



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SCARLETTIE RODRIGUES PERRELI BATISTA DE OLIVEIRA

**AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR E SUA RELAÇÃO COM O
ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS**

RECIFE

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SCARLETTIE RODRIGUES PERRELLI BATISTA DE OLIVEIRA

**AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR E SUA RELAÇÃO COM O
ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima

**RECIFE
2025**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Scarlletie Rodrigues Perreli Batista de.

Autoeficácia para amamentar e sua relação com o aleitamento materno exclusivo em prematuros / Scarlletie Rodrigues Perreli Batista de Oliveira. - Recife, 2025.

52, tab.

Orientador(a): Ana Paula Esmeraldo Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Enfermagem - Bacharelado, 2025.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Autoeficácia. 2. Aleitamento materno. 3. Recém-nascido prematuro. 4. Unidades de terapia intensiva neonatal. I. Lima, Ana Paula Esmeraldo. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

SCARLLETIE RODRIGUES PERRELI BATISTA DE OLIVEIRA

**AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR E SUA RELAÇÃO COM O
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROS**

Aprovado em: ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Ana Paula Esmeraldo Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Mariana Matias Santos
Universidade Federal de Pernambuco

Dda. Carina Gleice Tabosa Quixabeira
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a Maria da Conceição Rodrigues Perreli, minha amada Ceicinha. Por escolher Nilson Perreli para compartilhar a vida e, assim, me ensinar que viver ao lado de quem se ama é “bom danado”.

AGRADECIMENTOS

“Olhai os lírios do campo”, quantas vezes essa frase foi conforto ao meu coração, obrigada Jesus Cristo, como cuidas dos lírios e dos passarinhos, cuidasses de mim, de inúmeras e multi-formas surpreendentes, obrigada por lembrar de mim, colher minhas lágrimas, sarar minhas feridas e enfermidades. E aqui peço que eu possa, em Sua companhia, ser Tuas mãos aqui na terra, me permita olhar com Teus olhos de Amor, coloque suas marcas de Amor em mim, que não seja apenas eu, mas Tu em mim cuidando do outro. Pois se há algo de bom em mim, És Tu. Agradeço a minha mãe que com muito esforço e marcas nos joelhos, esteve comigo até aqui, peço a Deus que me dê a oportunidade de te retribuir, obrigada mãe, poucos “eu te amo” são demonstrados com tanto apreço. Às minhas almas gêmeas e os maiores amores da minha vida, minhas irmãs e minha mini perfeitinha, quantas vezes pensei em desistir e voltar pra casa e encontrar vocês foi conforto, serei pra sempre Rute para vocês. Agradeço a minha Ceicinha, a quem dediquei esse trabalho, vovó você é inspiração, quão profunda é minha gratidão a Deus por tê-la nesse momento, não sou capaz de pôr em palavras, obrigada. Agradeço, com todo meu coração, à memória de tia Andrea e vovô Nilson, que em vida alimentaram meus sonhos, o incentivo deles, me fez acreditar que eu podia. Não poder compartilhar com ele esse momento, é duro, porém meu coração se enche de gratidão por ter tido a oportunidade de compartilhar um pouco do “bom danado” da vida, em sua companhia. Agradeço ao meu pai pelo suporte e apoio, sonhar junto é mais legal né pai? Agradeço aos meus parentes próximos ou distantes, mas em especial ao tio Dindo, sua frase “Você só pode sair de Recife formada”, me impulsionou muitas vezes, o senhor não imagina o quanto, muito obrigada! Agradeço também as minhas companheiras da universidade, meninas sem vocês a caminhada teria sido muito mais difícil, obrigada. Mas um agradecimento especial à Kim e Aline, só Deus pode recompensar o TANTO que vocês fizeram por mim, quando eu crescer, quero ser como vocês. Agradeço a minha orientadora que com muita paciência, amor e dedicação, me orientou, incentivou e não soltou minha mão, professora Ana, obrigada por tudo, eu desejo que as bênçãos e graças de Deus sejam sobre sua vida e da sua família para sempre, você é uma grande inspiração para mim, muito obrigada por tudo! Luh, Emilly, Cynthia, Eli e Eli, Karlinha, Karina e Jaja, que belo presente! Obrigada por ser um lugar de acolhimento, amadurecimento, conforto e segurança pra mim, DS II é realmente uma casa, muito obrigada. E por fim, e não menos especial, agradeço as Melhores Mulheres do Mundo, minha casa estará para sempre de portas abertas para vocês, Ohana, é o que vocês são para mim; vamos tomar um “cafer” qualquer dia, vou preparar a mesa.

A todos aqui citados, minha eterna gratidão e amor. Que as bênçãos de Deus os acompanhem para sempre.

Scarlettie Perreli

O AM proporciona, a longo prazo, vantagens nutricionais, imunológicas, neurológicas, endócrinas, econômicas e ecológicas para crianças, mulheres e sociedade (Lima *et al.*, 2019)

RESUMO

A prematuridade frequentemente distancia recém-nascidos das mães na Unidade de terapia intensiva neonatal, atrasando ou impossibilitando o aleitamento materno. A autoeficácia materna é crucial para o sucesso da amamentação, sendo sua ausência uma causa de desmame precoce. Este trabalho tem por objetivo avaliar a autoeficácia materna e sua relação com o aleitamento materno exclusivo (AME) de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, conduzido na Unidade Neonatal de um hospital escola de Pernambuco com mães de prematuros. A coleta de dados foi realizada em duas fases: a primeira ocorreu durante o internamento e incluiu entrevista sobre variáveis socioeconômicas e autoeficácia materna para amamentar, mensurada pela *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*; a segunda correspondeu a entrevista por telefone após o 30º dia pós-alta. Realizou-se análise descritiva, além de análise bivariada pelo teste Exato de Fisher, com significância de 5%. Participaram 71 puérperas na primeira fase e 48 na segunda, com média de idade de 28,9 anos (DP \pm 6,5 anos). Apenas 35,2% receberam orientação sobre a amamentação no pré-natal. Houve redução da taxa de AME após a alta hospitalar, onde somente 35,4% dos bebês estavam em AME após o 30º dia de alta. A principal justificativa informada pelas mães para o abandono da prática foi a percepção de não saciedade do bebê. Embora 56,3% apresentassem alta autoeficácia para amamentar, não houve associação significativa com o aleitamento materno. Esses achados evidenciam desafios na manutenção do AME entre prematuros e sugerem que a autoeficácia materna, isoladamente, pode não ser suficiente para garantir sua continuidade. Dessa forma, outros estudos são necessários para compreender melhor as barreiras enfrentadas pelas mães e subsidiar estratégias eficazes para a promoção da amamentação entre prematuros.

Descritores: Autoeficácia; Aleitamento materno; Recém-nascido prematuro; Unidades de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

Prematurity often separates newborns from their mothers in the neonatal intensive care unit, delaying or making breastfeeding impossible. Maternal self-efficacy is crucial for successful breastfeeding and its absence is a cause of early weaning. The aim of this study was to assess maternal self-efficacy and its relationship with exclusive breastfeeding (EBF) in preterm infants in the first month after hospital discharge. This is a cross-sectional, quantitative study conducted in the Neonatal Unit of a teaching hospital in Pernambuco with mothers of premature infants. Data collection was carried out in two phases: the first took place during hospitalization and included an interview on socioeconomic variables and maternal self-efficacy for breastfeeding, measured by the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form*; the second corresponded to a telephone interview after the 30th day post-discharge. A descriptive analysis was carried out, as well as a bivariate analysis using Fisher's exact test, with a significance level of 5%. 71 puerperal women took part in the first phase and 48 in the second, with an average age of around 29 years. Only 35.2% received guidance on breastfeeding during prenatal care. There was a reduction in the rate of breastfeeding after hospital discharge, where only 35.4% of babies were breastfeeding after the 30th day of discharge. The main reason given by mothers for abandoning the practice was the perception that the baby was not full. Although 56.3% had high self-efficacy for breastfeeding, there was no significant association with breastfeeding. These findings highlight challenges in maintaining breastfeeding among premature infants and suggest that maternal self-efficacy alone may not be enough to guarantee its continuity. Further studies are therefore needed to better understand the barriers faced by mothers and to support effective strategies for promoting breastfeeding among premature infants.

Descriptores: Self Efficacy; Breast Feeding; Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômico materna, Recife, 2024.

Tabela 2 - Caracterização obstétrica e relativa à amamentação. Recife, 2024.

Tabela 3 - Caracterização do nascimento prematuro. Recife, 2024.

