



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANDRÊINA CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS

EFEITO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA NA INTERAÇÃO MÃE-FILHO
DURANTE A AMAMENTAÇÃO AVALIADA PELA ESCALA INTERATIVA DE
AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

LINHA DE PESQUISA: MODELOS TEÓRICOS E AS TECNOLOGIAS DE
ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DO INDIVÍDUO E GRUPOS SOCIAIS

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. CASSIANE
DEZOTI DA FONSECA
COORIENTADORA: PROF^a. DR^a. IELLEN
DANTAS CAMPOS VERDES RODRIGUES

SÃO CRISTÓVÃO – SE

2026

ANDRÊINA CRISTINA NASCIMENTO DOS SANTOS

**EFEITO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA NA INTERAÇÃO MÃE-FILHO
DURANTE A AMAMENTAÇÃO AVALIADA PELA ESCALA INTERATIVA DE
AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cassiane Dezoti da Fonseca

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues

SÃO CRISTÓVÃO – SE

2026

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA AUTORA

Santos, Andrêina Cristina Nascimento dos. **Efeito de uma tecnologia educativa na interação mãe-filho durante a amamentação avaliada pela escala interativa de amamentação: Ensaio Clínico Randomizado.** Andrêina Cristina Nascimento dos Santos – 2026. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2026.

Título em inglês: **Effect of an educational technology on mother–child interaction during breastfeeding assessed by the Interactive Breastfeeding Scale: a randomized clinical trial.** Andrêina Cristina Nascimento dos Santos – 2026. [Master's thesis]. Aracaju: Graduate Program in Nursing, Federal University of Sergipe; 2026.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO DE ENFERMAGEM

Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Damião da Conceição Araújo

ANDRÊINA CRISTINA NASCIMENTO DO SANTOS

**EFEITO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA NA INTERAÇÃO MÃE-FILHO
DURANTE A AMAMENTAÇÃO AVALIADA PELA ESCALA INTERATIVA DE
AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aprovado em:

PRESIDENTE DA BANCA

Prof^a. Dr^a. Cassiane Dezoti da Fonseca

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jussielly Cunha Oliveira

Prof^a. Dr^a. Isaura Danielli Borges de Sousa

MEMBRO SUPLENTE

Prof^a. Dr^a. Carla Roberta Monteiro Miura

Prof^a. Dr^a. Girliani Silva de Sousa

PARECER

SÃO CRISTÓVÃO – SE

2026

*Dedico esta obra a **Deus**, fonte de sabedoria e
força em todos os momentos da minha vida. À
minha família, pelo amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por ser a base que sustenta minha caminhada, me concedendo força, sabedoria e perseverança para seguir em frente e alcançar cada objetivo. Reconheço que tudo o que alcancei provém de Suas mãos, e a Ele rendo toda honra e gratidão. Que permaneça conduzindo meus caminhos, hoje e sempre.

Ao meu esposo, Jênisson, minha eterna gratidão por todo amor, incentivo e confiança. Foi você quem enxergou minha entrada no mestrado antes de mim mesma e sua presença foi essencial em cada etapa, acreditando em mim até mesmo quando eu duvidei. Amo você.

Aos meus pais, Josilda e Luiz, expresso minha mais profunda gratidão por todo esforço, dedicação e renúncias ao longo da vida, para que eu pudesse estudar e conquistar oportunidades que não lhes foram dadas. Esta vitória também é de vocês. Aos meus irmãos, Júnior, Gabriel e Fabiano, agradeço pelo apoio constante e pela presença em todos os momentos importantes da minha vida.

À minha avó, Maria, que com suas orações, carinho e acolhimento, fortalece minha fé e me impulsiona a seguir em frente. Aos meus sobrinhos, que me dão motivação diariamente para não desistir do que Deus tem preparado para mim.

Às minhas amigas de infância, Mirley e Yasmim, por caminharem ao meu lado ao longo da vida, compartilhando momentos e apoiando minhas escolhas. Aos amigos que o mestrado me presenteou, Giovanna, Milena, Mônica, Gabriela, Allana, Carlos e Autran, levo comigo não apenas o aprendizado acadêmico, mas também os laços construídos. Às amigas e parceiras de projeto, Giovanna e Lígia, pela parceria e força ao longo dessa caminhada. Juntas, enfrentamos desafios e inseguranças, mas também compartilhamos conquistas que tornaram essa trajetória ainda mais significativa.

Às professoras Jussielly, Iellen e Cassiane, minha sincera gratidão pela confiança, apoio e orientação ao longo desta trajetória. À professora Claudiane, pela oportunidade de vivenciar a docência de forma tão enriquecedora, aprendendo não apenas a ensinar, mas sobretudo a escutar, compreender e acolher.

Por fim, agradeço aos coordenadores, colegas bolsistas e à equipe da secretaria do PPGEN, por contribuírem para uma trajetória acadêmica rica em aprendizado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica das etapas do estudo.....	36
Figura 2: Fluxograma de inclusão, randomização e acompanhamento das participantes do estudo, elaborado conforme as diretrizes CONSORT 2010.....	45
Figura 3: Diagrama CONSORT — rastreamento das participantes da randomização ao seguimento de 180 dias.....	51
Figura 4: Número de participantes com escore EINA válido em cada momento, por grupo..	63
Figura 5: Gráfico quantil-quantil dos resíduos — modelo da idade materna (Tabela 7).....	64
Figura 6: Gráfico quantil-quantil dos resíduos — modelo de tipo de parto × período × grupo (Tabela 11).....	64
Figura 7: Gráfico quantil-quantil dos resíduos — modelo ajustado (Tabela 12).....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tamanho amostral total necessário (poder de 80%; $\alpha = 0,05$) para o desenho de medidas repetidas com dois grupos e cinco momentos. f de Cohen: 0,10 (pequeno), 0,25 (médio), 0,40 (grande).....	34
Tabela 2: Menor efeito detectável (MDE) e tamanho de efeito observado (f de Cohen), com poder de 80% e $\alpha = 0,05$ para o tamanho amostral realizado.....	34
Tabela 3: Características sociodemográficas, obstétricas e de saúde das gestantes participantes, por grupo.....	46
Tabela 4: Escores da Escala Interativa de Amamentação (EINA) ao longo dos momentos de avaliação, por grupo de alocação.....	50
Tabela 5: Escores EINA restritos ao período puerperal (7, 30, 90 e 180 dias), por grupo de alocação.....	52
Tabela 6: Análise descritiva dos escores EINA estratificados por variáveis sociodemográficas, obstétricas e desfechos de aleitamento, em cada tempo de aplicação.....	54
Tabela 7: Associação entre a idade materna e os escores EINA, estimada por modelo linear de efeitos mistos ajustado pelo tempo de avaliação.....	57
Tabela 8: Escores EINA segundo o tipo de parto, estratificados por período puerperal (imediato e tardio) e por grupo de alocação.....	58
Tabela 9: Número de observações (escore EINA válido) por tipo de parto, período puerperal e grupo.....	58
Tabela 10: Associação entre a via de parto na gestação atual e a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os 180 dias de vida do lactente.....	59
Tabela 11: Modelo linear de efeitos mistos para o escore EINA em função do tipo de parto, período puerperal e grupo, com seus termos de interação.....	59
Tabela 12: Coeficientes de regressão linear mista (bruta e ajustada) para o impacto da tecnologia educativa sobre o escore EINA ao longo do seguimento.....	60
Tabela 13: Seleção da estrutura de efeitos aleatórios do modelo misto.....	61
Tabela 14: Análises de sensibilidade do efeito de grupo à inclusão de covariáveis adicionais.	61
Tabela 15: Verificação dos pressupostos dos modelos lineares de efeitos mistos (observações atípicas, alavancagem, normalidade dos resíduos com e sem outliers, efeitos aleatórios e homocedasticidade).....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APS – Atenção Primária à Saúde

