos?’’ (M=3.7). ‘‘Se voc e precisar, com que frequ ncia voc e conta com algu m com quem relaxar?’’(M=3.6), ‘‘Para lhe dar informa o que o ajude a compreender determinada situa o?’’(M=3.7)

Tabela 7 – Estat stica descritiva da Escala de Apoio Social. Fortaleza, 2019.

Suporte Social (Varia�o 1 a 5)	Frequência					Média
	Nunca N (%)	Raramente	às vezes	Quase sempre	Sempre	
Se voc�e precisar, com que frequência voc�e conta com alguém:						
Que o ajude se voc�e ficar de cama?	3(2.5%)	15(12.5%)	12(10.0%)	25(20.8%)	65(54.2%)	4.1
Para preparar suas refei�o�es se voc�e não puder prepará- las?	8(6.7%)	12(10.0%)	14(11.7%)	13(10.8%)	73(60.8%)	4.0
Para levá-lo ao médico?	10(8.3%)	13(10.8%)	10(8.3%)	12(10.0%)	75(62.5%)	4.0
Para ajudá-lo nas tarefas diárias se voc�e ficar doente?	10(8.3%)	10(8.3%)	14(11.7%)	23(19.2%)	63(52.5%)	3.9
	Média total do apoio material 4.0					
Em quem confiar ou para falar de voc�e ou sobre seus problemas?	11(9,2%)	17(14.2%)	12(10.0%)	17(14.2%)	63(52.5%)	3.8
Para compartilhar seus medos e preocupa�o�es mais íntimos?	9(7.5%)	16(13.3%)	11(9.2%)	15(12.5%)	69(57.5%)	3.8
Que compreenda seus problemas?	10(8.3%)	22(18.3%)	25(20,8%)	14(11.7%)	49(40.8%)	3.5
Para lhe ouvir quando voc�e precisa falar?	7(5.8%)	13(10.8%)	8(6.7%)	22(18,3%)	70(58.3%)	4.1
	Média total do apoio emocional 3.8					
Para lhe dar informa�o que o ajude a compreender determinada situa�o?	5(4.2%)	22(18.3%)	23(19.2%)	17(14.2%)	53(44.2%)	3.7
De quem realmente quer conselhos?	9(7.5%)	11(9,2%)	15(12.5%)	19(15.8%)	66(55.0%)	4.0
Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	10(8.3%)	19(15.8%)	13(10.8%)	21(17.5%)	57(45.8%)	4.1

Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	7(5.8%)	9(7.5%)	16(13.3%)	21(17.5%)	67(55.8%)	4.1
Média total do apoio informativo 4.0						
Que lhe dê um abraço?	5(4.2%)	14(11.7%)	12(10.0%)	11(9.2%)	78(65.0%)	4.5
Que você ame e faça você se sentir querido?	4(3.3%)	6(5.0%)	5(4.2%)	16(13,3%)	89(74.2%)	4.5
Que demonstre amor e afeto por você?	1(0.8%)	9(7.5%)	10(8.3%)	14(11.7%)	86(71.7%)	3.8
Média total do apoio afetivo 4.2						
Para divertirem-se juntos?	9(7.5%)	15(12.5%)	15(12.5%)	22(18.3%)	59(49.2%)	3.7
Com quem relaxar?	5(12.5%)	14(11.7%)	16(13.3%)	17(14.2%)	58(48.3%)	3.6
Com quem distrair a cabeça?	12(10%)	20(16.7%)	20(16.7%)	12(10.0%)	56(46.7%)	3.9
Para fazer coisas agradáveis?	9(5.0%)	15(12.5%)	21(17.5%)	23(19.2%)	55(45.8%)	3.8
Média total do apoio de interação social positiva 3.8						

Fonte: Dados da Pesquisa

4.5 Correlação da Escala de Autoeficácia Materna Percebida e Escala de Apoio Social.

A tabela 8 apresenta correlação significativa da autoeficácia materna percebida e apoio social ($p=0.002$).

Tabela 8 - Correlação da autoeficácia materna percebida e apoio social. Fortaleza, 2019

		Autoeficácia
Apoio Social	Spearman's rho	0.283**
	p-value	0.002

Fonte: Dados da Pesquisa

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A tabela 9 demonstra correlação significativa dos domínios de apoio social, Material ($p=0.025$), Emocional ($p=0.002$), de Informação ($p=0.003$), Afetivo ($p=0.003$) e de Interação Social Positiva ($p=0.015$) com a Autoeficácia Materna Percebida.

Tabela 9 – Correlação da Autoeficácia Materna Percebida e domínios do Apoio Social. Fortaleza, 2019

		Autoeficácia	Material	Emocional	Informação	Afetivo	Interação social positiva
Autoeficácia	Spearman's rho	—	0.204 *	0.275 **	0.271 **	0.273 **	0.222 *
	p-value	—	0.025	0.002	0.003	0.003	0.015
Material	Spearman's rho		—	0.693 ***	0.730 ***	0.575 ***	0.592 ***
	p-value		—	< .001	< .001	< .001	< .001
Emocional	Spearman's rho			—	0.812 ***	0.651 ***	0.692 ***
	p-value			—	< .001	< .001	< .001
Informação	Spearman's rho				—	0.696 ***	0.684 ***
	p-value				—	< .001	< .001
Afetivo	Spearman's rho					—	0.715 ***
	p-value					—	< .001
Interação Social Positiva	Spearman's rho						—
	p-value						—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5. DISCUSSÃO

5.1 Perfil do binômio mãe-filho

A idade das mães variou entre 14 a 46 anos, onde a maioria se encontrava na faixa etária entre 20 e 30 anos, corroborando com estudo de Fontoura (2015) realizado em Fortaleza com 115 mães de recém-nascidos internados em Unidade Neonatal, no qual a maioria das mães apresentava-se na mesma faixa etária.

No entanto, outro estudo internacional recente, encontrou variações de idade de 21 a 41 anos com média de 30 anos, identificando aumento na faixa etária, o que pode evidenciar uma tendência em que essas mulheres têm engravidado mais tarde (SHOREY et al, 2016).

Sabe-se que a idade materna é um fator de risco neonatal quando se encontra na faixa etária inferior a 18 anos ou superior a 35 anos. Ribeiro et al. (2014) observou que a idade das mães tem influência na admissão dos neonatos na UTI, pois contribuem diretamente no peso ao nascer, na idade gestacional e nos escores de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. Diante disso, é importante conhecer a faixa etária dessa população, visto que a prematuridade e admissão em UTI podem estar relacionadas com os extremos de idade (FONTOURA, 2015)

A maioria das mães era proveniente da capital ou região metropolitana, o que corrobora com estudo realizado em Fortaleza, com mães internadas na Unidade Canguru (FEITOSA, 2016). Esses achados indicam que regiões de saúde com maior aglomerado de pessoas podem favorecer a aproximação das mulheres com os centros de saúde, pois as capitais tendem a oferecer serviços mais especializados.

A regionalização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, possibilitando, assim, melhor assistência obstétrica, de modo a atender às necessidades das gestantes em um determinado território. (FERRARESI, 2016).

Desta maneira, observa-se que os resultados desse estudo corroboram com a ideia de que essa regionalização enfrenta grandes desafios, sendo que, muitas vezes, a mesma não é cumprida, de modo que muitas mulheres procuram serviços de saúde em outras regiões, aumentando, desta forma, a demanda da assistência nesses locais.

É importante que, tanto mulheres provenientes da capital quanto do interior, tenham o mesmo acesso à assistência de boa qualidade, com profissionais capacitados para o acolhimento dessas mulheres, com uma infraestrutura mínima de recursos materiais e de apoio diagnóstico, cumprindo o princípio de Integralidade do SUS.