Tabela 4 - Caracterização da autoeficácia para amamentar. Recife, 2024.

Tabela 5 – Tipo de aleitamento materno e o motivo para a interrupção do AM, após o 30º dia de alta hospitalar. Recife, 2024.

Tabela 6 - Autoeficácia para amamentar segundo o AME e AM de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. Recife, 2024.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 A prematuridade e o Aleitamento Materno	14
2.2 Autoeficácia para Amamentar	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 MÉTODO	19
4.1 Tipo de Estudo	19
4.2 Local do Estudo	19
4.3 População e Amostra	19
4.4 Procedimento de coleta de dados	20
4.5 Instrumento para coleta de dados	20
4.6 Análise dos dados	21
4.7 Aspectos éticos e legais	21
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados (1ª fase)	36
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados (2ª fase)	42
ANEXO A - Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form	45
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	49

1 INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade neonatal e infantil é uma meta essencial do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, e o aleitamento materno (AM) é um importante meio para atingi-la essa meta, com potencial de contribuir para o cumprimento de outros ODS, como redução da fome, promoção da saúde e bem-estar e melhoria da qualidade da educação. O AM proporciona, a longo prazo, vantagens nutricionais, imunológicas, neurológicas, endócrinas, econômicas e ecológicas para crianças, mulheres e sociedade (Lima *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2023).

No caso dos prematuros, o leite materno oferece benefícios adicionais, como menor incidência e gravidade de enterocolite necrosante, sepse, retinopatia da prematuridade, proteção antioxidante, aumento no desempenho neuropsicomotor, fortalecimento do vínculo mãe-filho, além de proporcionar menor tempo de hospitalização e diminuição da incidência de reinternações. Esses recém-nascidos (RNs) apresentam início tardio e menor duração do AM, quando comparados aos nascidos a termo (Lima *et al.*, 2019; UFRJ, 2020).

A amamentação é uma prática que demanda da mulher não só desejo de amamentar, mas também, técnica, treinamento, orientação adequada, apoio familiar, social, e da equipe de saúde que a esteja acompanhando, em especial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O sucesso da amamentação também está interligado com a autopercepção da mulher de que ela é capaz de amamentar, e essa autoconfiança é chamada de autoeficácia em amamentação (Cysneiros *et al.*, 2020).

A confiança materna em amamentar, ou a falta dela, é uma variável importante não só para iniciar a amamentação como também para mantê-la exclusivamente. Ter alta autoeficácia para amamentar foi associado positivamente com o aleitamento materno exclusivo (AME) entre 4 e 6 semanas pós-parto, e mulheres que relatam falta de confiança em amamentar têm cerca de duas a três vezes mais chances de desmamar a criança nesse período (Javorski *et al.*, 2018).

A ausência da autoeficácia materna, pode acarretar desmame precoce, que tem consequências a curto e longo prazo, como obesidade, alergias, intolerância alimentar e má formação da microbiota intestinal do RN, além de maiores taxas de morbimortalidade. As puérperas que estão com seus filhos na UTIN apresentam uma maior fragilidade, devido ao nascimento prematuro do filho e às demandas de sua hospitalização nos primeiros dias ou semanas após o nascimento (Santos; Silva; Lima, 2024).

A autoeficácia está relacionada a como um indivíduo se enxerga diante de uma situação e o quanto ele se sente capacitado para organizar e realizar determinada ação frente a alcançar um objetivo. Essa capacidade pode estar relacionada ao nível de conhecimento adquirido por meio de estudo ou vivências, no entanto o mais importante é que o indivíduo acredite que é capaz de realizar tal tarefa (Cysneiros *et al*, 2020).

Sendo assim, a autoeficácia materna para amamentar seria a capacidade da mulher de reconhecer e atender as demandas da criança, na qual a manutenção do AME durante internamento e após alta hospitalar são fundamentais para a prevenção de agravos e promoção de saúde do RN e da puérpera, como também o bom desenvolvimento do prematuro. Trata-se de uma tarefa que demanda muito da autoconfiança, autopercepção da mulher em relação a ela mesma, ao RN e às suas redes de apoio (Lima *et al.*, 2019).

Embora muitos estudos explorem a relação do aleitamento materno com a autoeficácia para amamentar, pouca atenção tem sido dada à autoeficácia de mulheres com RN prematuro internado em UTIN. Não obstante, esse público apresenta uma maior fragilidade por estar em situação de hospitalização, e por apresentar as peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação, como maior sonolência, alteração no reflexo de busca e sucção, e dificuldade de coordenação entre a sucção, deglutição e respiração (Lu *et al.*, 2025; Moraes *et al.*, 2022).

Mesmo quando se estabelece o aleitamento materno exclusivo durante a internação na UTIN, as taxas de AME tendem a reduzir após a alta hospitalar, muitas vezes pela falta de confiança materna na sua capacidade de cuidar e nutrir adequadamente seu filho prematuro (Lima *et al.*, 2019), o que suscitou a pergunta de pesquisa: Qual a relação entre a autoeficácia materna e o aleitamento materno exclusivo de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar?

Avaliar os escores da autoeficácia materna e sua relação com o AME do filho prematuro no primeiro mês de vida, poderá contribuir para a melhora no serviço prestado aos neonatos prematuros e suas mães, não apenas durante a hospitalização na UTIN, mas também no período pós-alta, visto que será possível compreender o papel da autoeficácia materna em um serviço de alta complexidade, na manutenção do AME de RN prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar, período considerado crítico para o desmame precoce. A partir dos resultados desse estudo, será possível a criação de estratégias a serem implementadas no serviço, a fim de aumentar os índices do AME e com isso promover um cuidado em saúde integral à díade mãe-filho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A prematuridade e o Aleitamento Materno

A prematuridade é definida como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação e representa um desafio à saúde global, sendo a principal causa de morbimortalidade neonatal. De acordo com a OMS, aproximadamente 15 milhões de bebês nascem prematuros anualmente, muitos dos quais necessitam de cuidados intensivos devido à imaturidade fisiológica de seus sistemas corporais (Lopes *et al.*, 2024).

O Brasil tem uma taxa de 11,8% nascimentos prematuros. A alta taxa de prematuridade acarreta repercussões sociais e econômicas, exigindo um aumento na demanda por unidades de terapia intensiva neonatal e resultando em custos elevados para a assistência a indivíduos que podem apresentar sequelas ao longo da vida (Melo *et al.*, 2022; Brasil, 2024).

Do ponto de vista fisiológico, a prematuridade associa-se à imaturidade de vários sistemas corporais, incluindo o respiratório, digestório e neurológico. Essas alterações são alguns dos principais fatores que dificultam a manutenção do AME em RNPT. Além do mais, a separação precoce entre mãe e bebê devido à necessidade de internação em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) limita o contato pele a pele e a prática do método canguru, interferindo no estímulo à lactação e o vínculo materno-infantil (Brasil, 2022).

O aleitamento materno (AM) é fundamental para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN), visto que atende de forma adequada às necessidades nutricionais específicas relacionadas às suas características fisiológicas e metabólicas. Consoante com a Organização Mundial de Saúde, o leite materno (LM) é considerado a principal fonte de nutrição para crianças nos primeiros seis meses de vida. Durante esse período, o aleitamento materno exclusivo (AME) deve ser priorizado, o que significa que o bebê deve receber apenas leite materno, sem nenhum outro líquido ou alimento, exceto medicamentos prescritos (Brasil, 2019; Martins *et al.*, 2020).

O LM é amplamente reconhecido como o alimento mais completo e adequado para atender às demandas nutricionais e imunológicas do recém-nascido, sendo composto por proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais em proporções ideais. Essa composição multifacetada confere ao leite materno um caráter indispensável para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento saudáveis do lactente, reforçando sua importância como padrão-ouro em nutrição infantil nos primeiros seis meses de vida (Brasil, 2019).

Além dos aspectos nutricionais que o AME proporciona, há os benefícios relacionados à mãe, uma vez que auxilia na recuperação pós-parto, reduz o risco de hemorragia uterina, contribui para o retorno ao peso pré-gestacional e diminui as chances de desenvolver câncer de mama e ovário. O AME é essencial para o fortalecimento do vínculo afetivo do binômio mãe-filho por meio do contato pele a pele durante a amamentação (Carvalho; Passos, 2021).