CONSORT – *Consolidated Standards of Reporting Trials*

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

EINA – Escala Interativa de Amamentação

ENANI – Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

GC – Grupo Controle

GI – Grupo Intervenção

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

LMH – Leite Materno Humano

MS – Ministério da Saúde

NANDA – Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PE – Processo de Enfermagem

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

rBLH-BR – Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

RN – Recém-Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIA – Teoria Interativa de Amamentação

UBS – Unidades Básicas de Saúde

WABA – Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno

WHO – *World Health Organization*

SANTOS, Andrêina Cristina Nascimento dos. **Efeito de uma tecnologia educativa na interação mãe-filho durante a amamentação avaliada pela escala interativa de amamentação: Ensaio Clínico Randomizado**. [dissertação de mestrado]. Aracaju: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe; 2026.

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno exclusivo (AME) é fundamental para a saúde do binômio mãe-filho, entretanto, suas taxas permanecem abaixo das recomendações nacionais e internacionais. Nesse contexto, tecnologias educativas emergem como estratégias promissoras para promover o AME e fortalecer a interação dinâmica durante a amamentação. **Objetivo:** Avaliar o impacto do uso de uma tecnologia educativa sobre a interação dinâmica entre mãe-filho durante o processo de amamentação exclusiva. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado, de abordagem quantitativa, unicego, com dois grupos paralelos, realizado em Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Itabaiana e Lagarto, Sergipe. Participaram gestantes com idade ≥ 18 anos, acompanhadas no pré-natal, alocadas em grupo controle e grupo intervenção. A intervenção consistiu na aplicação de um álbum seriado educativo, associado ao acompanhamento no período pós-parto. A interação dinâmica foi avaliada por meio da Escala Interativa de Amamentação (EINA) em diferentes momentos: gestação, 7, 30, 90 e 180 dias pós-parto. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, incluindo modelos lineares de efeitos mistos, com nível de significância de 5%. Foram recrutadas 106 gestantes, com amostra final de 53 participantes. **Resultados:** Foi evidenciada trajetória de estabilidade nos escores de interação dinâmica ao longo do tempo, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Entretanto, variáveis obstétricas e sociodemográficas apresentaram associação com os escores da EINA, destacando-se o planejamento da gestação, no qual mães que não planejaram a gravidez apresentaram maiores escores de interação no puerpério imediato. **Conclusão:** A intervenção com álbum seriado não apresentou efeito estatisticamente significativo na interação mãe-filho, mostrando equivalência ao cuidado habitual. Observou-se, contudo, tendência de maior estabilidade dos escores no grupo intervenção. A interação foi influenciada por fatores psicossociais, especialmente o planejamento gestacional. Os resultados reforçam a necessidade de estratégias contínuas, personalizadas e centradas na mulher na Atenção Primária.

Palavras-chave: Aleitamento Materno Exclusivo; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Ensaios Clínicos Randomizados Controlados; Interação Mãe-Filho; Tecnologia Educacional.

SANTOS, Andréina Cristina Nascimento dos. **Effect of an educational technology on mother–child interaction during breastfeeding assessed by the Interactive Breastfeeding Scale: a randomized clinical trial.** [Master's thesis]. Aracaju: Graduate Program in Nursing, Federal University of Sergipe; 2026.

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding (EBF) is essential for the health of the mother–infant dyad; however, its prevalence remains below national and global recommendations. In this context, educational technologies have emerged as promising strategies to promote breastfeeding and strengthen mother–infant interaction during the breastfeeding process.

Objectives: This study aimed to evaluate the impact of an educational technology on the dynamic interaction between mother and child during exclusive breastfeeding.

Methodology: This was a randomized controlled clinical trial with a quantitative approach, *single-blind*, conducted in Primary Health Care units in the municipalities of Itabaiana and Lagarto, Sergipe, Brazil. Pregnant women aged ≥ 18 years receiving prenatal care were randomly allocated into control and intervention groups. The intervention consisted of an educational serial album combined with postpartum follow-up. Mother–infant interaction was assessed using the Interactive Breastfeeding Scale at five time points: during pregnancy and at 7, 30, 90, and 180 days postpartum. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including linear mixed-effects models, with a significance level of 5%. A total of 106 pregnant women were recruited, with a final sample of 53 participants. **Results:** The results demonstrated a stable trajectory of interaction scores over time, with no statistically significant differences between the groups. However, obstetric and sociodemographic variables were associated with interaction scores, particularly pregnancy planning, as mothers with unplanned pregnancies showed higher interaction scores in the immediate postpartum period. **Conclusion:** It is concluded that the educational technology did not produce significant differences in mother–infant interaction between groups; however, individual factors influenced this process, highlighting the need for personalized approaches in maternal and child care. This study contributes to advancing knowledge by integrating educational technology and systematic assessment of mother–infant interaction in the context of breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding; Educational Technology; Mother-Child Relations; Outcome Assessment, Health Care; Randomized Controlled Trials as Topic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 GERAL.....	21
2.2 ESPECÍFICOS.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO PARA A SAÚDE DO BINÔMIO MÃE-FILHO.....	23
3.2 DETERMINANTES E BARREIRAS PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	25
3.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO DINÂMICA MÃE-FILHO E O SUCESSO DO AME, LUZ À TEORIA INTERATIVA DE AMAMENTAÇÃO.....	27
3.4 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	29
4 MÉTODO.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.1.1 Contextualização do Estudo.....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO.....	33
4.3.1 População do Estudo.....	33
4.3.2 Critérios de inclusão.....	33
4.3.3 Critérios de não-inclusão.....	33
4.3.4 Critérios de exclusão.....	33
4.4 PLANO AMOSTRAL E ANÁLISE DE SENSIBILIDADE.....	33
4.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
4.5.1 Período de Coleta de Dados.....	35
4.5.2 Fase I: Recrutamento das Participantes.....	36
4.5.3 Fase II: Processo de Randomização.....	37
4.5.4 Fase III: Convite às gestantes do Grupo Intervenção para educação com álbum seriado.....	38

4.5.5 Fase IV: Aplicação da escala para avaliação da interação dinâmica entre mãe e filho	39
4.6 CEGAMENTO.....	39
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	40
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4.8.1 Consentimento Livre e Esclarecido.....	42
4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	43
5 RESULTADOS.....	45
5.1 MATERIAL SUPLEMENTAR.....	63
6 DISCUSSÃO.....	67
7 CONCLUSÃO.....	74
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	90
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	94
APÊNDICE C – TERMO DE SIGILO DO PESQUISADOR PARA CONTATO TELEFÔNICO.....	96
APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA CONTATO TELEFÔNICO.....	97
ANEXO A – ESCALA INTERATIVA DE AMAMENTAÇÃO.....	99
ANEXO B – ÁLBUM SERIADO “EU POSSO AMAMENTAR MEU FILHO”.....	105
ANEXO C – INTERVENÇÃO DE SUPORTE TELEFÔNICO PARA A AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR.....	113
ANEXO D – TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	120
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	122

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O leite materno humano (LMH) é considerado o melhor alimento para o recém-nascido (RN), por ser capaz de atender às necessidades fisiológicas e metabólicas do organismo, podendo ser continuado até os dois anos ou mais, concomitantemente à introdução alimentar a partir do sexto mês de vida. Dito isto, é a escolha mais segura entre as opções para a alimentação, por conter anticorpos que fornecem a primeira fonte de imunidade adaptativa no trato intestinal do neonato, e que contribuem para a proteção contra infecções e doenças prevalentes na infância. Na fase adulta, é capaz de diminuir o risco para hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade (WHO, 2024; Brasil, 2024).