Quanto à escolaridade, a maioria possuía mais de 9 anos de estudo, indo de encontro com pesquisa realizada em Fortaleza com mães de bebês internados em UTIn, as quais tinham pelo menos ensino médio e superior (ANTUNES, et al 2014).

Sabe-se que a baixa instrução materna pode limitar a assimilação dos conhecimentos, pois se sabe que este fator pode ser um marcador da condição socioeconômica da mãe e de sua família, relacionando-se nesse contexto com o perfil cultural e comportamental, ligados aos cuidados de saúde da família e da criança.

Assim, o fato das mães terem uma maior escolaridade pode influenciar positivamente na maior compreensão de atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, na segurança dos cuidados ofertados à criança. (ANDRADE et al., 2015).

Quanto ao estado civil, a maioria das mães possuíam companheiro, dados também encontrados em estudos brasileiros (FONTOURA, 2015; NASCIMENTO 2018) e internacionais (ZHU et al, 2014) realizados com mães de neonatos em UTI.

Estudo que analisou o perfil de acompanhantes de mulheres durante o pré-natal, verificou que as mães contavam majoritariamente com seus companheiros (LIMA, 2017). Este dado é importante e reflete a mudança nos papéis parentais, onde os homens vem se conscientizando sobre a importância da sua participação no processo gravídico-puerperal. Ademais, essa participação deve ser estimulada durante as consultas de pré-natal e também nas atividades grupais em educação em saúde.

A maioria das mulheres não exercia atividade remunerada e recebiam benefício do Programa Social do Governo Federal, o Bolsa Família, assim como em outros estudos realizados na região nordeste, caracterizando uma questão social que pode influenciar a morbimortalidade materna e infantil (FEITOSA, 2016; LIMA 2017).

A questão socioeconômica também pode ser evidenciada no estudo de Blencowe (2012) que demonstrou que mais de 90% dos bebês nascidos antes de 28 semanas de gestação sobrevivem em países de alta renda, mas em alguns contextos de baixa renda, apenas 10% chegam a sobreviver. Assim, conhecer o contexto econômico dessas mães favorece a realização de cuidados que valorizam os determinantes e condicionantes de saúde, a partir de cada contexto familiar.

A maioria das mães era múltipara, corroborando com estudo nacional semelhante de Guimarães (2015). No caso de mães que tem outros filhos, é comum que elas se refiram com preocupação sobre as crianças que permanecem em casa e das quais elas precisam se distanciar fisicamente enquanto permanecem nas instalações do hospital (FONSECA, 2016).

Esse é um fato que pode gerar estresse e culpa para as mães com RN internados, interferindo na eficácia parental dessas mulheres. Dessa forma, a equipe de saúde deve se manter atenta e proporcionar formas de trazer toda a rede de apoio dessas mães.

Embora tenham sido partos prematuros, a maioria podia ser classificado como prematuro limítrofe, sendo assim, se captadas precocemente, essas mulheres deveriam ter feito de 6 a 8 consultas de pré-natal. Embora a maioria das mães tenha realizado o pré-natal, somente 40% realizaram mais do que 6 consultas. Conforme o Ministério há a necessidade de no mínimo 06 consultas de pré-natal para promover uma gestação saudável sem complicações para mãe e para o filho (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o enfermeiro com o integrante da equipe de saúde e com o apoio dos agentes comunitários de saúde, deve promover a captação precoce do pré-natal como uma forma de assistência, segura para a saúde da mulher. Pois sabe-se falta de assistência e de procedimentos rotineiros à gestante pode acarretar a mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer (MAYOR et al. 2018).

Acerca dos cuidados com o bebê e amamentação, cerca de mais da metade das mulheres receberam informação durante o pré-natal. Esse dado é importante pois tanto no pré-natal quanto no período de internação do prematuro na UTIn, o enfermeiro representa um papel fundamental de educador em saúde, pois é ele quem acompanha a mãe e o bebê de forma direta e contínua. Podendo ser concentrar em oferecer todos os tipos de apoio funcional, mas principalmente apoio informativo (SHOREY, 2014).

Porém, quanto à participação dessas mulheres em grupo/roda de gestantes, a maioria das mães disse não ter participado de grupo/roda de gestante durante o pré-natal. Porém, sabe-se que a maioria das mulheres que recebem o atendimento pré-natal tradicional está interessada em participar de pré-natal em grupo para compartilhar momentos com mulheres semelhantes e com sua rede de apoio (McDONALD, 2016).

Cabe aos enfermeiros, realizar grupos, rodas ou cursos de gestantes pois proporciona um ambiente de interação entre o enfermeiro e as mães, trazendo um espaço de liberdade para exposição e troca de experiências (CUNNINGHAM, 2017). Assim, fica evidente a importância de realizar grupos de gestante e o papel do enfermeiro como educador no auxílio a esse público para proporcionar espaços informativos visto que as mães demonstram interesse em participar.

A maioria das mulheres afirmou que receberiam apoio para realizar os cuidados com o RN. Contar com o apoio de alguém para realização dos cuidados com o bebê pode

umentar a autoeficácia materna (LARA, 2017), que por sua vez favorece o desenvolvimento infantil (ZEIRDERS, 2015).

A principal fonte de informação foi o apoio informativo profissional. Outro estudo, realizado com mães de bebê internados na unidade neonatal, encontrou o profissional de saúde como fonte principal de informação, sendo que a maioria dos pais preferiu fazer perguntas a enfermeiros em UTIn sobre a prematuridade (83,3%) e (68,5%) preferiu perguntar a um médico da UTIn sobre o bem-estar de seu próprio bebê (GARTEN et al, 2013).

Ademais, se sabe que os profissionais de enfermagem tem se mostrado fonte de aquisição de conhecimento para muitas mães com bebês internado na UTIn, devido ao contato contínuo com essas mulheres e seus recém-nascidos, diferindo de outros profissionais que possuem menos contato (SHOREY,2014). Vale salientar que a pesquisa foi realizada dentro da Unidade Neonatal, o que pode ter influenciado as mães a procurarem mais informações advindas de profissionais da saúde.

A segunda fonte de informação citada foram os familiares, corroborando com estudos que mostram que o apoio familiar tem se mostrado mais importante do que apoio de amigos (LARA, 2017; SHOREY. 2013). Assim, a família deve ser percebida como foco do cuidado de enfermagem e refletir sobre a necessidade de avançar para a busca da construção do conhecimento com participação ativa dos familiares, principalmente dos pais e das avós.

Dentro de uma cultural onde as informações não param de chegar, não é de se surpreender que boa parte das mulheres busquem informações em internet/redes sociais. A internet, embora seja uma ferramenta que pode auxiliar na obtenção de informação rápida, existem preocupações, uma vez que, não se sabe, muitas vezes, se as fontes dos dados são confiáveis (SALONEN *et al.*, 2014.).

5.2 Correlações de dados sociodemográficos e dados sobre gravidez, parto e pós-parto com a Autoeficácia Materna Percebida

Embora o teste mostre correlação positivada autoeficácia com anos de estudo, mulheres com até 8 anos de estudo apresentaram eficácia parental mais alta. Além disso, mulheres provenientes do interior, que não tinham atividade remunerada e ganhavam menos de um salário apresentaram uma média de autoeficácia um pouco mais alta. Embora, esses sejam achados inesperados e que contradizem outros estudos, esses são fatores que podem facilitar a permanência das mulheres dentro da Unidade de Cuidados Neonatais, o que facilita

que essas mães tenham um maior acesso às informações quanto aos cuidados com o bebê e, conseqüentemente, uma maior confiança nas suas práticas parentais.