Apesar do leite materno possuir composição semelhante nas lactantes, o leite de mães de recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresenta diferenças significativas, sendo especialmente adaptado para atender às necessidades nutricionais, por apresentar maior concentração de proteínas, calorias e imunoglobulinas, que são essenciais para compensar a imaturidade do organismo desses neonatos. Essas diferenças garantem suporte ao crescimento acelerado e à maturação de sistemas ainda em desenvolvimento, além de reduzir complicações como infecções gastrointestinais e sepse neonatal. Nesse contexto, o aleitamento materno exclusivo desempenha um papel ainda mais crucial para os prematuros, sendo uma estratégia indispensável para sua sobrevivência e saúde (Dias; Hoffmann; Cunha, 2023).

No entanto, diferentemente do RN a termo, que consegue iniciar a amamentação imediatamente após o nascimento, o RNPT apresenta dificuldade no reflexo de sucção, necessitando de intervenções especializadas, tais como retirada manual de leite materno, translação e outros manejos que estimulem a sucção para oferecer o LM. Além disso, a separação mãe-bebê em UTIN e fragilidade do estado clínico do RN interferem no manejo do AME por criar barreiras tanto para o início quanto para a manutenção da amamentação (Lopes *et al.*, 2022).

No Brasil, a prevalência do AME entre as crianças menores de seis meses é de 45,7%, enquanto no Nordeste, o percentual para esse mesmo indicador é de 38,0%, sendo o pior resultado entre as regiões brasileiras. Diante disso, apesar das vantagens que o leite materno proporciona, a prevalência do AME no território brasileiro, sobretudo no Nordeste, está abaixo do percentual estabelecido pela Assembleia Mundial de Saúde, na qual estipulou pelo menos 50% até 2025. Quando se compara o RN prematuro (RNPT) ao RN a termo, verifica-se a menor prevalência do AME nos neonatos pré-termo. Ressalta-se ainda que as taxas do AME para os RNPT a partir da alta hospitalar são inferiores às recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (UFRJ, 2020).

A introdução de alimentos sólidos de forma precoce, assim como a inclusão do leite integral de vaca na dieta de crianças menores de seis meses, pode trazer sérias consequências para a saúde infantil, especialmente para os prematuros, como crescimento deficiente,

desnutrição, excesso de peso e carência de micronutrientes, além de aumentar o risco de doenças infectocontagiosas. Ressalta, ainda, que há maior chance de hospitalizações por complicações respiratórias e maior risco de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão e problemas cardiovasculares, repercutindo na vida da criança a médio e longo prazo (Feitosa, Silva, Silva, 2020; WHO, 2023).

Desde a década de 1980, a promoção da saúde materno-infantil e da amamentação no cenário brasileiro tem avançado por meio de ações, programas e políticas públicas como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) , Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM), além de iniciativas como Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite Humano, Método Canguru, e a legislação em defesa da mulher trabalhadora que amamenta.

Apesar do conjunto de estratégias que tendem a proporcionar o incentivo ao AM, diversos fatores podem interferir na prática do AME, dificultando sua continuidade e contribuindo para o desmame precoce. Essas influências estão frequentemente relacionadas a aspectos socioculturais, emocionais, biológicos e estruturais, que, quando não manejados adequadamente, tornam-se barreiras para o sucesso da amamentação. (Daltro *et al.*, 2021).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção do aleitamento materno de prematuros, sendo esse profissional essencial para superar os desafios enfrentados pelas mães e garantir o sucesso da amamentação. A criação de ambientes hospitalares acolhedores, que favoreçam o contato pele a pele e estimulem a participação ativa da mãe no cuidado, também contribui para a superação das barreiras impostas pela prematuridade, promovendo um desfecho mais positivo para a saúde neonatal e materna. Além disso, fortalecer a autoeficácia materna, por meio de suporte emocional, aconselhamento e educação em saúde, pode ser determinante para a manutenção do AME.

2.2 Autoeficácia para Amamentar

A autoeficácia refere-se à confiança da lactante em sua habilidade de identificar e interpretar de forma satisfatória as necessidades do bebê em relação à amamentação, enfrentando os desafios e demandas que o processo exige. A prática da amamentação é desafiadora, especialmente para as primíparas ou mães de RNPT, exigindo um equilíbrio entre autoconfiança, percepção de sua própria capacidade e a compreensão das necessidades do bebê (Martins *et al.*, 2022). Desse modo, a autoeficácia influencia como a lactante consegue entender

os sinais do RN, tais como choro, fome ou desconforto, bem como responder de forma adequada e assertiva diante das demandas neonatais (Martins *et al.*, 2022; Vieira *et al.*, 2022).

Além disso, está diretamente relacionada a fatores pessoais, sociais e ambientais que impactam a experiência de lactação. Destaca-se que elementos como apoio familiar, orientação profissional e experiências prévias influenciam a construção dessa crença. À vista disso, lactantes que percebem ter apoio adequado e recebem informações práticas sobre o manejo da amamentação demonstram maior segurança e perseverança frente às dificuldades, o que reflete em melhores resultados para o binômio mãe-bebê (Costa *et al.*, 2020; Abuchaim *et al.*, 2023).

A autoeficácia elevada fortalece o vínculo mãe-bebê, promove um melhor desenvolvimento físico e emocional do recém-nascido, bem como favorece a continuidade do aleitamento materno. A autoeficácia materna é mais do que uma habilidade técnica, uma vez que ocorre uma interação complexa entre a percepção da mulher sobre si mesma, o reconhecimento das necessidades do bebê e a capacidade de mobilizar recursos externos (Abuchaim *et al.*, 2023).

Sendo assim, trata-se de um dos fatores preditivos para o início, duração e exclusividade do aleitamento materno, em razão das lactantes com alta autoeficácia superarem obstáculos e demonstrarem maior resiliência. Todavia, a autoeficácia não é único elemento determinante para garantir a continuidade do AME, já que o acesso a informação sobre o AME desde o pré-natal até o período hospitalar, condições socioeconômicas, fatores estressores, atividade laboral, estado civil e rede de apoio influenciam de forma significativa na manutenção da amamentação (Moraes *et al.*, 2021; Bostanabad *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, torna-se necessário a avaliação da autoeficácia nos serviços de saúde desde o período gestacional para antecipar possíveis barreiras ao aleitamento, integrando essa análise a outros dados contextuais. A partir desse diagnóstico, é possível planejar intervenções condizentes com a realidade e que abordam as possíveis dificuldades, oferecendo informações, apoio emocional e estratégias práticas que possam prevenir o risco de desmame precoce, sobretudo em populações vulneráveis, promovendo a saúde e o bem-estar do RN e da puérpera (Moraes *et al.*, 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre autoeficácia para amamentar e o aleitamento materno exclusivo de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os escores de autoeficácia materna para amamentar;
- Identificar tipo de aleitamento materno 30 dias após a alta hospitalar;
- Verificar associação entre a autoeficácia materna para amamentar e o aleitamento materno de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Estudo analítico, transversal, quantitativo. Os estudos analíticos verificam a existência de associação entre uma exposição a uma doença ou condição relacionada à saúde. Os estudos transversais, retratam a situação de saúde em um determinado período de tempo, em uma população específica, são rápidos, fáceis de serem conduzidos e têm baixo custo.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade Neonatal de um hospital público da cidade de Recife. Trata-se de um hospital universitário, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com capacidade total de 413 leitos, gerido pela rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A instituição é referência no cuidado com a gravidez, o parto e o RN de alto risco em Pernambuco e é credenciado como Hospital Amigo da Criança, iniciativa da Organização Mundial da Saúde e Unicef com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A Unidade Neonatal dispõe de 08 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 10 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e 05 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), além do ambulatório de puericultura de baixo risco (enfermagem) e de alto risco (médico).

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por puérperas que estavam acompanhando seu recém-nascido internado na Unidade Neonatal do hospital participante. A amostragem deu-se por conveniência, e foram incluídas aquelas que tinham telefone móvel disponível e cujos filhos nasceram prematuramente, antes das 37 semanas de idade gestacional.

Os critérios de exclusão compreenderam idade materna menor de 18 anos, transferência da mãe e/ou RN para outra instituição, óbito materno ou neonatal no momento do parto, prematuridade extrema (nascimento com idade gestacional menor que 28 semanas), situações de adoção/abandono de menor, presença de anormalidades congênitas ou cromossômicas no RN que impossibilitaram o desenvolvimento da capacidade motora oral normal e restrições para amamentar, como infecção materna pelo HIV, HTLV, uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação e RN portador de galactosemia.