Considerado um fluido biológico essencial ao crescimento e desenvolvimento infantil, o LMH é composto por aproximadamente 87% de água, 3,8% de gordura, 1,0% de proteínas e 7,0% de lactose (Cabral *et al.*, 2023). Sendo assim, configura-se como uma estratégia eficaz para a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis em até 13%. Em consonância, a Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA), instituiu a primeira semana do mês de agosto como a Semana Mundial do Aleitamento Materno. Essa iniciativa está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, que busca assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento saudável das crianças (Brasil, 2024; COFEN, 2024).

Apesar dos avanços significativos nas últimas décadas, o Brasil não atingiu a meta global de pelo menos 50% dos lactentes estarem em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses de idade. Embora a amamentação seja iniciada pela maioria das crianças, a sua continuidade ainda permanece abaixo do recomendado (Brasil, 2025; UFRJ, 2021). Campanharo *et al.* (2024) acompanharam 253.717 crianças a fim de avaliar a prevalência do AME em menores de seis meses segundo a região geográfica. A região Norte apresentou a maior prevalência (63%), enquanto a Nordeste registrou a menor (51%). Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as prevalências foram de 60%, 56% e 55%, respectivamente.

No cenário internacional, estima-se que aproximadamente 48% das crianças menores de seis meses são alimentadas exclusivamente por LMH. Observam-se variações regionais relevantes, com maiores prevalências no Sul da Ásia e África Subsaariana, alcançando cerca de 57% e 56%, respectivamente. Regiões como Europa e Ásia Central apresentam menores taxas de AME, com cerca de 25% de prevalência (UNICEF; WHO, 2023). Em contrapartida, um estudo conduzido no Canadá evidenciou valores aproximados de 34,6% no AME, com

queda acentuada ao longo dos meses, principalmente no primeiro mês de vida do bebê, estando aquém das metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Ricci *et al.*, 2023).

Sendo assim, a descontinuidade do AME pode comprometer a maturação do sistema imunológico e a efetividade dos mecanismos de proteção no lactente, além de prejudicar a segurança nutricional e o conforto afetivo associados a essa prática. (Pinheiro; Nascimento; Vetorazo, 2021). No que se refere à promoção do AME, as tecnologias educativas constituem um importante alicerce para a assistência à saúde. Planejadas e desenvolvidas para transformar o conhecimento técnico-científico em instrumentos capazes de qualificar o cuidado, essas tecnologias contribuem de forma significativa quando incorporadas às ações de educação em saúde (Balssels, 2023).

Estudos têm evidenciado que o AME é um fenômeno complexo, influenciado por múltiplos determinantes interdependentes. Nesse aspecto, uma investigação que utilizou a Escala Interativa de Amamentação (EINA), fundamentada na Teoria Interativa de Amamentação (TIA), demonstrou que fatores assistenciais, comportamentais e contextuais exercem papel decisivo na sua manutenção (Minarini, 2025). A integração de abordagens quantitativas e qualitativas evidenciou, ainda, a relevância de aspectos subjetivos, como acolhimento e escuta qualificada, para o sucesso da amamentação, reforçando a necessidade de estratégias educativas mais efetivas e contextualizadas.

Nessa perspectiva, Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) prévios têm investigado o uso de tecnologias educativas no apoio ao aleitamento materno. Destaca-se o estudo que utilizou o álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho” como estratégia educativa, evidenciando sua aplicabilidade na promoção do conhecimento materno e no fortalecimento das práticas relacionadas à amamentação. Javorski *et al.* (2018) mostraram que a intervenção mostrou-se eficaz como ferramenta de educação em saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado e para o empoderamento das mulheres no processo de amamentar. Tais evidências reforçam o potencial dessa tecnologia como instrumento facilitador da comunicação entre profissionais de saúde e puérperas.

Corroborando com esses achados, outro ECR que empregou a mesma tecnologia demonstrou aumento significativo na confiança materna para amamentar a longo prazo. Ademais, a intervenção contribuiu para a manutenção do AME por até dois meses, quando comparada ao grupo controle, apresentando desempenho superior também aos quatro meses de seguimento. No entanto, apesar dos avanços observados, verificou-se que a intervenção isolada não foi suficiente para produzir impacto consistente na manutenção da exclusividade

do aleitamento. Tal limitação foi identificada tanto no curto quanto no longo prazo, sugerindo a necessidade de estratégias complementares (Chaves, 2016). Dessa forma, reforçam a importância de abordagens multifatoriais no incentivo ao AME.

Diante do exposto, a Teoria Interativa de Amamentação, proposta por Primo e Brandão (2017), e fundamentada no Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de Imogene King, compreende a amamentação como um processo dinâmico e relacional, centrado na interação entre mãe e filho. Essa interação envolve comunicação verbal e não verbal, ajuste de posicionamento e adaptação do lactente à mama, elementos essenciais para a efetividade e o conforto do aleitamento. Portanto, a EINA constitui um instrumento multidimensional que permite mensurar, de forma sistematizada, a qualidade dessa interação, ampliando a avaliação para além de indicadores tradicionais, como duração e exclusividade do aleitamento (Souza, 2018).

Apesar dos avanços nas estratégias de educação em saúde na Atenção Primária, as intervenções tradicionalmente adotadas têm se mostrado insuficientes para sustentar o AME ao longo do tempo, uma vez que frequentemente se concentram na transmissão de informações, sem contemplar de forma efetiva a dimensão interacional do processo de amamentação. Evidências recentes indicam que tecnologias educativas podem melhorar o conhecimento e a confiança materna; contudo, seus efeitos sobre a manutenção do aleitamento exclusivo permanecem inconsistentes, especialmente quando utilizadas de forma isolada. Nesse sentido, observa-se uma lacuna na literatura quanto à avaliação de intervenções que integrem componentes educativos à promoção da interação dinâmica mãe-filho, mensurada por instrumentos específicos como a EINA (Minarini, 2025; Chaves, 2016; Silva *et al.*, 2024a).

Logo, o presente estudo propõe avaliar o impacto de uma tecnologia educativa, operacionalizada por meio do álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho”, sobre a interação dinâmica mãe-filho, utilizando os escores da EINA como desfecho primário. A hipótese nula do estudo é de que a aplicação do álbum seriado 'Eu posso amamentar meu filho', associada ao acompanhamento puerperal, não produz diferença estatisticamente significativa nos escores da Escala Interativa de Amamentação em relação ao cuidado pré-natal habitual. Adicionalmente, pressupõe-se que variáveis sociodemográficas e obstétricas podem atuar como fatores modificadores da interação mãe-filho ao longo do puerpério, independentemente da exposição à intervenção educativa.