Mulheres que recebiam o benefício do governo federal, bolsa família e que não exerciam atividade remunerada, tiveram autoeficácia mais elevada. Sabe-se que um maior apoio material pode ter impacto significativo na eficácia parental (GRIEP, 2015). Assim, o apoio material recebido pelas mães pode a autoeficácia materna e, conseqüentemente, na autoeficácia materna (BANDURA, 1991). Por não exercerem atividade remunerada, a disponibilidade das mães no hospital pode ter elevado o apoio social formal de profissionais, o que pode ter impulsionado a confiança dessas mães, produzindo um achado maior de autoeficácia. (LIMA, 2017)

Mães com menos sete dias de internação, com prematuro moderado apresentaram autoeficácia mais baixas. Esses dados podem se justificar pelo estado clínico da criança, pois sabe-se que mães com crianças que apresentam um estado clínico mais estável podem se sentir mais capazes de realizar os cuidados com o neonato (BANDURA, 2008; TRISTÃO et al, 2014). Novos estudos devem ser realizados levando em consideração o estado de saúde da criança, com objetivo de conhecer como esses fatores podem afetar o processo de parentalidade.

Nesse estudo, foi encontrado correlação significativa da paridade com a Autoeficácia Materna, o que é também congruente com a noção de domínio de Bandura (1998), onde mulheres que já tiveram filhos sente-se mais confiantes em exercer a parentalidade do que mães primíparas. Esse achado também pode ter sido influenciado pelo idade das mães e pelo fato do hospital onde foi realizado a pesquisa permitir que, uma vez na semana, os prematuros recebam a visita dos irmãos. A presença do outro filho no hospital pode ter diminuído o estresse e preocupações dessas mães e elevado as confiança parental (FONSECA, 2016).

Mulheres que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal, receberam orientação sobre amamentação e cuidados com o bebê, participaram de grupos de gestantes e que não contarão com apoio de alguém para realizar os cuidados com o bebê tiveram maiores níveis de autoeficácia. O que nos mostra que um maior apoio profissional durante a gestação pode melhorar a transição para parentalidade (QUEIROZ et al, 2016). Outro estudo realizado por Magriples et al (2015) mostrou que o grupos de apoio durante o pré-natal tem um impacto positivo nas trajetórias de ganho de peso na gravidez e no pós-parto

Além disso, mães que tem os familiares como principal fonte de informação apresentaram autoeficácia materna mais alta. Zeiders et al (2015), ao examinar os valores

familistas entre avós e mães e autoeficácia, mostrou que o apoio das avós previu uma maior eficácia da parentalidade, que por sua vez favoreceu uma maior competência social nas crianças aos 48 meses e um melhor funcionamento acadêmico aos 5 anos de idade. Ou seja, o apoio das avós, de forma indireta, ao melhorar a autoeficácia das mães, contribuiu para o desenvolvimento saudável da criança.

Possivelmente, esse processo, tanto da aprendizagem em atividades grupais quanto no contexto familiar, ocorra por meio de modelagem. Ou seja, as mulheres percebem suas mães e colegas gestantes como tendo mais experiências com maternidade e, ao receberem apoio prático/material sentem-se mais seguras para realizar os cuidados com o bebê. (BANDURA, 2008; SHOREY, 2014). Assim, grupos de apoio formados por outras gestantes e familiares poderiam ser úteis para as novas mães melhorarem a autoeficácia através de modelos sociais.

Dessa forma, o enfermeiro deve incentivar os familiares, especialmente as avós, a apoiarem as mães. Além disso, enfermeiros precisam entender o conceito de apoio social e se tornarem mais presentes, capacitando as mães a mobilizarem esse apoio. Quando os profissionais de saúde desenvolvem suas ações de cuidado respeitando o contexto social e cultural nos quais as mulheres interagem, têm-se maior possibilidade delas reconhecerem o serviço de saúde como rede de apoio de referência e confiança para o cuidado de si (QUEIROZ et al, 2016).

As mulheres que buscam informações sobre os cuidados com o bebê na internet/rede social também apresentaram uma eficácia parental mais baixa do mães que buscam informações com familiares ou profissionais de saúde. Fato que possivelmente se justifique pelo mal uso dessa tecnologia, pois o uso da internet para melhorar a autoeficácia só é satisfatório quando as informações contidas no site são baseadas em evidências científicas. (SALONEN *et al.*, 2014.)

Embora, a maioria os dados sociodemográficos não mostraram correlação significativos com a autoeficácia materna. Outros estudos com mulheres no ciclo gravídico- puerperal revelam que as condições sociodemográficos podem influenciar no desenvolvimento da autoeficácia materna, com destaque às variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar (CHAVES, 2012; MANNION *et al.*, 2013).

Esses achados diferentes justificam-se pelo fato da autoeficácia não ser influenciada somente por fatores ambientes, mas também por processos cognitivos. O aprendiz é uma agente pelo qual as experiências são filtradas e os fatores socioculturais são

mediados pelos mecanismos psicológicos da estrutura do self para produzir efeitos comportamentais (BANDURA, 1977).

Culturas diferentes podem interpretar a autoeficácia de formas diferentes, pois, segundo Bandura, a mente humana não é apenas reativa; é geradora, criativa e reflexiva. Essencialmente, o indivíduo se engaja em um relacionamento transacional entre o ambiente social/ e o self (BASTABLE, 2010). Entretanto, esses dados não podem ser generalizados pelo fato da pesquisa ter sido realizada em somente um centro de saúde, onde as mulheres poderiam ter características socioculturais parecidas, além disso, algumas dessas variáveis por ter uma amostra reduzida podem elevar ou subestimar suas médias.

Dessa forma, se faz necessário que o enfermeiro conheça os fatores sócio-culturais onde essas mulheres estão inseridas para, assim, promover a realização de um plano de cuidado focado em facilitar a transição parental.

5.3 Escala de Autoeficácia Materna Percebida

No geral, as mães apresentaram um nível satisfatório de autoeficácia achado que parece ser positivo, pois o nível de autoeficácia pode influenciar o início dos esforços maternos e manutenção do desempenho em tarefas que envolvam o cuidado com seus recém-nascidos. (BANDURA, 1998; DODT, 2018)

O fator com média mais baixa foi ‘leitura de comportamento’, mostrando que as mães tem dificuldade em compreender e identificar mudanças no comportamento do bebê. Os itens ‘Eu sou boa em saber que atividades meu bebê não gosta’ e ‘Eu acredito que tenho controle sobre os cuidados com meu bebê’ apresentaram as médias mais baixas. Corroborando com os achados de Shorey (2015), onde a baixo autoeficácia foi relatada nestes dois itens.

O estudo de Shorey (2015) também mostrou que as mães tinham baixo autoeficácia nas realizações de cuidados com o bebê (Fator 1), o que contradiz com os achados dessa pesquisa. Essa diferença sobre a realização dos cuidados com o bebe, pode ser explicado pois no estudo de Shorey (2016) foram coletados somente dados de mulheres primíparas. O que pode ser um fator influenciador visto que, segundo Bandura (1997), a experiência de domínio influencia na autoeficácia. Ou seja, supõem-se que as mulheres primíparas não tenham domínio anterior dessas tarefas, podendo apresentar dificuldades na realização de alguns cuidados com o recém-nascido e no processo de parentalidade.

Além disso, embora o fator 1, o qual refere-se aos procedimentos de cuidado da mãe em relação ao bebê, tenha tido uma média consideravelmente boa, o item 16 (Eu sou boa em manter meu bebê entretido) apresentou uma média mais baixas se considerado aos demais itens. Possivelmente, devido aos recém-nascidos prematuros serem mais sonolentos e ter menor reatividade, as mães podem sentir mais dificuldade em manter seu bebê ocupado.