O tamanho amostral foi calculado utilizando-se o cálculo para população finita, considerando-se uma população de 72 puérperas (com base no número de nascimentos prematuros do primeiro trimestre de 2023), erro amostral de 5%, nível de significância de 95%, e frequência esperada de 50%, totalizando 61 participantes. A esse total, foi acrescido 15% para minimizar possíveis perdas de seguimento, estimando-se uma amostra de 70 mulheres.

4.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas fases, no período de março a novembro de 2024. Inicialmente as mulheres foram abordadas durante o internamento do seu filho prematuro na Unidade neonatal (UNN), quando foram convidadas a participar e esclarecidas quanto à pesquisa. A concordância da participação foi firmada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na primeira fase, foi realizada entrevista individual com as mulheres, em local reservado, referentes às variáveis de interesse (socioeconômicas, demográficas, obstétricas e de autoeficácia). A autoeficácia materna para amamentar foi avaliada pelo instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF) (Anexo A). Sendo considerada um instrumento capaz de medir a confiança das mulheres brasileiras em sua capacidade de amamentar. A segunda fase correspondeu à coleta de dados por telefone (sendo realizada até cinco tentativas de contato), após 30 dias da alta hospitalar do prematuro, para avaliação do tipo de aleitamento materno.

4.5 Instrumento para coleta de dados

O instrumento para coleta de dados foi confeccionado utilizando-se a ferramenta gratuita *Google Forms*, organizada em três partes: a primeira foi composta por um formulário contendo informações sobre a puérpera (idade, raça, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, histórico perinatal, experiência com amamentação etc.) e sobre o RN (idade gestacional, peso ao nascer, apgar etc.) (Apêndice A) além da segunda parte, constituída pelo instrumento para avaliação da autoeficácia materna para amamentar (Anexo A).

A BSES-SF foi desenvolvida baseada na Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977), com o objetivo de avaliar a capacidade de autoconfiança na tomada de decisão e expectativas pessoais da mulher que amamenta. Trata-se de uma escala do tipo *Likert*, com 14 itens, organizados em dois domínios: técnico e pensamentos intrapessoais. A escala foi validada no

Brasil, sendo considerada um instrumento capaz de medir a confiança das mulheres brasileiras em sua capacidade de amamentar.

Os escores da escala variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), de modo que a pontuação mínima é de 14 e a máxima de 70 pontos; quanto maior a soma dos escores, maior a autoeficácia materna para amamentar. Para fins de análise considerou-se que 14 a 32 pontos seria Baixa autoeficácia, de 33 a 51 Média autoeficácia, e de 52 a 70 Alta autoeficácia (SOUZA, 2014).

A terceira e última parte do instrumento de coleta de dados foi utilizada apenas na segunda fase da coleta, e constou das informações acerca do aleitamento materno. Foi considerado AME quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, durante as últimas 24 horas (Apêndice B).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram consolidados do Google Forms em planilha Excel, e em seguida exportados para o programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0), para processamento e análise dos dados. A fase exploratória dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. Para avaliação das variáveis categóricas, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência; para as variáveis contínuas, foram calculadas as medidas de tendência central (média e desvio padrão).

A análise da distribuição da normalidade das variáveis contínuas, incluindo a variável da autoeficácia para amamentar, foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a verificação da associação entre o aleitamento materno e a autoeficácia materna para amamentar, foi utilizada a análise bivariada com o teste Exato de Fisher, nível de significância de 5%.

4.7 Aspectos éticos e legais

Este trabalho atende à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde relacionada à pesquisa envolvendo seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFPE, sob o CAE 68759723.6.0000.8807, e a coleta de dados só teve início após parecer de aprovação 6.196.781(Anexo B).

5 RESULTADOS

Participaram da primeira fase da coleta de dados 71 puérperas. A idade das participantes variou entre 18 e 43 anos, com uma média de 28,9 anos (DP \pm 6,5 anos). Dentre elas, 71,8% se autodeclararam pardas e 60,9% eram solteiras. Em relação à situação de trabalho, 61,4% afirmaram não ter emprego remunerado fora do lar. Entre as 27 puérperas que trabalhavam fora de casa, 52% indicaram que o marido era sua principal rede de apoio. Além disso, 29 participantes eram primíparas e 67,7% tinham uma renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica materna. Recife-PE, Brasil, 2024.

Variáveis	% (n)
Idade Materna	
Até 35 anos	81,7 (58)
> 35 anos	18,3 (13)
Autodeclaração Racial	
Amarela	1,4 (1)
Branca	15,5 (11)
Parda	71,8 (51)
Preta	11,3 (8)
Estado Civil*	
Solteira	60,9 (39)
Casada	29,7 (19)
Separação judicial ou divórcio	1,6 (1)
Outro	7,8 (5)
Saneamento Básico	
<u>Descarte de Dejetos</u>	
Rede Geral	56,4 (40)
Fossa com Tampa	38,0 (27)
Céu Aberto	5,6 (4)
<u>Água</u>	
Ligada a Rede	70,4 (50)
Cisterna	11,3 (8)
Poço ou Nascente	11,3 (8)
Cacimba	7,0 (5)

Tabela 1 – Continuação

Tipo de Domicílio	
Próprio	63,4 (45)
Alugado	33,8 (24)
Cedido	1,4 (1)
Outros	1,4 (1)
Trabalho Remunerado, Fora do Lar*	
Sim	38,6 (27)
Não	61,4 (43)
Renda-Familiar*	
Menos de 1 salário-mínimo	21,0 (13)
Entre 1 e 2 salários-mínimos	67,7 (42)
A partir de 3 salários-mínimos	11,3 (7)

Fonte: Autores

*“n” menor que 71, devido a informação incompleta

Em relação às características obstétricas e a história de amamentação, observou-se que 75,4% das puérperas enfrentaram uma gestação de alto risco, e 84,5% delas evoluíram para um parto cesáreo. A grande maioria fez acompanhamento pré-natal (97,2%), mas apenas 36,2% receberam orientação sobre amamentação, e essa orientação foi realizada 13 vezes pelo enfermeiro. Entre as puérperas, 28 haviam amamentado o último filho, entre essas 86,0% relataram não ter encontrado dificuldades para amamentar (Tabela 2). E 30% não havia amamentado o último filho.

Tabela 2 - Caracterização obstétrica e relativa à amamentação. Recife-PE, Brasil, 2024.

Variáveis	% (n)
Risco gestacional*	
Risco habitual	24,6 (17)
Alto risco	75,4 (52)
Tipo de parto	
Parto vaginal/normal	15,5 (11)
Parto cirúrgico/cesáreo	84,5 (60)
Tipo de gestação	
Única	87,3 (62)
Gemelar	11,3 (8)
Tripla ou mais	1,4 (1)

Tabela 2 – Continuação

Fez pré-natal	
Sim	97,2 (69)
Não	2,8 (2)
Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal*	
Sim	36,2 (25)
Não	63,8 (44)
Amamentou o último filho (para quem teve mais de um filho)*	
Sim	70,0 (28)
Não	30,0 (12)
Teve dificuldade para amamentar o último filho*	
Nenhuma	86,0 (24)
Pouca	7,0 (2)
Muita	7,0 (2)

Fonte: Autores

*“n” menor que 71, devido a informação incompleta

A Tabela 3 apresenta uma análise das condições de nascimento dos recém-nascidos e da amamentação na primeira hora, bem como do contato pele a pele. A idade gestacional dos recém-nascidos prematuros (nascimentos com idade gestacional < 37 semanas) variou entre 28 semanas e 1 dia e 36 semanas e 6 dias, com um peso médio ao nascer de 1.893g (DP ± 689,5g). Infelizmente, seis óbitos neonatais ocorreram entre as participantes da pesquisa, quatro durante o período de internação e dois após a alta hospitalar. Além disso, 98,6% dos recém-nascidos não foram amamentados na primeira hora, e 84,3% (59) não tiveram contato pele a pele, sendo o desconforto respiratório a principal causa de internação após o nascimento.

Tabela 3 - Caracterização do nascimento prematuro e internamento. Recife, 2024.