Dessa forma, este estudo contribui para o avanço do conhecimento ao incorporar a avaliação da interação mãe-filho como desfecho central. Ao utilizar a EINA como instrumento de medida, introduz-se uma perspectiva inovadora na análise de intervenções educativas, possibilitando compreender mecanismos subjacentes ao sucesso ou à limitação dessas estratégias, bem como avaliar sua efetividade em contextos contemporâneos marcados pela rapidez na circulação de informações e na implementação de práticas em saúde. Além disso, os achados podem subsidiar o aprimoramento de práticas educativas na Atenção Primária à Saúde, orientando o desenvolvimento de intervenções mais abrangentes, que considerem não apenas o conteúdo informativo, mas também a qualidade da interação no processo de amamentação.

Nessa circunstância, considera-se que a implementação de um álbum seriado na interação dinâmica mãe-filho resultará em um aumento significativo no conhecimento, na confiança e na capacidade de gestantes e puérperas em lidar com os desafios e responsabilidades da amamentação, refletindo em uma melhoria dessa experiência. Desse modo, tem-se como objeto desse estudo o uso de uma tecnologia educativa na interação dinâmica mãe-filho, o qual será norteadado pelo seguinte problema de pesquisa: Qual o impacto do uso de uma tecnologia educativa na interação dinâmica entre mãe-filho, mensurada pela Escala Interativa de Amamentação, durante o aleitamento materno exclusivo, em comparação a mães não expostas à intervenção?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar o impacto do uso de uma tecnologia educativa sobre a interação dinâmica entre mãe-filho durante o processo de amamentação exclusiva, por meio de uma Escala Interativa de Amamentação.

2.2 ESPECÍFICOS

- Comparar a interação mãe-filho entre o grupo intervenção e o grupo controle, utilizando os escores da Escala Interativa de Amamentação;
- Investigar a influência de diferentes variáveis obstétricas (Via de parto, paridade, planejamento da gravidez, idade materna) sobre a interação mãe-filho, avaliada por meio da Escala Interativa de Amamentação;
- Investigar a associação entre as características sociodemográficas e os escores da Escala Interativa de Amamentação;
- Analisar se a tecnologia educativa atua como fator associado a melhores desfechos na interação mãe-filho e na manutenção do aleitamento materno exclusivo.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO PARA A SAÚDE DO BINÔMIO MÃE-FILHO

O leite materno humano (LMH) é considerado padrão ouro para a alimentação dos recém-nascidos (RN), mesmo os nascidos pré-termos, por atender de forma adequada às suas necessidades nutricionais e imunológicas, constituindo ações antimicrobianas, antivirais e anti-inflamatórias. Além disso, os bioativos encontrados no LMH são superiores, quando comparados às fórmulas infantis, devido a natureza complexa, dinâmica e sinérgica de seus componentes, sendo capaz de contribuir para o crescimento saudável e para o desenvolvimento neuro cognitivo do bebê (WHO, 2024; Maestro *et al.*, 2025; Cabral *et al.*, 2023).

Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) trazem recomendações claras sobre a Amamentação Materna Exclusiva (AME) até o sexto mês de vida, podendo ser continuada, de modo complementar, até os dois anos ou mais. A nutrição inadequada nessa fase inicial da vida do bebê pode resultar em danos, por vezes irreversíveis (WHO, 2024; Brasil, 2024). Dito isso, o LMH é composto por macronutrientes, como lipídios, proteínas e carboidratos; e micronutrientes, incluindo vitaminas e minerais, organizados em proporções adequadas às necessidades do lactente, dispensando o oferecimento de água, chás ou outros alimentos durante o período de amamentação exclusiva (Maestro *et al.*, 2025).

Estudos mostram que o AME até os seis meses de idade contribui significativamente para prevenção de doenças prevalentes na infância, como a diarreia, ao mesmo tempo que atua na redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, além de desempenhar papel protetor contra a predisposição de infecções e distúrbios respiratórios (Baszílio *et al.*, 2024; Cavalheiro *et al.*, 2025). Outrossim, mostra-se importante no combate e na proteção contra a obesidade infantil, além de promover padrões alimentares saudáveis, peso adequado para a idade e reduzir riscos de desenvolver doenças crônicas ao longo da vida adulta (Penedo *et al.*, 2023; WHO, 2022).

Ainda, o LMH caracteriza-se como um alimento de fácil digestão, o que contribui para a redução de cólicas intestinais no lactente, além de favorecer o desenvolvimento craniofacial. Nesse sentido, o ato de sucção mamilar é capaz de estimular o desenvolvimento da arcada

dentária, da fala e da respiração (Palheta; Aguiar, 2021). Considerando a imaturidade do sistema digestório do recém-nascido, o AME mostra-se especialmente adaptado às necessidades do neonato, promovendo maior conforto e contribuindo para a prevenção de doenças gastrointestinais (Lima; Silva; Pedrosa, 2024).

No que se refere às nutrizes, a amamentação oferece benefícios substanciais para a saúde. O ato de amamentar contribui para a redução no desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em até 32%, atua reduzindo em 26% o risco de desenvolver câncer de mama, e confere 37% menos chances de desenvolver câncer de ovário, quando comparadas àquelas que não amamentam. De modo complementar, ainda contribui para um estilo de vida mais saudável (OPAS, 2024; López *et al.*, 2024). Adicionalmente, a sucção no mamilo materno estimula a liberação de ocitocina, promovendo contrações que favorecem a involução uterina, fato este associado à menor ocorrência de hemorragias, anemia e depressão no pós-parto (Pulcinelli *et al.*, 2025).

À luz das evidências que demonstram os benefícios do aleitamento materno, o mês de agosto foi instituído como “Agosto Dourado”, por meio da Lei nº 13.435/2017, sendo dedicado ao incentivo e à valorização da amamentação, configurando-se como um importante marco para a promoção, proteção e apoio a essa prática (Brasil, 2017). Além do mais, a adoção de políticas públicas, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), configuram-se como estratégias voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral do binômio mãe-filho (Brasil, 2014; Brasil, 2024).

Diante da complexidade dos fatores que influenciam o AME, a promoção e manutenção dessa prática requer uma abordagem multiprofissional direcionada ao binômio mãe-filho. Nesse contexto, ações educativas e de promoção da saúde desempenham papel fundamental ao favorecer conhecimentos, e buscar o fortalecimento da autoconfiança materna, além da adoção de práticas adequadas relacionadas à amamentação. Para que essas estratégias sejam efetivas, as orientações devem ser iniciadas ainda durante o pré-natal e mantidas no período pós-parto, de modo a preparar e apoiar a mulher para o estabelecimento e a continuidade da amamentação, trazendo o acesso oportuno a informações qualificadas e ao suporte profissional (Santos; Meireles, 2021; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2024).

Apesar das recomendações e dos benefícios associados ao AME, alguns fatores dificultam a manutenção de sua prática. Diante desse panorama, Amaral *et al.* (2020) apontam que a baixa qualificação de profissionais de saúde e a realização de um número de consultas

pré-natais inferior ao recomendado, estão associadas a menores taxas de AME. Do mesmo modo, evidenciam a importância de uma assistência pré-natal qualificada, contínua e centrada nas necessidades maternas para o fortalecimento e a manutenção do aleitamento materno.

3.2 DETERMINANTES E BARREIRAS PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Os benefícios do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês de vida são amplamente reconhecidos. Entretanto, dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI - 2019) mostram que sua prevalência no Brasil permanece abaixo de 46%. Ainda, um estudo com crianças menores de dois anos analisou a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida, evidenciando valores abaixo de 65% (UFRJ, 2021; Brasil, 2024).