No entanto, é preciso ser cauteloso em fazer comparações de resultados entre esses estudos já que a autoeficácia pode ser influenciada por fatores socioculturais, e nenhum desses estudos foram realizados dentro da mesma realidade da nossa pesquisa (TRISTÃO, 2015). Além disso, esses estudos coletaram dados em momentos variados da internação, inclusive no primeiro dia de internação e após a alta. A disponibilidade de apoio dos profissionais de saúde ainda dentro do hospital, pode ter impulsionado a confiança das mães, produzindo uma maior autoeficácia geral (LEAHY-WARREN, 2011).

O fator 4 - crenças situacionais – foi o fator com maior média, o que significa que as mães consideram que tem habilidades em manter a interação com o bebê. Além disso, 95.8% consideram que “sempre” eram boas em mostrar afeto para o seu bebê.

Este pode ser um achado comum para mães de bebês a termo. Porém, dentro da realidade do estudo, esse é um dado surpreendente visto que mães de RNs prematuros podem ter mais dificuldade em interagir com seu neonato devido ao fato do neonato permanecer afastado de seus pais para receber os cuidados necessários (BRASIL, 2018).

Sabe-se que durante a internação na unidade neonatal, há uma separação precoce entre o binômio mãe-filho. A mãe fica pode ficar parcialmente impedida de tocar, sentir, amamentar e cuidar do seu bebê, e isso pode gerar sentimento de dúvidas, frustrações, medo e receio do futuro. Assim, a equipe de saúde tem papel fundamental no sentido de favorecer o fortalecimento e estimular o relacionamento do trinômio mãe-filho-família. (BRASIL, 2018)

5.4 Escala de Apoio Social

As mães consideravam que tinham um bom número de familiares e amigos com que podiam conversar sobre tudo ou quase tudo. Bowling (1997), referência no tema, sugere que o número de relacionamentos aumenta a probabilidade de apoio social, apesar de não garanti-lo.

As pontuações médias das dimensões da escala de apoio social no estudo foram consideravelmente mais elevadas do que as médias em estudo anteriores (SOUZA, 2016). A permanência da genitora durante a internação permite que ela preste cuidados ao seu filho,

possibilitando um aumento no laço afetivo e da autoeficácia por experiências vicárias e de domínio em atividade realizadas junto a equipe de saúde.

Entretanto, a permanência da mães na unidade de cuidado pode afastá-la de atividades rotineiras em casa e/ou no trabalhando, contribuindo para que as mães apresentem maiores necessidades de apoio e cuidados de outras pessoas (FONSECA, 2016).

Destaca-se que o constructo apoio social tem sido amplamente discutido nos países desenvolvidos, sendo apresentado como um importante fator que contribui para o aumento da eficácia parental, na redução do estresse e no desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento (LEAHY-WARREN, 2011; DANTAS, ALCHIERI, MAIA, 2015), ao passo que em países em desenvolvimento como o Brasil, esta realidade é percebida, mas novos estudos são necessários para compreender as diferentes realidades as quais as mulheres/mães estão expostas. Ou seja, o bom nível de apoio social das mães contribui para torná-las mais preparadas para se adaptarem às possíveis adversidades que possam vir a enfrentar, melhorando o senso de eficácia parental.

No estudo foi evidenciado déficits nas dimensões de apoio emocional e de interação social positiva, esse dado corrobora com pesquisas semelhantes realizadas por Shorey (2014) e Lara (2017) com mães de bebês internados em unidade hospitalar. O apoio emocional que é a expressão de efeito positivo, compreensão empática e encorajamento de expressões de sentimentos (ZANINI, PEIXOTO, 2016). Este tipo de apoio auxilia na reestruturação da dinâmica familiar e na autoconfiança materna diante, com a necessidade de dispensar cuidados neonatais e de lidar com a exposição do seu filho a procedimentos dolorosos (FONSECA, 2016). Estudo mostra que o apoio emocional tem se mostrado mais significativo para a confiança das mães, além de diminuir os comportamentos de risco relacionados a saúde da criança (TOMMEY et al, 2013).

Percebe-se que o nascimento prematuro, seguido da hospitalização do neonato, representa um período de vulnerabilidade emocional. Dessa maneira, é importante as puérperas terem alguém que lhe compreenda e façam com que elas sintam-se aceitas, acreditando que podem demonstrar seus sentimento e encontrar apoio. (SOUZA, 2016)

A dimensão de interação social possivelmente se mostrou mais baixa pois, sabe-se que o puerpério traz mudanças sociais na vida da mulher pois, principalmente as mães mais jovens, percebem a uma mudança na vida social, pois algumas atividades como sair, passear. (O'NEILL, CYCON, FREIDMAN, 2019). Reduzir o isolamento social após o parto e compartilhar informações importantes parece tamponar o impacto de agentes estressores (DENNIS, 2014).

O enfermeiro ao realizar atividades grupais junto com as mães e sua rede de apoio pode tornar as conexões sociais possíveis, pois há mais atividades fora de casa, reconexão com amigos e familiares e novos relacionamentos por meio de atividades relacionadas a bebês e pais. (O'NEILL, CYCON, FREIDMAN, 2019).

Dessa forma, é importante que os profissionais invistam em atividades que estimulem o fortalecimento e desenvolvimento de vínculos sociais, proporcionando maiores trocas de vínculos e aprendizagem, melhorando o apoio emocional e de interação social dessas mães (GARDEN, 2013; MAGRIPLES et al, 2015).

5.5 Correlação da Autoeficácia com apoio social

Indivíduos mais isolados socialmente apresentaram risco cerca de duas vezes maior de morrer, do que aqueles que mantêm vínculos fortes com amigos, parentes ou grupos. No nosso estudo, o apoio social se mostrou preditor da autoeficácia materna percebida, ou seja, quanto maior for o suporte social recebido, melhor as mães de RN prematuros se adaptam ao processo de parentalidade. Além disso, todas as dimensões de suporte social - material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva - parecem exercerem influência sobre a autoeficácia materna.

A autoeficácia e o apoio social parecem estar interligados porque as pessoas que se julgam socialmente eficazes procuram e cultivam relacionamentos que forneçam modelos sociais de como controlar situações difíceis, amortecendo os efeitos adversos de fatores estressores como a internação em unidade neonatal. (BANDURA, 2001) Segundo, a teoria social da aprendizagem, Bandura (1997) afirma que a aprendizagem é um processo social e que outros indivíduos fornecem exemplos ou modelos persuasivos sobre como agir.

Outros estudos demonstraram que o apoio social efetivo ajuda o indivíduo a enfrentar momentos difíceis e lidar com eventos estressantes, aumentando o senso de eficácia dos pais. (PRATES, 2015; MANNION, 2013). Outros estudos contradizem com esse achado, Leahy-Warren (2011) e Tarkka (2003) encontraram correlações fracas entre o apoio social e a autoeficácia, porém, nesses estudos, os dados foram coletados em tempos diferentes, 6 e 8 meses respectivamente, o que torna a generalização e a comparação difícil.

Sabe-se que apoio material é referido como um suporte tangível, através da ajuda material ou por meio de serviços, o qual favorece a solução de um determinado problema, relacionada à provisão de recursos práticos. (GRIEP, 2015)

Estudo de Shorey (2013) também encontrou correlação da autoeficácia com o apoio de material e de informação. O suporte material é importante pois representa segurança e tranquilidade para o indivíduo ao acreditar que existam, entre os integrantes de sua rede social, pessoas com disposição para suprir alguma necessidade de ordem prática/instrumental. (SHERBOURNE; STEWART, 1991)

Entretanto, um estudo mostrou que o apoio material recebidos por mães com bebês internado na unidade neonatal tem sido baixo quando comparado a outras dimensões. O que é uma descoberta crucial, visto que as estas mães estão em contato contínuo com os profissionais de saúde. Talvez essas mães não percebam os profissionais como fonte de apoio material, mas sim como fonte de apoio informacional, visto que programas educacionais são oferecidos a essas mães durante a internação (SALONNEN. 2014).