Variáveis	% (n)
Sexo	
Feminino	50,7 (36)
Masculino	49,3 (35)
Idade gestacional	
28s a < 32s	26,8 (19)
32s a < 37s	73,2(52)

Tabela 3 – Continuação

Apgar no 1º minuto*	
7-10	81,4 (57)
4-6	17,2 (12)
0-3	1,4 (1)
Apgar no 5º minuto*	
7-10	97,1 (68)
4-6	2,9 (2)
0-3	0 (0)
Mamou na 1ª hora	
Sim	1,4 (1)
Não	98,6 (70)
Contato pele a pele*	
Sim	15,7 (11)
Não	84,3 (59)
Intercorrências após nascimento**	
Desconforto respiratório	81,8 (45)
Bradycardia	1,8 (1)
Apneia	1,8 (1)
Reanimação	1,8 (1)
AVAS***	12,8 (7)
Tipo de ventilação assistida**	
CPAP	82,2 (23)
VMA	7,1 (2)
VPP	10,7 (3)
Peso ao nascer*	
< 2,500g	61,7 (37)
<1,500g	30,0 (18)
< 1,000g	8,3 (5)
Tempo de internamento*	
< 30 dias	61,2(33)
31-60 dias	22,2(12)
61-90 dias	14,8(8)
91-120 dias	0(0)
>120	1,8(1)

Fonte: Autores

*“n” menor que 71, devido a informação incompleta;** Respostas múltiplas; *** AVAS =Aspiração de Via Aérea Superior

No início da pesquisa, foi possível identificar o escore da autoeficácia materna para amamentar por meio do instrumento BSES-SF, que analisa o grau de confiança da mãe em relação ao êxito em amamentar. Identificou-se que 40 puérperas (56,3%) apresentavam alta autoeficácia para amamentar, enquanto 42,3% obtiveram escores entre 33 e 51 pontos, que são

considerados como de média autoeficácia para amamentar.

Tabela 4 - Caracterização da autoeficácia para amamentar. Recife, 2024.

Escore de autoeficácia (n= 71)	% (n)
Baixo (14-32)	1,4 (1)
Médio (33-51)	42,3 (30)
Alto (52-70)	56,3 (40)
Total	100 (71)
BSES - SF	
Média	51,4
Desvio Padrão	5,4

Fonte: Autores

Participaram da segunda fase da pesquisa 48 puérperas. Entre as mães que não puderam prosseguir com a pesquisa na segunda fase, oito foram excluídas (seis devido à óbito do neonato, uma por transferência hospitalar e uma por ausência de alta durante o período de coleta) e 15 tiveram perda de seguimento, por impossibilidade de estabelecer contato telefônico (número inexistente, modificado ou ligação não atendida).

No momento da alta da UTIN, 45 (93,7%) RNs estavam em AM, sendo 26 (57,8%) em AME. Trinta dias após a alta, 38 permaneciam em AM, sendo 17 (35,4%) em AME. Os motivos para a interrupção do AME foram variados, abrangendo múltiplos fatores que influenciaram a decisão materna. Entre as razões mais mencionadas, destacam-se a baixa produção de leite, dificuldades na técnica de amamentação e o retorno ao trabalho, evidenciando a complexidade dos desafios enfrentados pelas mães nesse contexto.

Tabela 5 – Tipo de aleitamento materno e o motivo para a interrupção do AM, após o 30º dia de alta hospitalar. Recife, 2024.

Variáveis	%(n)
Tipo de Aleitamento Materno	
Aleitamento Materno exclusivo	35,4 (17)
Aleitamento Materno	43,8 (21)
Substitutos do leite materno	20,8 (10)
Motivos atribuídos*	
Baixo fluxo de leite	26,3 (5)
Ausência do fluxo de leite	5,3 (1)
Não saciedade do RN	52,6 (10)
Cólicas estomacais	5,3 (1)
Retorno ao trabalho	5,3 (1)
Dificuldade com a pega	5,3 (1)

Fonte: Autores

* respostas múltiplas

Observou-se que, entre as mães que participaram da segunda fase da pesquisa, a alta autoeficácia para amamentar não apresentou associação significativa com o aleitamento materno ou o AME ($p=1,000$), após o 30º dia de alta hospitalar (Tabela 6).

Tabela 6 - Associação da autoeficácia para amamentar, o AME e AM de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. Recife, 2024.

Fator Avaliado	Autoeficácia Materna		p-valor
	Baixa/média n (%)	Alta n (%)	
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)			
Sim	7 (41,2)	10 (58,8)	1,000*
Não	14 (45,2)	17 (54,8)	
Aleitamento Materno (AM)			
Sim	17 (44,7)	21(55,3)	1,000*
Não	4 (40,0)	6 (60,0)	

Fonte: Autores

*p-valor do teste Exato de Fisher

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir da avaliação da associação entre a autoeficácia para amamentar e o aleitamento materno exclusivo de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar indicaram que, embora a maioria das mães tenham apresentado alta autoeficácia na fase inicial, essa variável não demonstrou associação estatisticamente significativa nem com a manutenção do AME, nem com a prática do aleitamento materno após a alta hospitalar.

Portanto, apesar da autoeficácia ser um fator relevante, em casos de bebês prematuros, os fatores clínicos, o suporte adequado, o conhecimento sobre as especificidades da prematuridade podem ser tão, ou mais, importantes para garantir o sucesso da amamentação exclusiva do que a confiança da mãe em suas habilidades (Assunção *et al.*, 2023)

Segundo Bandura (1997), a autoeficácia influencia diretamente o comportamento, a motivação e o esforço dedicado para enfrentar desafios. No contexto da amamentação, a autoeficácia materna pode ser entendida como a confiança da mãe em sua habilidade de amamentar com sucesso, o que pode impactar significativamente a continuidade do aleitamento materno exclusivo. Mães com alta autoeficácia tendem a persistir em situações desafiadoras, como dificuldades com a pega do bebê ou dor durante a amamentação, acreditando que são capazes de superar esses obstáculos (Dennis, 2003).

Por outro lado, mães com baixa autoeficácia podem desistir mais rapidamente da amamentação exclusiva, o que compromete sua duração (Blyth *et al.*, 2002). No entanto, é importante considerar a falta de experiência, pois, mesmo acreditando em sua capacidade, a vivência do desafio da amamentação pode modificar essa percepção. No contexto da UTI neonatal, diversos fatores podem impactar a autoconfiança materna, como o medo da perda do filho durante a internação e a insegurança em cuidar de um prematuro, que é percebido como um ser extremamente frágil (Siqueira; Dias, 2011).

Estudos que investigaram mães de bebês prematuros, como o de Teixeira, *et al.* (2018), apontaram que, apesar das mães de bebês prematuros possuírem, em muitos casos, baixa autoeficácia devido aos desafios adicionais que enfrentam, como a imaturidade do sistema digestivo do bebê e a necessidade de intervenções médicas, outros fatores, como o apoio médico e a presença de intervenções de suporte, têm um impacto maior no sucesso da amamentação do que a autoeficácia individual. A percepção de que o bebê prematuro não seria capaz de mamar diretamente, juntamente com as dificuldades na produção de leite e a necessidade de utilizar leite materno congelado ou fórmulas, pode reduzir a confiança da mãe em sua capacidade de

amamentar, mas esse fator isolado não se mostrou determinante para o aleitamento materno exclusivo.

No contexto da pesquisa, o desejo das mães de oferecer o melhor de si pode ter influenciado sua percepção sobre a capacidade de manter o AME após a alta, subentende-se que esse feito pode ter sido mais evidente entre as primíparas, muitas das quais relataram não ter recebido explicações sobre amamentação no pré-natal (Tronco *et al.*, 2015). Para elas, o primeiro contato com orientações profissionais sobre o tema ocorreu apenas após o parto, durante a internação do bebê. Nesse momento, o recém-nascido já havia passado pelas fases mais críticas da hospitalização devido à prematuridade, e ao ser admitido no Método Canguru, eram considerados aptos a iniciar a amamentação.

O Método Canguru, ao proporcionar uma interação mais constante e íntima entre mãe e filho, é uma ferramenta poderosa para aumentar essa percepção de autoeficácia, uma vez que a proximidade contínua estimula a produção de leite e reforça o papel ativo da mãe no cuidado do bebê. Estudos mostram que, ao serem acompanhadas e apoiadas em suas capacidades, muitas mães de bebês prematuros desenvolvem uma maior confiança em sua habilidade de amamentar, o que contribui para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (Alves, *et al.*, 2020). Portanto, a combinação do Método Canguru com o fortalecimento da autoeficácia materna constitui uma estratégia eficaz para melhorar os resultados de amamentação em unidades neonatais, promovendo benefícios para a saúde da mãe e do bebê.