Embora as taxas de amamentação tenham aumentado nas últimas décadas, o país ainda não alcançou as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que previa que, até 2025, pelo menos 50% das crianças menores de seis meses fossem alimentadas exclusivamente com leite materno humano (LMH) (UFRJ, 2021). De acordo com a literatura, esse resultado está relacionado a diversos determinantes individuais e contextuais, com destaque para a falta de uma boa rede de apoio, a ausência de suporte do parceiro e o retorno precoce ao trabalho, fator associado à redução de até 31% na manutenção da amamentação exclusiva (Faria; Silva; Passberg, 2023).

Outros fatores que contribuem para o desmame precoce são as práticas fundamentadas em mitos, como a percepção de leite insuficiente ou fraco, além de pega incorreta, traumas mamários, insegurança durante o processo de amamentação e baixa escolaridade materna. Adicionalmente, a idade materna avançada está associada a uma redução de 54% nessa prática. Esse cenário dificulta o alcance das metas estabelecidas pela OMS, que preconizam que, até 2030, pelo menos 70% das crianças menores de seis meses sejam alimentadas exclusivamente com leite materno (Mendes *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2020; Brasil, 2025).

O aleitamento materno é reconhecido como uma prática que deve ser promovida, protegida e apoiada por políticas públicas, cabendo ao Estado, aos serviços de saúde e às instituições garantir condições adequadas para sua realização. Desta maneira, o Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação constitui um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de fortalecer e integrar ações voltadas para a promoção do AME até o sexto mês de vida (Brasil, 2024; Brasil, 2025).

Além disso, a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA, 2024–2026) descreve diagnósticos relacionados ao tema, como “amamentação exclusiva conturbada” e “amamentação ineficaz”, associando o desmame precoce ao uso de suplementos alimentares comerciais e bicos artificiais. Além do risco potencial de contaminação por patógenos, tais práticas interferem nos padrões de sucção, podendo levar à chamada “confusão de bicos” (ENANI, 2021).

Nesse contexto, fatores histórico-socio-culturais, psicológicos, políticos e fisiopatológicos configuram-se como determinantes frequentemente relacionados ao desmame precoce. De modo concomitante, o uso de bicos artificiais, associado à fragilidade das orientações oferecidas pelas equipes de saúde e à prática não recomendada do aleitamento cruzado, coadunam-se como fator que contribui para a redução da adesão ao AME (Carmona; Lima; Rodrigues, 2023; UFRJ, 2021).

Logo, torna-se imprescindível que a equipe de enfermagem acolha a gestante e a puérpera, reforçando evidências acerca dos malefícios dessas práticas não recomendadas, além de desenvolver ações que favoreçam o aleitamento materno exclusivo (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2024). Nessa perspectiva, a educação em saúde não deve restringir-se à transmissão de informações, mas também contemplar o fortalecimento da confiança materna, das crenças positivas relacionadas à amamentação e da capacidade da mulher para enfrentar as dificuldades que possam surgir ao longo desse processo (Javorski *et al.*, 2018)..

Todavia, a presença do parceiro e de uma rede de apoio eficiente vem sendo apontada como um importante fator associado à manutenção do AME, uma vez que favorece o suporte emocional e instrumental necessário à mulher durante o período de lactação. De forma complementar, a educação em saúde voltada à amamentação contribui para a continuidade dessa prática ao ampliar o conhecimento materno, fortalecer a autoconfiança e promover maior segurança na tomada de decisões relacionadas ao cuidado com o filho. Nesse sentido, orientações adequadas e suporte profissional contínuo configuram estratégias fundamentais para o sucesso do aleitamento materno (Faria; Silva; Passberg, 2023; Rech *et al.*, 2021).

Nessa mesma direção, estratégias institucionais e legais também se apresentam como importantes aliadas para a manutenção do AME até a idade preconizada no Brasil. Entre elas, destaca-se o Projeto de Lei n.º 6.136/2023, que propõe a ampliação da licença-maternidade de 120 para 180 dias. Ademais, o artigo 396 do Projeto de Lei n.º 4.968/2016 assegura à mulher

o direito a dois períodos especiais de descanso, de 30 minutos cada, computados na jornada de trabalho, até que a criança complete um ano de idade. Esses intervalos podem ser destinados à amamentação ou à realização da ordenha do leite materno para oferta posterior ao lactente, contribuindo para a manutenção dessa prática (Brasil, 2016; Brasil, 2023).

3.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO DINÂMICA MÃE-FILHO E O SUCESSO DO AME, LUZ À TEORIA INTERATIVA DE AMAMENTAÇÃO

A Teoria Interativa de Amamentação de Primo e Brandão (TIA) (2017) compreende a amamentação como uma interação dinâmica que acontece entre mãe e filho durante a prática, envolvendo o julgamento, percepção, ação e reação durante o posicionamento no ato de amamentar, para maximizar seus benefícios. Portanto, essa interação é a troca entre o binômio a partir da ação e reação percebida nas formas de comunicação verbal e não-verbal, em que a mãe percebe e responde às necessidades do bebê, enquanto ele reage ao ambiente e à presença materna, estabelecendo uma comunicação susceptível para que a amamentação ocorra de maneira eficaz.

Em consonância, Santos (2024) percebeu que mães que amamentam exclusivamente passam mais horas semanais com os filhos, seja alimentando ou acalmando, podendo liberar fragmentos pré-formados de ocitocina, condicionando à sua valorização. Logo, o desejo de amamentar sofre interferências após cada mamada, pois quanto maior a interação da lactante com o filho, mais ela amamentará; e quanto mais amamenta, maior será a interação. Para que haja transação para o processo da amamentação, é necessário a troca de interação. Portanto, para melhorar a segurança materna nesse processo, a equipe da enfermagem precisa orientar a mulher e identificar fatores que interferem no sucesso da prática (Primo *et al.*, 2023a).

Considerando a necessidade de fortalecer o vínculo mãe-filho, e aplicada a Escala Interativa de Amamentação (EINA), mães com maior escolaridade, presença do companheiro e que possuíam o desejo de amamentar apresentaram maior nível de interação mãe-filho-ambiente. Nesse sentido, a equipe multiprofissional pode incluir informações sobre técnicas e soluções práticas para problemas de amamentação, com uso de tecnologias educativas, para consolidar e melhorar a qualidade da assistência prestada à gestante e puérpera (Santos, 2024; Balssels *et al.*, 2023).

Ao validarem um *bundle* de cuidados baseados na TIA, Tavares *et al.* (2023) destacam a utilização da EINA como um instrumento de avaliação, que permite identificar fatores que

influenciam durante a interação mãe-filho, contribuindo para o favorecimento do processo de amamentação. Ainda, Primo *et al.* (2023b) traz a EINA como um instrumento confiável e de qualidade, pois permite que os profissionais identifiquem precocemente atributos negativos para o sucesso da amamentação, que podem levar ao desmame precoce e outros problemas decorrentes.

O sucesso para o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) depende de diversos fatores, incluindo as orientações recebidas durante as consultas de pré-natal e no pós-parto. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) melhora as práticas das equipes da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento de crianças menores de dois anos, especialmente na promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar. No entanto, sua implementação ainda requer fortalecimento por meio de capacitações, certificação das equipes e apoio político, sendo considerada uma estratégia eficaz com potencial de aplicação em contextos semelhantes (Rezende; Rodrigues, 2024; Melo, 2024).