O apoio emocional também se mostrou significativo em relação a autoeficácia. Essa dimensão é caracterizada pelo potencial da rede social satisfazer as necessidades individuais em relação a questões emocionais (LARA, 2017). Segundo o estudo de Otava (2015), o apoio emocional da família se mostrou preditor da satisfação parental.

Porém, embora a maioria dos estudos nesse tema não abordem o apoio emocional de forma tão direta, muitos estudos encontrados avaliaram o constructos emocionais, como estresse e depressão pós-parto como preditores da autoeficácia. Todos estes estudos encontraram relações significantes entre apoio social, autoeficácia e fatores emotivos (SHOREY, 2014; HASLAM, 2006; LARA, 2017).

O apoio emocional, quando comparado ao apoio material, parece estar mais relacionado à diminuição comportamentos de risco, já que esse tipo de apoio envolve comportamentos como pedir ajuda à figura materna na resolução de problemas pessoais. (RUSSEL et al, 2013)

Outro fator que é concordante com Bandura (1998) que afirma que fatores intrínsecos ao indivíduo podem influenciar a autoeficácia. Dessa forma, não se pode subestimar o valor do apoio emocional para a melhora da autoeficácia materna e já não se pode negar o papel da família, dos amigos e dos profissionais de saúde como apoiadores. (OTAVA et al, 2015)

O apoio de informação está relacionado à orientação para a solução de um problema, o que significa esclarecer e compartilhar informações e conhecimentos. Kapp (1998) destacou que no momento da alta da unidade neonatal, mesmo as mães mais experientes, tinham baixos níveis de suporte informacional, indo em contraste com outros pesquisadores (NGAI, et al 2009).

Sabe-se que intervenções educativas baseadas, como livros educacionais contendo informações sobre os cuidados com o RN aumenta a auto-eficácia materna, além de trazer impactos positivos sobre as habilidades de linguagem infantil. (ALBARRAN, 2014)

Outros estudos usaram estratégias tradicionais como visita domiciliar e folhetos, e contemporâneas como baco de dados online, aplicativo para celular e ligação telefônica, como meio de viabilizar a troca de informação e experiências, melhorando as habilidades e a aumentar autoeficácia dos pais (BENZIES, 2008; COUTO et al, 2014; GARFIELD et al, 2016). Dessa forma percebe-se que há opções de intervenções educacionais fáceis de usar, agradáveis e baratas que podem ser usadas pelo profissional de enfermagem como forma de melhorar o apoio informacional dessas mães.

Sendo esses resultados congruente com a teoria de Bandura: o apoio social na forma de feedback verbal sobre o desempenho de uma tarefa pode aumentar a satisfação parental dos pais. (BANDURA, 1997; SHOREY, 2015).

Sabe-se as dimensões do apoio afetivo e interação social positiva podem ser avaliados como sendo uma dimensão única, o que sugere que pessoas que cumprem a função de apoio de interação social positiva representam mais do que uma companhia, ou alguém para fazer coisas agradáveis, sendo também alvos de sentimentos mais íntimos de afeto. (GRIEP, 2015)

Com a internação do RN em uma unidade de cuidados neonatais, as mães podem se sentir mais sozinhas devido as mudanças sociais as quais acarretam um nascimento prematuro (FEITOSA, 2016). Um estudo mostrou que a maioria dos pais consideram que a internação do RN em unidade neonatal teve um impacto negativo em sua “ocupação” e no seu “relacionamento com amigos” que a maioria dos pais tentou lidar com o estresse adicional de ter um bebê na UTI neonatal por conversas com outras pessoas, ou seja, seus parceiros, outros membros da família e/ou amigos (GARTEN et al, 2013).

O nascimento de um bebê pré-termo e sua internação numa Unidade de Cuidados Neonatal configuram-se, especialmente, uma situação de crise, com repercussões sobre a mãe e todo o grupo familiar que podem comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos e os cuidados destinados ao bebê, bem como a trajetória de seu desenvolvimento (CUSTÓDIO, 2014). A equipe de saúde deve ser capaz de perceber as tramas implícitas e explícitas, nesse contexto, a fim de identificar com a família os caminhos na construção de redes sociais de apoio que sejam efetivas.

Diante do exposto, é primordial para o enfermeiro identificar o nível de apoio social percebido mães, pois possibilitará identificar áreas nas quais as mães possam vir a

necessitar de mais apoio, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras. Dessa forma, poderão implementar atividades sistemáticas e individualizada para a mãe e a família (SHOREY, 2013). Assim, essas mães poderão fortalecer seus conhecimentos, habilidades e apoio social ainda na Unidade de Internação Neonatal (INGRAM, 2016).

6. CONCLUSÃO

A maioria das mulheres estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos, eram provenientes da capital ou região metropolitana, possuía mais de 9 anos de estudo, possuíam renda de 1 a 2 salários e recebiam bolsa família. Quanto aos dados sobre gravidez, parto e puerpério, pouco mais da metade das mães era multípara. A maioria dos binômios estava com menos sete dias de internação e foram classificados como prematuro limítrofe, realizaram pré-natais, porém poucas participaram de grupos de gestantes.

Paridade e anos de estudo mostraram correlação positiva com Autoeficácia Materna. No entanto, mulheres com até 8 anos de estudo apresentaram maiores níveis de confiança parental. Porém, esse achado pode se justificar pelo fato de ter sido uma amostra reduzida, o que pode superestimar ou subestimar as médias, sendo essa uma limitação do estudo.

No estudo as mães apresentaram nível moderadamente satisfatório de Autoeficácia Materna Parental Percebida e a Apoio Social. Na Escala de Autoeficácia, o fator 3 - leitura de comportamento - apresentou a média mais baixa e o fator 4 - crenças situacionais – foi o fator com maior média. Na Escala de Apoio Social, as dimensões com menores médias foram apoio emocional e apoio de interação social positiva.

O apoio social se mostrou preditor da Autoeficácia Materna Mercebida. Além disso, todas as dimensões de apoio material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva mostraram correlação significativa com a Autoeficácia Materna.

Nessa concepção os planos de cuidados de enfermagem devem ser realizados levando em consideração as características de culturais e as dimensões de apoio social, criando oportunidades para mães aprenderem junto a modelos sociais por meio de experiências vicárias. No estudo, as mulheres multíparas apresentaram maiores níveis de eficácia parental. Dessa forma, o enfermeiro deve buscar formas de valorizar tanto a rede de apoio dessas mães quanto o conhecimento prévio, por meio de atividades educativas nas quais as mães possam compartilhar suas experiências e sucessos com as mulheres primíparas e com sua rede de apoio, através de experiências de domínio, experiências vicárias, persuasão verbal e também apoio emocional as mudanças físicas e psicológicas que essas mulheres passam, ajudando assim a melhorar a transição parental.

Vendo a influência do Apoio Social para melhoria da Autoeficácia, seria importante incluir a educação em saúde mais centrada na rede de apoio das mães, pois ainda dentro do hospital, a família pode estar envolvida no apoio as mães no cuidado ao recém-

nascido. Assim, os enfermeiros devem ser encorajados a prestar mais atenção aos próprios recursos das mães como suas redes de apoio e experiências anteriores, ao planejar e implementar cuidados de enfermagem.

O presente estudo contribuiu para compreensão da importância dos valores culturais e do apoio social para a eficácia parental de mães de prematuros internados em Unidade de Cuidados Neonatais. Porém, a generalização dos resultados é limitado já que as participantes foram recrutadas por conveniência em um único hospital. Pesquisas futuras devem ser feitas com população maiores, recrutamento aleatório e com análises longitudinais, visando conhecer melhor as necessidades das mães para melhorar a eficácia materna.