No entanto, é fundamental considerar a vulnerabilidade dessas mães diante dos desafios específicos da prematuridade, como a coordenação da respiração durante a amamentação. Devido aos frequentes problemas respiratórios associados à prematuridade, ao serem colocados para treinar a sucção, podem apresentar queda na saturação em poucos minutos. Nesses casos, a amamentação é suspensa para evitar complicações, o que pode gerar insegurança materna e impactar negativamente sua confiança no processo de amamentação após a alta hospitalar. A imaturidade fisiológica dos bebês prematuros, a necessidade de cuidados intensivos, o processo de estabelecimento da lactação e o impacto psicoemocional decorrente da internação em UTIN podem agravar os desafios relacionadas à amamentação, dificultando a manutenção do aleitamento materno exclusivo nesse cenário e após a alta.

Outros estudos, como o de Prestes *et al.* (2024), também apontaram que fatores como o suporte da equipe de saúde, a orientação adequada sobre a amamentação e a ausência de complicações médicas mais graves influenciam o aleitamento exclusivo mais do que a percepção de autoeficácia, especialmente em contextos de prematuridade. A presente pesquisa

identificou que, entre todas as mulheres que realizaram o pré-natal, apenas cerca de um terço recebeu orientação sobre amamentação, evidenciando a necessidade de uma maior abordagem sobre o tema durante o acompanhamento gestacional.

Essa falta de orientação pré-natal sobre amamentação é consistente com achados de outros estudos que indicam que a educação insuficiente pode afetar negativamente a autoeficácia materna e, conseqüentemente, as práticas de amamentação (Figueiredo; Neto, 2022). Além disso, a alta taxa de cesariana, a ausência de amamentação na primeira hora, separação do RN da mãe devido ao internamento na UTIN, são fatores que podem ter contribuído para as dificuldades relatadas nos resultados deste estudo (Santos *et al.*, 2025).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde, por meio da Caderneta da Gestante, disponibiliza orientações sobre a amamentação que deveriam ser integradas ao pré-natal. Essas orientações, se devidamente abordadas pelos profissionais de saúde em tempo oportuno, têm o potencial de fornecer informações essenciais para a promoção do aleitamento materno exclusivo e motivação da autoconfiança das gestantes para os desafios relacionados à amamentação após o nascimento (Brasil, 2018; Lima & Silva, 2020).

A partir da alta hospitalar, as mães muitas vezes enfrentam estresse emocional devido à incerteza sobre a saúde do bebê, à pressão para garantir o ganho de peso e à insegurança quanto à sua capacidade de amamentar. Esses fatores podem reduzir a autoeficácia materna e aumentar o risco de abandono do AME (Almeida & Costa, 2019; Lima *et al.*, 2021). São poucos os estudos que tratam sobre a capacitação/preparo dos profissionais no apoio e manejo do aleitamento materno, no entanto, o apoio contínuo de profissionais de saúde, a orientação adequada sobre técnicas de amamentação e o incentivo à amamentação em livre demanda são essenciais para superar esses obstáculos e promover o sucesso do aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar.

A literatura sugere que características sociodemográficas, como a idade e a situação de emprego, podem influenciar a autoeficácia materna para amamentar. Mulheres com menos apoio social e menos recursos econômicos frequentemente enfrentam maiores desafios na amamentação. A presença de uma rede de apoio, especialmente o papel do parceiro, também é crucial, como evidenciado pela contribuição significativa do marido como apoio primário para a maioria das mães que trabalhavam fora de casa.

Além disso, os motivos apresentados pelas mães para a desistência da amamentação que foram ausência ou baixo fluxo de leite, não saciedade do RN, cólicas intestinais, dificuldade

com a pega e retorno ao trabalho, estão de acordo com o que é descrito na literatura como razões para o abandono do AME em bebês prematuros e a termo (Lima *et al.*, 2019). No presente estudo, os resultados sobre a autoeficácia materna diferem parcialmente da literatura existente, pois indicam que a maioria das mães apresentou alta autoeficácia. No entanto, grande parte dos estudos apontam que mães de bebês prematuros tendem a ter baixa autoeficácia. Isso destaca a importância de considerar as particularidades da prematuridade e os desafios enfrentados durante a internação na UTI neonatal na construção de futuras pesquisas relacionadas a essa temática, com esse público como alvo.

Vale salientar que embora o instrumento BSES-SF tenha sido adaptado ao perfil das mulheres brasileiras, sua aplicação em contextos de prematuridade e em unidades de terapia intensiva neonatal apresenta desafios. A complexidade vivenciada por mães de bebês prematuros, que enfrentaram abortos prévios, gestações de risco e partos cesarianos, pode comprometer a eficácia do instrumento na captação real de seus sentimentos em relação à amamentação.

Nesse cenário, a conversão desse instrumento para uma abordagem qualitativa poderia permitir uma compreensão mais profunda da experiência dessas mães. Fatores como a linguagem corporal e o histórico clínico – incluindo a ausência de amamentação em uma gestação anterior ou a experiência com o primeiro filho – podem influenciar a percepção materna sobre o aleitamento materno exclusivo (AME). Assim, a fidedignidade das respostas obtidas pode ser limitada, tornando essencial uma análise mais ampla e sensível à realidade desse público.

Durante a segunda fase da pesquisa, dificuldades como mudanças de número de telefone e restrições de horário, além do impacto emocional e prático do nascimento prematuro, afetaram a continuidade da participação. Isso é consistente com a literatura que destaca que a necessidade de cuidados intensivos e a falta de suporte adequado podem reduzir a adesão a estudos longitudinais em populações vulneráveis. Aponta-se, portanto, como limitação do estudo, a não consecução do *n* amostral na segunda fase. Embora o número reduzido de participantes no estudo possa restringir a generalização dos efeitos, enfatiza-se a importância dos resultados para o conhecimento da autoeficácia para amamentar em mães de neonatos prematuros.

7 CONCLUSÃO

A autoeficácia para amamentar não demonstrou associação com a prática de aleitamento materno do filho prematuro 30 dias após a alta hospitalar. Esses achados sugerem que, em situações de prematuridade, a amamentação exclusiva pode depender de um conjunto mais amplo de condições, como cuidados clínicos, educação contínua e apoio psicossocial, sendo necessária a realização de pesquisas de cunho qualitativo, que visem construir um perfil estruturado das mães de bebês prematuros internados em UTI neonatal, levando em considerações as questões subjetivas, como também as questões clínicas.

A educação permanente é uma ferramenta essencial para a implementação da educação em saúde em diversos cenários, incluindo a atenção básica à saúde e o ambiente hospitalar. Fortalecer a cultura do aleitamento materno exclusivo (AME) é de extrema importância, pois representa um dos principais fatores na prevenção da morbimortalidade neonatal, tanto no Brasil quanto no mundo. Nesse contexto, o SUS, ao oferecer um serviço de atenção integral, deve priorizar o cuidado holístico da mulher e do bebê desde o pré-natal, garantindo que a continuidade do AME seja assegurada após o nascimento e alta hospitalar, em especial dos bebês prematuros.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, E. S. V. et al. Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação. **Acta Paul Enferm.**, v. 36, p. eAPE02301, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02301>.

ALMEIDA, M.; COSTA, L. Desafios e estratégias para o aleitamento materno exclusivo em mães de bebês prematuros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 944-951, 2019. DOI: [doi.org/ 10.51891/rease.v8i3.4727](https://doi.org/10.51891/rease.v8i3.4727)

ALVES, Fernanda Nascimento et al. Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 4509-4520, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>

ASSUNÇÃO, Débora Gabriela Fernandes et al. Autoeficácia e desfechos da amamentação em mães de bebês prematuros e a termo: um estudo longitudinal. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022123pt>

BANDURA, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.

BLYTH, R. J.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C. L.; MOYLE, W. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. **Journal of Human Lactation**, v. 18, n. 4, p. 309-318, 2002. DOI: [10.1046/j.1523-536x.2002.00202.x](https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00202.x)

BOSTANABAD, M. A. et al. Emotional intelligence and stress and their relationship with breastfeeding self-efficacy in mothers of premature infants. **BMC Womens Health**, v. 24, n. 1, p. 15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02849-4>.

BRASIL. **Caderneta da Gestante**: Manual de orientações sobre cuidados durante a gestação e após o parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019

BRASIL, **Boletim Epidemiológico - Perfil epidemiológico dos nascimentos prematuros no Brasil, 2012 a 2022** | Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente | Ministério da Saúde Volume 55 | N.º 13 | 30 set. 2024

CYSNEIROS, Viviane Carneiro et al. A prática do aleitamento materno exclusivo e sua correlação com a escala de autoeficácia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 14238-14249, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-226>

CARVALHO, L. M. N.; PASSOS, S. G. Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança: revisão integrativa. **Revista Coleta Científica**, v. 5, n. 9, p. 70–87, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5117748>.