Tendo em vista que a enfermagem desempenha um papel não apenas técnico, mas também emocional e social, e encontra-se tanto à nível hospitalar quanto na Atenção Primária à Saúde (APS), torna-se fundamental na promoção ao AME, promovendo o estímulo à autonomia materna e cuidados durante a amamentação (Galvão; Silva, 2024). Durante a assistência de enfermagem, norteando-se pelo Processo de Enfermagem (PE), o profissional é capaz de planejar e implementar intervenções, baseando-se no suporte teórico, com o intuito de alcançar os objetivos esperados para a consulta (COFEN, 2024).

Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro comece o preparo da mulher para a amamentação ainda durante a gestação, além de identificar lacunas de conhecimento, interesse em amamentar e experiências prévias, que podem impactar no ato de amamentar. Além do mais, é dever dos profissionais da APS realizar ações de promoção ao AME, trazendo os benefícios e as recomendações (Silva *et al.*, 2024b; Silva; Lima; Nascimento, 2023).

Além disso, a equipe de saúde, em destaque a enfermagem, detêm o papel de incentivar a mulher para a amamentação, além de dar continuidade à prática durante as visitas domiciliares (Palheta; Aguiar, 2021). Nessa mesma lógica, além das orientações durante o acompanhamento no pré-natal, é imprescindível que as puérperas recebam instruções da amamentação nas primeiras horas pós-parto, além de suporte emocional, para minimizar as chances da não adesão à prática (Silva; Lima; Nascimento, 2023).

As ações educativas promovidas pela equipe de enfermagem, identificam as necessidades e dificuldades específicas das gestantes e puérperas, além de promover apoio e atenção individualizada. Para isso, o enfermeiro deve avaliar o contexto sociocultural da família e afastar situações que possam prejudicar essa prática (Galvão; Silva, 2024; Silva; Lima; Nascimento, 2023). Ademais, para Moura e Neto (2020), o uso de tecnologias educacionais em saúde mostrou-se benéfico para a prática do aleitamento, pois proporcionam um ensino dinâmico, com troca de experiências e contextualização do tema.

3.4 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A educação em saúde deve favorecer o desenvolvimento do pensamento crítico, permitindo a compreensão da realidade e a construção de ações que promovam a autonomia dos indivíduos no cuidado de si, de sua família e da coletividade (Cavalcante, 2020). Ainda, a enfermagem possui papel central na orientação dos pacientes. Sendo assim, o uso de tecnologias educativas como estratégia de aprendizagem dinamiza e potencializa o processo de cuidar. São ferramentas com recursos mais acessíveis, atrativos e dinâmicos, que empregam metodologias ativas e podem acarretar a superação das limitações e problemas (Pavinati *et al.*, 2022; Ferreira *et al.*, 2023).

Para além disso, estudos demonstram a importância das tecnologias educativas impressas como suporte às ações de educação em saúde na atenção primária, destacando o papel da consulta pré-natal como espaço estratégico para promoção de hábitos alimentares saudáveis (Oliveira *et al.*; 2018). Como forma de intensificar os benefícios da amamentação, o uso de tecnologias educacionais para as gestantes e puérperas, estruturadas a partir de um referencial teórico, têm potencial de minimizar o desmame precoce e aumentar a autoeficácia materna. As tecnologias em saúde facilitam o diálogo entre profissional e paciente, propiciando a construção de conhecimentos de modo contextualizado, além de desenvolver o senso crítico-reflexivo (Lima *et al.*, 2021; Moura; Neto, 2020).

No contexto da promoção, proteção, apoio e manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), observa-se maior utilização de tecnologias duras, seguidas das tecnologias leve-duras (Moura *et al.*, 2023). Nesse cenário, Ferreira *et al.* (2023) destacam diferentes ferramentas educacionais voltadas à promoção do AME, incluindo álbum seriado, simulação realística, vídeos educativos, cartilhas e rodas de conversa. Em contrapartida, Silva *et al.* (2024a) trazem que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação de

tecnologias em saúde ainda apresenta fragilidades, especialmente quando se trata de tecnologias educativas voltadas à prática assistencial.

Contudo, o álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho”, adotado como instrumento de intervenção neste estudo, também foi empregado em uma pesquisa com delineamento semelhante. Em um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) realizado com 132 gestantes, Javorski *et al.* (2018) avaliaram o uso dessa tecnologia educativa como estratégia de apoio à amamentação. Os resultados demonstraram que a intervenção contribuiu para o fortalecimento da autoeficácia materna para amamentar, favorecendo maior confiança das mulheres em suas habilidades para conduzir esse processo.

Tais achados corroboram com evidências de que intervenções educativas fundamentadas em tecnologias validadas podem promover a manutenção do AME por períodos mais prolongados, repercutindo positivamente na saúde infantil e no fortalecimento da interação entre mãe e filho (Lima *et al.*, 2021). Além disso, outro ECR demonstrou uma associação positiva sobre o conhecimento, a atitude e a prática das gestantes do grupo intervenção, comparas àquelas alocadas no grupo controle, onde a tecnologia educativa utilizada mostrou-se uma ferramenta válida para ser incorporada às consultas de pré-natal (Brito, 2022).

Corroborando a importância dos fatores psicossociais na amamentação, um estudo que utilizou a Escala Interativa de Amamentação (EINA) sugere uma relação bidirecional entre amamentação e interação mãe-bebê, na qual o fortalecimento do vínculo favorece a manutenção do aleitamento e, simultaneamente, a própria prática da amamentação intensifica as oportunidades de interação entre mãe e criança (Santos *et al.*, 2024). Nessa perspectiva, as tecnologias educativas podem constituir importantes ferramentas de apoio ao aleitamento materno, uma vez que favorecem a participação ativa das mulheres, ampliam o acesso às informações e fortalecem sua confiança e autonomia nesse processo (Souza; Oliveira; Shimo, 2020).

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo experimental, com abordagem quantitativa, do tipo ensaio clínico randomizado controlado, unicego (*single-blind*), fundamentado nas diretrizes do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para intervenções não farmacológicas. Os ensaios clínicos randomizados constituem estudos experimentais destinados à avaliação da eficácia de intervenções terapêuticas, preventivas ou educativas, por meio da comparação entre grupos submetidos a diferentes condições de exposição, sendo considerados padrão-ouro entre os delineamentos experimentais (Sharma; Srivastav; Samuel, 2020).

4.1.1 Contextualização do Estudo

A presente pesquisa dá continuidade do projeto intitulado “Desafios e avaliação da autoeficácia materna com a amamentação: ensaio clínico randomizado controlado”, iniciado em 2023, cujo objetivo foi avaliar o uso de uma tecnologia educativa e de uma escala interativa de amamentação para a promoção da autoeficácia materna relacionada ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

Neste estudo, busca-se avaliar o impacto do uso de uma tecnologia educativa sobre a interação dinâmica entre mãe e filho durante o processo de amamentação, com base na Teoria Interativa de Amamentação (TIA) proposta por Primo e Brandão (2017), utilizando como instrumento de avaliação a Escala Interativa de Amamentação (EINA).

O tamanho amostral para essa pesquisa foi recalculado, visto que não foi utilizado todos os locais previstos no projeto guarda-chuva.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no estado de Sergipe, localizado na região Nordeste do Brasil, nos municípios de Itabaiana e Lagarto. O município de Itabaiana dispõe de 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pelo atendimento da população residente na zona urbana e nos povoados adjacentes. De acordo com dados do censo de 2022, o município

possui população residente de 103.440 habitantes. Por sua vez, o município de Lagarto conta com aproximadamente 17 UBS, destinadas à assistência de uma população de 101.579 residentes na região (IBGE, 2022).