REFERÊNCIAS

- ABBASS-DICK, J. et al.; Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, v. 135, n. 1, p. 102-110, 2015. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/135/1/102.full.pdf>> Acesso em: 02 Dez. 2018
- ANDRADE, L.C.O. et al. Socio-demographic factors relating to mothers' self-efficacy in preventing childhood diarrhea: a longitudinal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. V. 14, n.1, 2015. Disponível em: Acesso em: 12 fev. 2018.
- ANTUNES, Bibiana Sales et al. Hospitalization of newborns in Neonatal Unit: the meaning for the mother. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [s.l.], v. 15, n. 5, p.796-803, 21 out. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11322/1/2014_art_bsantunes.pdf>. Acesso em: 08 Jan 2019.
- BANDURA, A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, v. 84, n. 2 p. 191-215, 1977.
- BANDURA, A. Self-Efficacy. In: Ramachaudran, vs. encyclopedia of human behavior. New york: academic press. v. 4, p. 71-81, 1994. Reprinted in: Friedman, h. (ed.). *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998.
- BANDURA, A. evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, a.; AZZI, r. G.; POLYDORO, S. A. J. (org.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 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. 550-60, 2007.
- BENZIES, Karen et al. Strengthening New Fathers' Skills in Interaction With Their 5-Month-Old Infants: Who Benefits From a Brief Intervention?. *Public Health Nursing*, [s.l.], v. 25, n. 5, p.431-439, set. 2008.
- BLENCOWE, Hannah et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, [s.l.], v. 379, n. 9832, p.2162-2172, jun. 2012.
- BOWLING A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A, editor. *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. 2 Ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde. - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Departamento de AcoesProgramaticasEstrategicas. Atencao humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Metodo Canguru. – 2. ed.-Brasília : Editora do Ministerio da Saude, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa nacional de saúde materno-infantil. Brasília, Distrito Federal, 1975.

CARVALHO, F. A.; MORAIS, M. L. S. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura. *Psico*, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. 463-474, out.-dez. 2014

COUTO, C. S et al. Spectra of mothers of premature children about the educative circle of culture. *Rev. Esc. Enf. USP*, [s.l.], v. 48, n. 2, p.3-8, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00003.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

COLEMAN, P. K.; KARRAKER, K. H.; Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, [s.l.], v. 18, n. 1, p.47-85, mar. 1998.

CINAR, N.; KÖSE, D.; ALTINKAYNAK, S. The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak.*, [s.l.], .v. 25, n. 4, p. 271-275, 2015.

CHAVES, Anne Fayma Lopes et al. Flipchart application for promoting maternal self-efficacy in breastfeeding. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [s.l.], v. 16, n. 3, p.407-414, 28 jun. 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14412/1/2015_art_aflchaves.pdf>. Acesso em: 12 Não é um mês valido! 2018.

CHAVIS, Llena. Mothering and anxiety: Social support and competence as mitigating factors for first-time mothers. *Social Work In Health Care*, [s.l.], v. 55, n. 6, p.461-480, 7 jun. 2016.

CHAN, Man Yi; IP, Wan Yim; CHOI, Kai Chow. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. **Midwifery**, [s.l.], v. 36, p.92-98, maio 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27106949>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira; CREPALDI, Maria Aparecida; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.247-255, jun. 2014.

DENNIS, Cindy-lee. Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.97-111, jan. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693413001107?via%3Dihub>>. Acesso em: 07 Fev 2019

FEITOSA, Marielle Ribeiro et al. Primary Health Care Follow-Up Visits: Investigation Of Care Continuity Of Preterm Newborns From A Kangaroo-Mother Care Unit. **International Archives Of Medicine**, [s.l.], v. 10, p.327-332, 22 fev. 2017. Disponível em: <<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2356>>. Acesso em: 02 Nov 2018

FERRARESI, Mariana Fanstone; ARRAIS, Alessandra da Rocha. Epidemiological profile of newborns' mothers admitted to a public neonatal unit. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 17, n. 6, p.1-8, 13 jun. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6453>> Acesso em: 09 Mai 2019

FONSECA, Maihana Maíra Cruz Dantas. **Apoio social em mães de bebês prematuros hospitalizados: elaboração e evidência de validade de um instrumento**. 2016. 151f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

FONTOURA, FABÍOLA CHAVES. **Avaliação da ansiedade de mães de recém-nascidos com malformações congênitas internados na unidade neonatal**. 129 f. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

GARFIELD, Craig F. et al. **Supporting parents of premature infants transitioning from the NICU to home: A pilot randomized control trial of a smartphone application**. *Internet Interventions*, [s.l.], v. 4, p.131-137, maio 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782916300185>> Acesso em: 08 Jan 2019

GARFIELD, Craig F.; LEE, Young; KIM, Hyung Nam. Paternal and Maternal Concerns for Their Very Low-Birth-Weight Infants Transitioning From the NICU to Home. **The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.305-312, 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health)

GARTEN, L. et al. Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatology**, [S.L.~], v. 33, p. 65–69, 2013. Disponível

GALLEGOS, Scarlet et al. Features of alpha-synuclein that could explain the progression and irreversibility of Parkinson's disease. **Frontiers In Neuroscience**, [s.l.], v. 9, p.347-350, 9 mar. 2015

GUIMARÃES, C. M. S. **Autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade no município de Ribeirão Preto**. 2015. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

GRIEP, Rosane Harter et al . Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/04.pdf>>. Acesso em: 13 Mai 2019.

INGRAM, Jenny C et al. Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. **Bmj Open**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.1-9, mar. 2016. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/3/e010752.full.pdf>>. Acesso em: 16 dez 2017.

LANSKY, Sônia et al . Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2019.

LIU, L. et al; Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016.

LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G.; CORCORAN, P.; First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 21, n. 3-4, p.388-397, 2011.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0005.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017

LEAL, M. C. et al. Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: Differences between Public and Private Health Services. **PLOS ONE**, [s.l.], v. 11, n. 5, p. e0155511, 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0155511>>. Acesso em: 15 dez 2017

MAGRIPLES, Urania et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [s.l.], v. 213, n. 5, p.688-688, nov. 2015

MAYOR, Marcela de Souza Sotto et al. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.91-100, 14 maio 2018

MANNION, A. C. et al. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. **International Breastfeeding Journal**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.327-330, 8 maio 2013. Disponível em: <<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-8-4>> Acesso em: 02 Mai 2019.

MCDONALD, Sarah D. et al. Why Are Half of Women Interested in Participating in Group Prenatal Care? **Maternal And Child Health Journal**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.97-105, 5 ago. 2015.

MORGADO, Caroline Maria da Costa; WERNECK, Guilherme Loureiro; HASSELMANN, Maria Helena. Social network, social support and feeding habits of infants in their fourth month of life. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: 16 Fev 2018.

ONG, Shu Fen et al. Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. **Midwifery**, [s.l.], v. 30, n. 6, p.772-778, jun. 2014.

O'NEILL, Peggy; CYCON, Annette; FRIEDMAN, Liz. Seeking social support and postpartum depression: A pilot retrospective study of perceived changes. **Midwifery**, [s.l.], v. 71, p.56-62, abr. 2019.

PINHEIRO, Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro. Intervenção Educativa sobre os cuidados do recém-nascido prematuro em unidade canguru. 57f. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/25516/1/2016_tcc_srcspineiro.pdf>. Acesso em: 11 Dez 2018

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 310-315, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0310.pdf>. Acesso em: 02 Mai 2019.

PASSINI, Renato et al. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. **Plos One**, [s.l.], v. 9, n. 10, 2014.