COSTA, G. C. et al. Avaliação da mamada, autoeficácia do aleitamento materno e fatores influentes no desmame precoce em primíparas. **Multitemas**, v. 21, n. 59, p. 191–210, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20435/multi.v21i59.2831>.

DALTRO, M. C. S. L. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v. 7, n. 3, p. 153-162, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47456/bjpe.v7i3.35499>.

DENNIS, C. L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2003 Nov-Dec;32(6):734-44. DOI: 10.1177/0884217503258459. PMID: 14649593

DE OLIVEIRA LOPES, Ana Luiza et al. Prematuridade: identificação de fatores de risco maternos e abordagens preventivas. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151449-e151449, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1449>

DE SOUSA, Byanca Alves et al. FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO APÓS O INTERNAMENTO EM UTI NEONATAL. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92894>

DIAS, A. L. P. O.; HOFFMANN, C. C.; CUNHA, M. L. C. Aleitamento materno de recém-nascido prematuro em unidade de internação neonatal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 44, p. 20210193, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210193.p>.

DOS SANTOS, Cláudia Gomes; DA SILVA, Débora Lustosa; LIMA, Leane Castro. Assistência de Enfermagem na Prática da Amamentação no Puerpério. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 10, p. 1500-1517, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.15990>

FEITOSA, M. E. B.; SILVA, S. E. O. da; SILVA, L. L. da. Breastfeeding: causes and consequences of early weaning. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e856975071, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.5071.

FIGUEIREDO, Tatiane Cristaldo; NETO, Ubiratan Ribeiro Martins. CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO. **Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação (EIGEDIN)**, v. 6, n. 1, 2022.

JAVORSKI, Marly et al. Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03329, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017031803329>

LIMA, Ana Paula Esmeraldo et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180406, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180406>

LIMA, L. R.; SILVA, A. R. A importância da orientação sobre amamentação no pré-natal: Uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 4, p. 412-419, 2020.

LIMA, S. S.; OLIVEIRA, L. R.; MENDES, E. M. Desafios do aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar em neonatos prematuros: Uma revisão da literatura. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 27, n. 1, p. 20-28, 2021. DOI: doi.org/ 10.51891/rease.v8i3.4727

LOPES, ALEXSANDRA ELLINA. **Aleitamento materno: experiência no hospital e percepção de mães sobre o apoio recebido**. 2022. Disponível em: <<http://repositorioguairaca.com.br/jspui/handle/23102004/418>>

Lu, C., Wang, S., Li, S., Liu, R., & Liu, Q. (2025). Effectiveness of Non-Nutritive Sucking on Sucking Performance in Preterm Infants: A Systematic Review. **Physical & Occupational Therapy In Pediatrics**, 1–24. DOI: <https://doi.org/10.1080/01942638.2025.2451405>

MORAES, G. G. W. et al. Associação da duração do aleitamento materno exclusivo com a autoeficácia de nutrizes para amamentar. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 55, p. e03702, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019038303702>.

Melo TFM de, Carregaro RL, Araújo WN de, Silva EN da, Toledo AM de. (2022). Custos diretos da prematuridade e fatores associados ao nascimento e condições maternas. **Rev Saúde Pública**, 56. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003657>

MARTINS, N. et al. Autoeficácia materna em primigestas e a manutenção do aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, e9829, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e9829.2022>.

PRESTES, Ananda Carolina Reis et al. AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA: AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES E SEUS IMPACTOS NA PRÁTICA. **ARACÊ**, v. 6, n. 2, p. 2210-2226, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev6n2-103>

SIQUEIRA, Marly Beserra de Castro; DIAS, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011. DOI: [dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100004](https://doi.org/10.5123/S1679-49742011000100004)

SANTOS, B. M. P. dos; COELHO, D. F.; HERBER, S.; VELEDA, A. A. Acompanhamento do aleitamento humano de mulheres e recém-nascidos que experienciaram a internação neonatal. **STUDIES IN HEALTH SCIENCES**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. e13925, 2025. DOI: 10.54022/shsv6n1-025. Disponível em <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/13925>.

TEIXEIRA, Gracimary Alves et al. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. **Cogitare enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 51409-51409, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.51409>

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados (1ª fase)**1. Identificação:**

Unidade de internamento:

Data da entrevista:

Telefone:

2. Dados Gerais - puérpera:

2.1 Idade Materna:

2.2 Autodeclaração de raça:

- Amarela
- Branca
- Parda
- Preta
- Ignorado

2.3 Estado Civil:

- Solteira
- Casada
- Viúva
- Separação judicial ou divórcio
- Outro
- Ignorado

2.4 Chefe da família:

- Mãe
- Pai
- Outros
- Ignorado

2.5 Trabalho materno remunerado, fora do lar:

- Sim
- Não
- Ignorado

2.6 Quando você está trabalhando, quem ajuda a cuidar do seu filho?

- Marido

- Mãe
- Avó
- Sogra
- Cuidador
- Creche
- Outro
- Não se aplica
- Ignorado

2.7 Número de filhos vivos: _____

2.8 Número de abortos: _____

2.9 Renda familiar:

- Menos de 1 salário-mínimo
- Entre 1 e 2 salários-mínimos
- A partir de 3 salários-mínimos
- Ignorado

2.10 Regime de ocupação da moradia:

- Próprio
- Alugado
- Cedido
- Outros
- Ignorado

2.11 Possui acesso a internet?

- Sim
- Não
- Ignorado

2.12 Abastecimento de água:

- Ligada à rede
- Poço ou nascente
- Cisterna
- Cacimba
- Outros
- Ignorado

2.13 Descarte dos dejetos residenciais:

- Rede geral
- Fossa com tampa
- Fossa rudimentar (sem tampa)
- Cursos d'água
- Céu aberto
- Outro
- Ignorado

2.14 Descarte do lixo

- Sim
- Não
- Ignorado

2.15 Fez pré-natal?

- Sim
- Não
- Ignorado

2.16 Número de consultas do pré-natal: ____

2.17 Via do parto

- Parto vaginal/ normal
- Parto cirúrgico/cesariana
- Ignorado

2.18 Gravidez planejada:

- Sim
- Não
- Ignorado

2.19 Gravidez de risco

- Risco habitual
- Alto risco
- Ignorado

2.20 Amamentou o último filho (anterior ao selecionado para o estudo)

- Sim
- Não
- Não se aplica
- Ignorado

2.21 Teve dificuldade para amamentar?

- Nenhuma
- Pouca
- Muita
- Não se aplica
- Ignorado

2.22 Intervalo interpartal: ____

2.23 Ordem de nascimento do RN selecionado para o estudo: ____

2.24 Recebeu orientação sobre a amamentação no pré-natal?

- Sim
- Não
- Ignorado

2.25 A orientação foi feita por um profissional:

- Enfermeiro
 - Tec. de enfermagem
 - Médico
 - Fisioterapeuta
 - Não se aplica
 - Ignorado
- 2.26 Antecedentes clínicos
- Diabetes
 - ITU
 - Infertilidade
 - Dificuldade em amamentar
 - Cardiopatia
 - Tromboembolismo
 - hipertensão arterial
 - Cirurgia pelv. uterina
 - Cirurgia
 - Outros
 - Ignorado

2.27 Última gestação:

- Fumo

- Álcool
- Outras drogas
- Violência doméstica
- HIV/Aids
- Sífilis
- Toxoplasmose
- ITU
- Anemia
- Inc. istmocervical
- Isoimunização Rh
- Oligo/polidrâmnio
- Rotura premat. de membrana
- CIUR
- Pós-datismo
- Hipertensão
- Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Uso de insulina
- Cardiopatia
- Hemorragia 1º, 2º e/ou 3º trimestre

2.28 Tipo de gravidez

- Única
- Gemelar
- Tripla ou mais
- Ignorado

3. Dados Gerais - recém-nascido (RN):

3.1 Sexo do RN:

- Feminino
- Masculino

3.2 Apgar:

- 7-10
- 4-6
- 0-3

Ignorado

3.3 Idade atual do RN: _____

3.4 Data de nascimento RN: _____

3.5 Idade gestacional ao nascer: _____

3.6 Peso ao nascer: _____

3.7 Mamou na 1ª hora:

Sim

Não

Ignorado

3.8 Houve contato pele a pele após o nascimento?

Sim

Não

Ignorado

3.9 Houve intercorrência após nascimento ? _____

3.10 Anquiloglossia ? _____

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados (2ª fase)**1. Identificação:**

Número identificação/Nome:

Idade do bebê

Unidade de internamento:

Dados Sobre Alimentação do bebê (após 30 dias)

2. O que você ofertou como alimento para o seu bebê nas últimas 24h?

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME)
- Aleitamento Materno Predominante (AM predominante)
- Aleitamento Materno (AM)
- Aleitamento artificial
- ignorado

3. Se a resposta anterior não for AME, pergunte: Qual outro alimento ofereceu?**4. Se ofertou outro alimento, qual o principal motivo?****5. Você tem ofertado algum desses líquidos ao seu bebê?**

- suco
- chá
- fórmula
- Leite artificial integral
- água
- outro alimento
- ignorado

6. Se a resposta anterior for "outro", qual líquido?**7. Se não estiver em aleitamento materno, quais os motivos:****8. Retornou ao trabalho?**

- Sim
- Não
- Não se aplica

9. Você recebeu visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (ESF) após a alta hospitalar?

- sim
- não

ignorado

10. Se a resposta anterior for sim, pergunte: Qual profissional realizou a visita?

enfermeiro

médico

ACS

fisioterapeuta

outro

ignorado

11. Se a resposta anterior for sim, pergunte: quantos dias após a alta hospitalar foi realizada esta visita?

12. Você já compareceu a primeira consulta com o seu bebê (após a alta)?

sim

não

Ignorado

13. A primeira consulta foi em qual local?

USF

UBS

Hospital das Clínicas

Não se aplica

Ignorado

14. Qual profissional realizou a primeira consulta?

enfermeiro

médico

não se aplica

ignorado

15. Na primeira consulta você recebeu alguma orientação sobre o aleitamento materno?

sim

não

ignorado

16. Seu bebê está ganhando peso?

Sim

Não

Ignorado

17. Qual o peso atual do seu bebê?

18. Quanto ganhou após a alta hospitalar?

ANEXO A - Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta, no número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Superar com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar o leite em pó como suplemento.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo

- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).

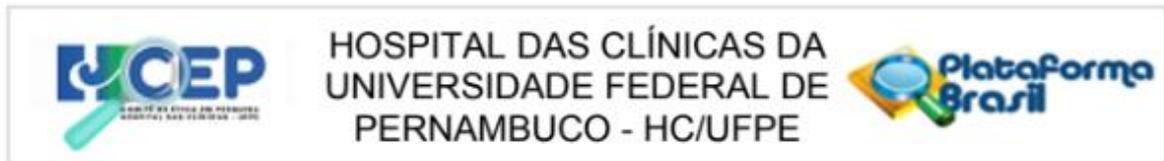
- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.

- 1 = Discordo totalmente

- 2 = Discordo
- 3 = Às vezes concordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Autoeficácia para amamentar e o aleitamento materno exclusivo de prematuros após a alta hospitalar

Pesquisador: Ana Paula Esmeraldo Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68759723.6.0000.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.196.781

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa para Programa de Iniciação Científica (PIBIC 2023-2024) do Departamento de Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a ser submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas - UFPE.

Será um estudo analítico, transversal, quantitativo, a ser desenvolvido na Unidade neonatal do Hospital das Clínicas Prof Romero Marques da Universidade Federal de Pernambuco. O público-alvo será formado por 121 puérperas de recém-nascidos pré-termo que estejam internados na Unidade neonatal. As demais informações já foram relatadas na primeira versão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

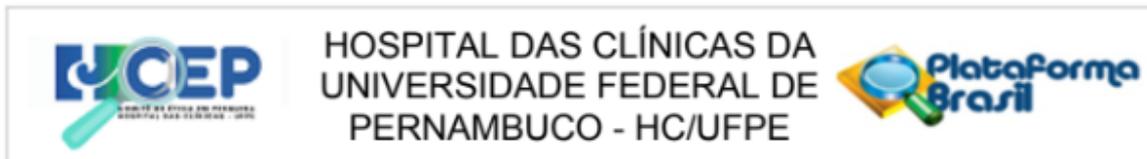
- Avaliar a autoeficácia materna e sua relação com o aleitamento materno exclusivo de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Identificar os escores de autoeficácia materna para amamentar;

- Identificar o tipo de aleitamento materno durante o internamento na unidade neonatal e 30 dias após a alta hospitalar;

- Verificar associação entre a auto-eficácia materna para amamentar e o aleitamento materno exclusivo de prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar.



Continuação do Parecer: 6.196.781

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entende-se que o risco de participação nessa pesquisa pode estar relacionado com o cansaço ou desconforto pelo tempo gasto na entrevista, constrangimento da participante por se tratar de assuntos pessoais, além do risco de quebra de anonimato. Tais situações serão minimizadas com realização da entrevista no horário mais conveniente para a participante, garantindo-se a ela o caráter voluntário e a possibilidade de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a mesma. Em relação ao armazenamento das respostas coletadas na pesquisa poderá ocorrer o risco de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, para isso serão utilizados apenas computadores de uso pessoal protegido com senha e equipados com antivírus. Ainda, será assinado o

Termo de Compromisso e Confidencialidade pela pesquisadora responsável, que garante a privacidade das voluntárias, cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima. Para fins de segurança garantimos que conhecemos a política de privacidade das ferramentas utilizadas, assim garantimos o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

BENEFÍCIOS: SERÁ realizado um levantamento sobre a autoeficácia materna para amamentar, a partir da qual será possível subsidiar a equipe de saúde para estabelecer formas de melhorar e promover a autoeficácia para amamentar das mães de recém-nascidos prematuros e oferecer ações de educação em saúde mais efetivas para a promoção do AME. Os benefícios

diretos estão relacionados ao esclarecimento de eventuais dúvidas (após o término da entrevista por telefone) que a mulher possa ter nos primeiros dias no domicílio com o seu filho, período mais crítico para os cuidados ao RN prematuro

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância e pertinência inestimáveis já descritos anteriormente.

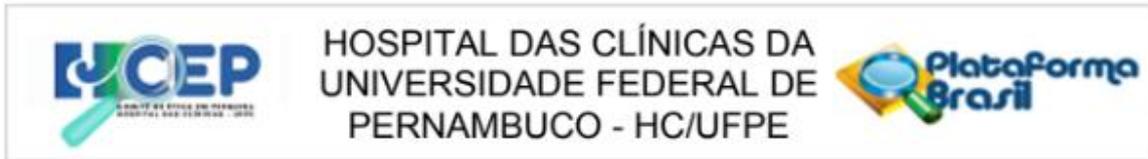
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta-resposta de pendências anexadas;

Termo de ciência do NAP assinado eletronicamente;

Instrumento de coleta de dados anexado;

Demais estão adequados.



Continuação do Parecer: 6.196.781

Recomendações:

- RECOMENDA-SE ampliar o tempo de entrevista para 10 ou 15 min já que preenchimento do instrumento de coleta pode demandar mais do que os 05 minutos estipulados originalmente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

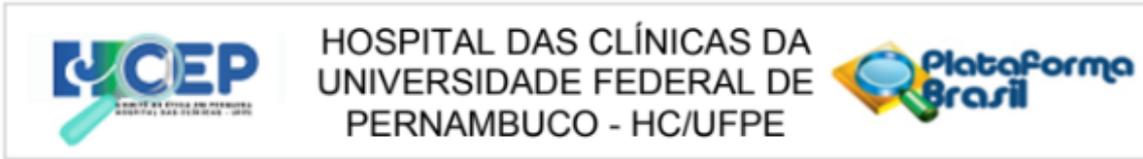
- Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2122680.pdf	10/07/2023 11:59:17		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_2.pdf	10/07/2023 11:58:37	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_GEP_Nova.pdf	10/07/2023 11:50:50	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDeNCIAS.pdf	02/06/2023 08:38:59	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_Coleta_dados.pdf	02/06/2023 08:23:24	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	CL_Aluna.pdf	02/06/2023 08:05:55	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoNOVA.pdf	14/04/2023 17:33:11	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	Comprovante_de_matricula.pdf	14/04/2023 17:20:17	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	CL_Abril.pdf	14/04/2023 17:18:16	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	Anuencia_assinada.pdf	14/04/2023 17:16:37	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Outros	2_Termo_compromisso_assinado.pdf	14/04/2023 12:12:57	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/04/2023 12:08:55	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pibic_EBSERH_CEP.pdf	14/04/2023 12:08:01	Ana Paula Esmeraldo Lima	Aceito

Situação do Parecer:



Continuação do Parecer: 6.196.781

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 24 de Julho de 2023

Assinado por:
Agostinho de Sousa Machado Junior
(Coordenador(a))