4.3 POPULAÇÃO

4.3.1 População do Estudo

A população foi composta por gestantes cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das cidades escolhidas como local de estudo. A elegibilidade das participantes atenderam aos critérios de inclusão, não-inclusão e exclusão.

4.3.2 Critérios de inclusão

- Possuir idade $\geq$ a 18 anos;
- Ser alfabetizada;
- Tempo de gestação $\geq$ de 27 semanas;
- Possuir ao menos um contato telefônico.

4.3.3 Critérios de não-inclusão

- Gestantes já identificadas e diagnosticadas com transtorno mental.

4.3.4 Critérios de exclusão

Puérperas que após o parto não estejam em condições para amamentar e/ou que fiquem impedidas de amamentar por mais de 24 horas;

Puérperas com deficiência/transtorno mental diagnosticado e alterações de linguagem ou fala com CID, que apresentem entraves importantes na comunicação verbal para compreender e/ou responder adequadamente aos questionamentos durante as entrevistas.

4.4 PLANO AMOSTRAL E ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

O Dimensionamento amostral deste estudo foi recalculado em função de uma modificação no delineamento originalmente previsto no projeto guarda-chuva, o qual

contemplava a condução do estudo nos Estados de Sergipe e Piauí. A revisão do cálculo amostral considerou a alteração do cenário de implementação, garantindo a adequação do poder estatístico para a detecção do efeito da intervenção no novo contexto de execução do estudo, em conformidade com as diretrizes CONSORT para Ensaios Clínicos Randomizados.

Assim, foi recalculado para o desenho efetivamente conduzido — dois grupos e cinco momentos de avaliação (gestação, 7, 30, 90 e 180 dias) —, substituindo o cálculo original do projeto guarda-chuva, por meio de análise de poder para modelos de medidas repetidas. Sob poder de 80% e $\alpha=0,05$, a detecção de uma interação grupo $\times$ tempo de magnitude média (f de Cohen = 0,25) exigiria 193 participantes, e de magnitude grande ($f = 0,40$), 76; para o efeito principal de grupo, um efeito grande ($f = 0,40$) exigiria 52 participantes. A Tabela A apresenta o tamanho amostral total necessário para cada magnitude de efeito.

Tabela 1: Tamanho amostral total necessário (poder de 80%; $\alpha = 0,05$) para o desenho de medidas repetidas com dois grupos e cinco momentos. f de Cohen: 0,10 (pequeno), 0,25 (médio), 0,40 (grande).

Efeito (Cohen f)	Interação grupo $\times$ tempo	Efeito principal de grupo
0,10 (pequeno)	1195	787
0,15 (peq-médio)	532	351
0,25 (médio)	193	128
0,40 (grande)	76	52

Como o tamanho amostral realizado é fixo ($N = 53$; 30 no grupo controle e 23 no grupo intervenção), apresenta-se a análise de sensibilidade do menor efeito detectável (MDE), que substitui o cálculo de poder post hoc, metodologicamente desaconselhado (HOENIG; HEISEY, 2001; ZHANG; YUAN, 2018). Com esse N e poder de 80%, o menor efeito detectável é $f = 0,392$ para o efeito principal de grupo e $f = 0,480$ para a interação grupo $\times$ tempo (Tabela B). Para situar esses limiares, a Tabela B confronta-os com o tamanho de efeito efetivamente observado no modelo misto: $f = 0,040$ para o efeito de grupo e $f = 0,148$ para a interação grupo $\times$ tempo — ambos abaixo do menor efeito detectável, indicando que o estudo teria poder para identificar apenas efeitos de grande magnitude nesses termos. A correlação intraclasse estimada para o escore EINA foi de 0,34.

Tabela 2: Menor efeito detectável (MDE) e tamanho de efeito observado (f de Cohen), com poder de 80% e $\alpha = 0,05$ para o tamanho amostral realizado.

Tipo de efeito	Menor f detectável (poder 80%)	f observado	Detectável?
Efeito principal de grupo	0,392	0,040	Não
Interação grupo $\times$ tempo	0,480	0,148	Não

4.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.5.1 Período de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu em duas fases distintas. O primeiro período correspondeu ao recrutamento das gestantes (linha de base) com idade gestacional igual ou superior a 27 semanas, realizado durante as consultas de pré-natal, entre os meses de março e setembro de 2025. Na ocasião foram coletados os dados sociodemográfico e obstétricos, além da primeira aplicação da Escala Interativa de Amamentação (EINA). Nessa primeira etapa, a duração das entrevistas foi de aproximadamente 25 minutos. A equipe de pesquisa que realizou essa etapa não esteve presente na coleta de dados do segundo período.

De modo complementar, o segundo período foi direcionado ao acompanhamento de seguimento das participantes no pós-parto, realizado de maio de 2025 até março de 2026, com a finalidade de avaliar a interação dinâmica entre mãe e filho. As avaliações no pós-parto ocorreram aos 7, 30, 90 e 180 dias, e cada entrevista durou aproximadamente 15 minutos.

Previamente ao início da coleta de dados, foi realizado treinamento presencial com a equipe de pesquisa, com o objetivo de padronizar os procedimentos de coleta, alinhar os conceitos envolvidos no estudo e capacitar os pesquisadores para a aplicação adequada dos instrumentos utilizados, garantindo maior uniformidade e confiabilidade na obtenção dos dados.

Além disso, o projeto foi apresentado à gestão e aos enfermeiros(as) atuantes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas, visando a colaboração da equipe com a captação das gestantes, de modo a contribuir com uma maior adesão à pesquisa. O estudo seguiu as etapas destacadas na figura 1.