PRASOPKITTIKUN, Tassanee; TILOKSKULCHAI, Fongcum. Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. **Nursing & Health Sciences**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.450-455, 10 nov. 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1442-2018.2010.00558.x>> Acesso em: 07 Dez 2018

PURISCH, S E; GYAMFI-BANNERMAN, C. Epidemiology of preterm birth. **Seminars in Perinatology**, v. 41, n. 7, p. 387-391, 2017. Disponível em: Acesso em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28865982>> 11 Dez 2018

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al . Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mai 2019.

RODRIGUES., Andressa Peripolli. **Autoeficácia em amamentação de puérperas em alojamento conjunto**: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2013. 97f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7372/>>. Acesso em: 02 Mai 2019

ROSO, Camila Castro et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Rev. Enf. UFSM**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.1-8, 17 abr. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10246/pdf>>. Acesso em: 24 nov 2018

SALJUGHI, Mahdieh; SADEGHI, Narges. Effects of a Self-Encouragement Program on Stress of Mothers of Children with Cancer Referred to Imam Ali Hospital, Zahedan, In 2015. **Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.449-453, fev. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5454741/>>. Acesso em: 13 maio 2019.

SILVA, Rosane Meire Munhak et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.2258-2270, 29 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>>. Acesso em: 09 out 2017.

SPENCE, Charles et al. Store Atmospherics: A Multisensory Perspective. **Psychology & Marketing**, [s.l.], v. 31, n. 7, p.472-488, 9 jun. 2014.

SHERBOURNE, Cathy Donald; STEWART, Anita L.. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 32, n. 6, p.705-714, jan. 1991. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369190150B>>. Acesso em: 13 mai 2019.

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira. **Enfermagem Neonatal – Cuidado Integral ao Recém-Nascido**. 2ed. Editora Atheneu: Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, Welyton Paraíba da Silva et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 66, n. 144, p. 47-59, jan. 2016 . Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v66n144/v66n144a06.pdf> >. Acesso em: 17 Mar. 2019.

SOUZA, M.T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.; Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em: 06 Mai 2019

SOUSA, F. J. **Fatores associados à prematuridade no município de sobral, Ceará.** 2016. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016

SHOREY, Shefaly et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 71, n. 6, p.1260-1273, 15 dez. 2014.

TOOMEY, R. B. et al. Measuring Social Support from Mother-Figures in the Transition from Pregnancy to Parenthood among Mexican-Origin Adolescent Mothers. **Hisp J Behav Sci.**, v. 35, p. 2, p. 194-212, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667162>> Acesso em: 23 set. 2018.

ZANINI, Daniela Sacramento; PEIXOTO, Evandro Morais. Social Support Scale (MOS-SSS): Analysis of the Psychometric Properties via Item Response Theory. **Paidéia (ribeirão Preto)**, [s.l.], v. 26, n. 65, p.359-368, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v26n65/1982-4327-paideia-26-65-0359.pdf>>. Acesso em: 02 Mai 2019.

ZIMET, Gregory D. et al. Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. **Journal Of Personality Assessment**, [s.l.], v. 55, n. 3-4, p.610-617, dez. 1990.

YANG, Xiao et al. Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. **Midwifery**, [s.l.], v. 41, p.1-8, out. 2016. Disponível em: <[https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30120-6/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30120-6/pdf)>. Acesso em: 06 Mai 2019

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada pela pesquisadora Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro como participante da pesquisa intitulada **“Autoeficácia e apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidados neonatais”**, de forma voluntária, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) - Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

O objetivo desse estudo é analisar o nível de autoeficácia materna percebida e sua relação com o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário.

Caso aceite participar do estudo, serão utilizados dois instrumentos: um questionário de caracterização sócio demográfica, contendo a sua identificação (nome, idade, sexo, endereço, escolaridade, estado civil, profissão, quantidade de pessoas residindo na casa e renda mensal familiar), uma escala intitulada de Escala de Autoeficácia Materna Percebida para analisar o nível de autoeficácia materna e o terceiro instrumento será a Escala de Apoio Social – MOSS com objetivo de avaliar o seu apoio social.

O estudo será importante, pois permitirá avaliar a autoeficácia, conhecendo quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio e identificará o nível apoio social percebido dessas mães desse contexto, fornecendo informações que possibilitem realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Os riscos e desconfortos serão mínimos, podem surgir no momento de leitura do questionário, podendo causar constrangimento ao passo que você poderá não ter a intenção de responder as perguntas.

Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, na medida em que os dados coletados servirão apenas para

alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não o trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado).

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefones para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC/NESAR – Rua Coronel Nunes de Melo, S/n - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-270

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do profissional do profissional que aplicou o TCLE

APÊNDICE B

Termo de assentimento para adolescentes (T.A.)

Prezada, adolescente, convidamos você a participar deste pesquisa intitulada “AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL” de forma voluntária, porém, você não deve concordar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar e responder as questões, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito no atendimento hospitalar.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) - Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

O objetivo desse estudo é analisar o nível de autoeficácia materna percebida e sua relação com o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário.

Caso aceite participar do estudo, será utilizado dois instrumentos: um questionário de caracterização sócio-demográfica, contendo a sua identificação (nome, idade, sexo, endereço, escolaridade, estado civil, profissão, quantidade de pessoas residindo na casa e renda mensal familiar), uma escala intitulada de *Escala de Autoeficácia Materna Percebida* para analisar o nível de autoeficácia materna e o terceiro instrumento será a Escala de Apoio Social com objetivo de avaliar o seu apoio social.

O estudo será importante, pois permitirá avaliar a autoeficácia, conhecendo quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio e identificará o nível apoio social percebido dessas mães desse contexto, fornecendo informações que possibilitem realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Os riscos e desconfortos serão mínimos, podem surgir no momento de leitura do questionário, podendo causar constrangimento ao passo que você poderá não ter a intenção de responder as perguntas.

Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, na medida em que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de desistir de

participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não o trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com o senhor (a) (entrevistado).

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Telefones para contato: (85) 3366-8448

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC/NESAR – Rua Coronel Nunes de Melo, S/n - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE, 60430-270

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do profissional do profissional que aplicou o TCLE

APÊNDICE C

INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Pesquisa: AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS EM UNIDADE DE CUIDADO NEONATAL

Data da coleta:

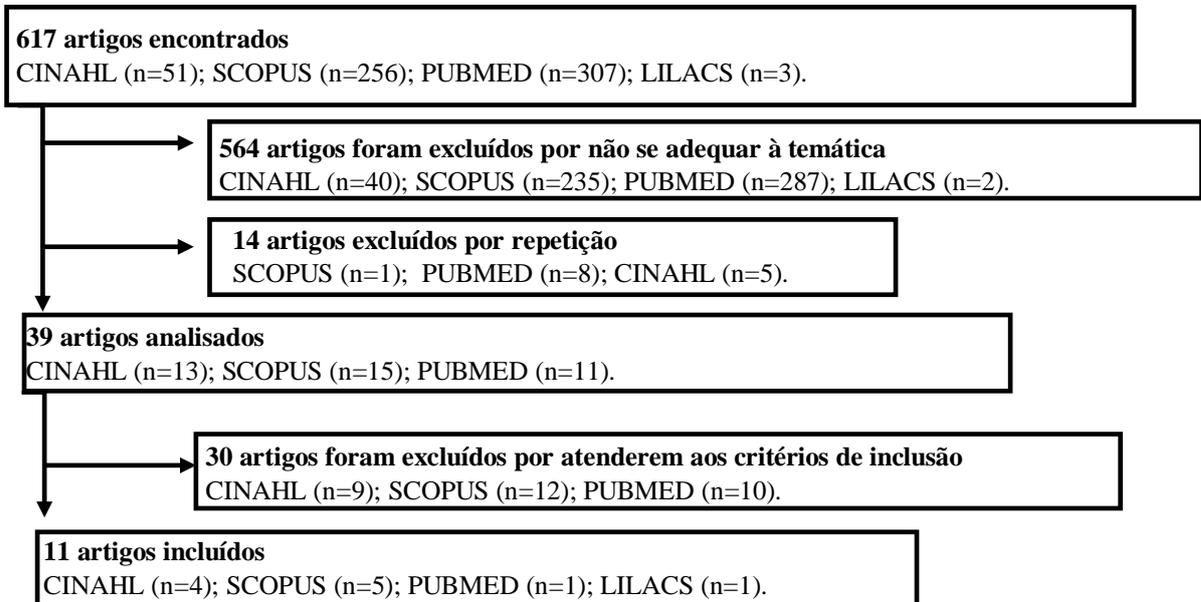
IDENTIFICAÇÃO	
1. Nome da Mãe:	
2. Data de nascimento da mãe:	
SOCIODEMOGRÁFICOS	
3. Idade da mãe:	3.
4. Procedência: 1. Capital 2. Interior	4.
5. Escolaridade da mãe/ anos de estudos: 0. Nunca foi a escola. 1. 1-4 anos 2. 4-8 anos 3. 4 a 8 anos 4. 8 a 12 anos 5. Mais de 12 anos	5.
6. Estado civil: 1. Com companheiro 2. Sem companheiro	6.
7. Exerce atividade remunerada? 1. Sim. 2. Não	7.
8. Renda familiar: 1. 1 a 2 salários 2. 2 a 3 salários 3. 4 a 5 salários 4. mais que 5 salários mínimos	8.
9. Recebe bolsa família? 1. Sim 2. Não	9.
VARIÁVEIS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	
10. Idade gestacional ao nascer: 1. Prematuro extremo (IG < 30 semanas), 2. Prematuro Moderado (IG ≥ 31 e < 34 semanas), 3. Prematuro Limítrofe (IG ≥ 35 e < 36 semanas)	11.
11. Dia de internação do RN na unidade neonatal:	12.
12. Paridade:	14.
13. Pré-Natal: 1. Sim 2. Não	18.

14. Quantas consultas realizou? 0. Não realizou pré-natal. 1. 1 a 3 consultas. 2. 4 a 6 consultas 2. Mais que 6 consultas	20.
15. Você recebeu orientação sobre cuidados com bebê durante o pré-natal? 1. Sim. 2. Não	21.
16. Participou de grupo de gestante? 1. Sim 2. Não	22.
17. Onde você busca informações sobre os cuidados com o bebê? 1. Posto de saúde/Profissionais de saúde. 3. Televisão 4. ACS 5. Familiares 6. Amigos 6. Internet/Redes sociais: especificar: _____ 7. Outros	23.
18. Você terá apoio de alguém para realizar os cuidados com o RN? 1. Sim 2. Não	24.
19. Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal? 1. Sim 2. Não	32.

APÊNDICE D

Fluxograma do percurso metodológico da busca dos artigos

Fluxograma do percurso metodológico da busca dos artigos no Portal Pubmed/Medline e nas bases de dados CINAHL, SCOPUS e LILACS.



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

ANEXO A

Instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna Percebida (Tradução da escala *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* - PMP S-E)

Pesquisa: Autoeficácia e apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidados neonatais: estudo transversal

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert

Mestranda: Enf^a Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro

Instrumento para Avaliação da Autoeficácia Materna 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.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Eu acredito que sei quando meu bebê está cansado e precisa dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Eu acredito que tenho controle sobre meu bebê.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Eu percebo quando meu bebê está doente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Eu entendo os sinais do meu bebê	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Eu sei fazer meu bebê feliz.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Eu acredito que meu bebê reage bem a mim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa interação um com o outro.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Eu sei fazer meu bebê se acalmar quando ele está chorando.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica aborrecido(a).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

10. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica agitado(a).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela chora continuamente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Eu sou boa em aconchegar meu bebê quando ele/ela fica mais inquieto(a).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Eu sou boa em saber de que atividades meu bebê não gosta.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Eu sou boa em manter meu bebê entretido.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. Eu sou boa em alimentar meu bebê.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. Eu sou boa em trocar as fraldas ou roupas do meu bebê.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. Eu sei mostrar afeição para o meu bebê.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

ANEXO B

Escala de Apoio Social - MOSS

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta)

_____ parentes não tenho nenhum parente

I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)

_____ amigos não tenho nenhum amigo

I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Para levá-lo ao médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Para divertirem-se juntos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m) De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
s) Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

DIMENSÕES - Questionário de apoio social, itens e dimensões propostas na versão original aplicada no *Medical Outcomes Study*, adaptada para o português.

Tipo de apoio	Item
	Se você precisar, com que frequência conta com alguém...
Material	que o ajude, se ficar de cama? para levá-lo ao médico? para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
Afetivo	que demonstre amor e afeto por você? que lhe dê um abraço? que você ame e que faça você se sentir querido?
Emocional	para ouvi-lo, quando você precisar falar? em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? que compreenda seus problemas?
Informação	para dar bons conselhos em situação de crise? para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? de quem você realmente quer conselhos? para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?
Interação social positiva	com quem fazer coisas agradáveis? com quem distrair a cabeça? com quem relaxar? para se divertir junto?

Fonte: Griep, Rosane Harter et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical OutcomesStudy adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3): 703-714, mai/jun, 2005.

Há cinco opções de respostas:

1 – Nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 – sempre.

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOEFICÁCIA E APOIO SOCIAL DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS

PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO TRANSVERSAL **Pesquisador:** SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 89651418.0.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.683.635

Apresentação do Projeto:

PROJETO TRAZ RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E ÉTICA PARA INTERVENÇÕES EM SAÚDE JUNTO AO BINÔMIO NAS UNIDADES NEONATAIS.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a autoeficácia parental materna percebida e o apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de internação neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS SÃO DESCRITOS PELA AUTORA COM COERÊNCIA: Os riscos e desconfortos serão mínimos, podem surgir no momento de leitura do questionário, podendo causar constrangimento. A pesquisa será suspensa caso a pesquisadora perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa não previsto no termo de consentimento.

Benefícios: O estudo será importante, pois permitirá avaliar a autoeficácia, conhecendo quais aspectos dos cuidados ao recém-nascido a mãe mais necessita de apoio, e analisar apoio social percebido dessas mães desse contexto, fornecendo informações que possibilitem realizar um plano de cuidados que envolvam o componente educativo e promotor da saúde direcionados as reais necessidades, diminuindo gastos e minimizando intercorrências futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PROJETO COM BOA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, METODOLÓGICA E ÉTICA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

APRESENTOU TERMOS DE EXIGÊNCIA DO CEP.

Recomendações:

NÃO HÁ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1079453.pdf	07/05/2018 14:17:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.docx	07/05/2018 14:15:25	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	EscaladeApoioSocial.docx	07/05/2018 14:09:44	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	Escala_de_Autoeficacia_Materna_Parental_Percebida.docx	07/05/2018 14:09:25	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	InstrumentoSociodemografico.docx	07/05/2018 14:08:57	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	Declaracao_de_anuencia.pdf	07/05/2018 13:52:37	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	07/05/2018 13:51:40	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Brochura Pesquisa	RESUMO.docx	07/05/2018 13:50:23	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A_TAA.docx	07/05/2018 13:46:49	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE.docx	07/05/2018 13:46:30	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	07/05/2018 13:44:51	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraao_de_concordancia.pdf	07/05/2018 13:44:03	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/05/2018 13:42:24	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES	Aceito

			PINHEIRO	
Folha de Rosto	Folha_de_rostro.pdf	07/05/2018 13:35:28	SARAH RAYSSA CORDEIRO SALES PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Maio de 2018

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)