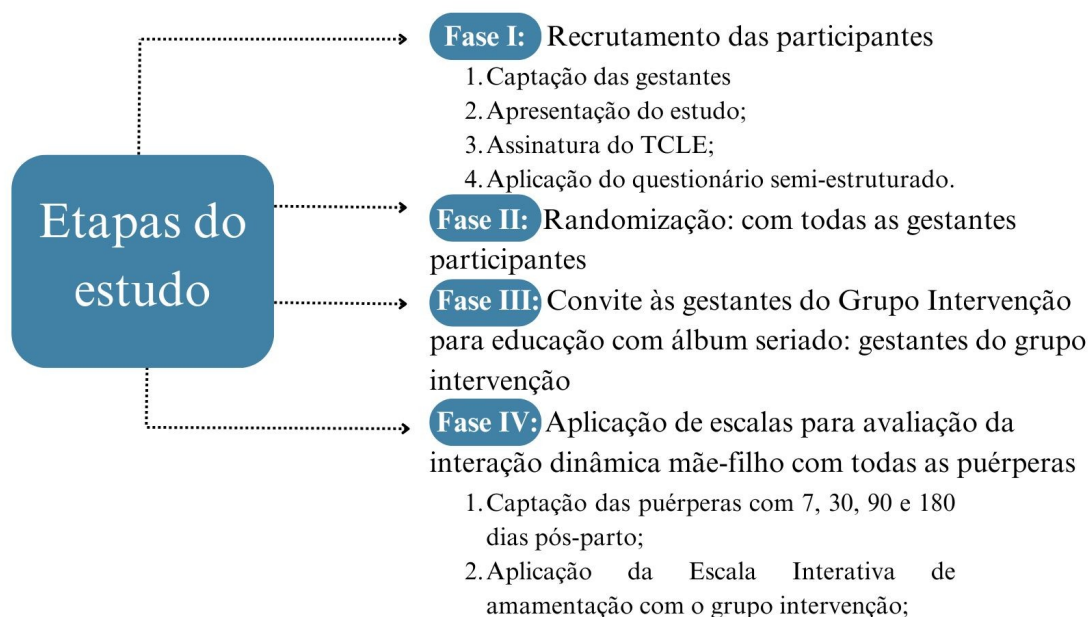


Figura 1: Representação gráfica das etapas do estudo

4.5.2 Fase I: Recrutamento das Participantes

Durante a fase de recrutamento (linha de base), foram explicados os objetivos e contribuições do estudo, além da importância para a comunidade. Além disso, vale ressaltar que a equipe de pesquisa que realizou o recrutamento e a coleta de dados na fase gestacional, não foi a mesma que aplicou a intervenção e nem a mesma que aplicou a Escala Interativa de Amamentação no pós-parto. Após aceitar participar da pesquisa, as gestantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Ademais, cada gestante recebeu um código, referente à ordem da coleta, que posteriormente foi utilizado para garantir a aleatoriedade da randomização. As gestantes responderam a um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), elaborado pela própria pesquisadora, investigando as seguintes variáveis: aspectos sociodemográficos (idade, cor, estado civil, escolaridade, número de moradores no domicílio, emprego, renda familiar, entre outros), obstétricos (quantidade de gestações, partos e abortos) e dados sobre amamentação anterior.

Ademais, foi assinado pelo pesquisador um Termo de Sigilo para Contato Telefônico (APÊNDICE C), com solicitação e consentimento por parte da gestante, que informe até três números para contato telefônico próprio ou de familiar próximo que se sinta à vontade, para o

caso de impossibilidade de um encontro presencial, as intervenções e aplicação dos instrumentos serem realizadas por meio de contato telefônico.

Ainda, foram utilizadas variáveis qualitativas e quantitativas referentes aos aspectos sociodemográficos e da gestação atual, aplicáveis tanto a nulíparas quanto a multíparas. As variáveis relacionadas aos dados obstétricos da gestação anterior e à amamentação prévia foram aplicadas exclusivamente às multíparas. No pós-parto, foram analisadas apenas as variáveis dependentes e independentes (ANEXO A).

4.5.3 Fase II: Processo de Randomização

Após a fase de recrutamento, as gestantes elegíveis foram submetidas ao processo de randomização. A randomização consiste na distribuição aleatória dos participantes entre os grupos de estudo, garantindo igual probabilidade de alocação para o grupo intervenção ou grupo controle, contribuindo para a redução de vieses e para a confiabilidade dos resultados (Oliveira; Parente, 2021).

Neste estudo, optou-se pela randomização simples, por se tratar de um método que preserva a imprevisibilidade da alocação e minimiza potenciais vieses de seleção (Ferreira; Patino, 2016). A distribuição das participantes foi realizada por meio do programa computacional Random.org, assegurando a alocação aleatória entre os grupos do estudo. A pesquisadora responsável pela randomização não esteve associada à coleta de dados na fase puerperal.

As gestantes que compuseram a amostra foram alocadas randomicamente em dois grupos, sendo estes:

Grupo 1– Grupo Controle (GC): Composto por gestantes que receberam apenas o acompanhamento pré-natal de rotina, compreendido como o conjunto de consultas e orientações habituais ofertadas pelos profissionais de saúde ao longo da gestação, sem intervenção adicional estruturada.

Grupo 2– Grupo Intervenção (GI): Composto por gestantes que, além do acompanhamento pré-natal de rotina, receberam intervenção educativa realizada pela pesquisadora por meio de álbum seriado, de forma presencial ou remota, conforme disponibilidade da participante, durante o terceiro trimestre gestacional e o no período pós-parto.

No que se refere às orientações de rotina, estas correspondem ao conjunto de cuidados sistematicamente ofertados no acompanhamento pré-natal pela equipe de saúde, conforme

diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, incluindo a realização de consultas em periodicidade progressiva (quinzenais da 28^a à 36^a semana e semanais da 36^a à 41^a semana), bem como a oferta de informações gerais sobre o cuidado gestacional e a importância do aleitamento materno para a saúde materna e infantil (Brasil, 2016). Neste estudo, o grupo controle (GC) recebeu exclusivamente esse acompanhamento habitual, realizado pela equipe de enfermagem da instituição, sem intervenções educativas adicionais.

4.5.4 Fase III: Convite às gestantes do Grupo Intervenção para educação com álbum seriado

Com o intuito de realizar uma intervenção educativa para a melhoria da interação mãe e filho no processo de amamentar, as gestantes randomizadas para o GI foram convidadas para uma educação em saúde na UBS, onde receberam orientações por meio do Álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” (ANEXO B), validado quanto aparência e conteúdo, sendo o Índice de Validade de Conteúdo de 0,92 para as figuras e de 0,97 para as fichas-roteiro (Dodt; Ximenes; Oriá, 2012).

Esta tecnologia educativa foi escolhida por ter sido elaborada a partir do conceito de autoeficácia para amamentar. Sendo esta composta por sete ilustrações e suas respectivas fichas-roteiro, que orientam e viabilizam a educação em saúde e a interação do profissional de saúde com a mulher acerca da experiência pessoal com a amamentação (Dodt; Ximenes; Oriá, 2012).

A intervenção foi planejada para ocorrer tanto no período pré-natal quanto no período pós-parto, considerando que as ações de educação em saúde nem sempre são desenvolvidas de forma sistemática nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em razão de limitações relacionadas ao tempo disponível para sua execução (Rodrigues *et al.*, 2018). Dessa forma, buscou-se ampliar as oportunidades de contato com as participantes e fortalecer o acompanhamento ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Além disso, a pesquisadora responsável pela intervenção não participou da aplicação da Escala Interativa de Amamentação na fase da pesquisa no pós-parto.

Desta forma, foi realizada em dois formatos, levando em consideração a disponibilidade e acessibilidade das participantes. As gestantes que compareceram à UBS receberam a intervenção presencialmente, enquanto aquelas impossibilitadas de participar presencialmente foram acompanhadas por meio de contato telefônico. Em ambos os formatos, foram mantidos os mesmos conteúdos, abordagem educativa e sequência de aplicação, visando assegurar a padronização da intervenção, com sessões médias de 15 minutos.

Evidências apontam que intervenções educativas realizadas por telefone apresentam potencial para aumentar as taxas, a duração e a exclusividade do aleitamento materno, configurando-se como uma estratégia alternativa e viável para a melhoria dos indicadores de amamentação no contexto brasileiro (Dodou *et al.*; 2023).

Para subsidiar a condução da intervenção, foi utilizado o Instrumento de Suporte Telefônico para Autoeficácia em Amamentar (ANEXO C), desenvolvido e validado por Chaves (2016). A escolha desse instrumento fundamentou-se em sua construção teórico-metodológica baseada no mesmo álbum seriado adotado neste estudo, garantindo consonância entre os conteúdos abordados e os pressupostos conceituais que orientaram a intervenção educativa. A fim de minimizar possíveis variações decorrentes da modalidade de aplicação, foi utilizado um roteiro padronizado contendo os mesmos conteúdos, orientações e estratégias educativas para todas as participantes.

4.5.5 Fase IV: Aplicação da escala para avaliação da interação dinâmica entre mãe e filho

Após o parto, as puérperas dos grupos intervenção (GI) e controle (GC) foram acompanhadas aos 7, 30, 90 e 180 dias pós-parto para avaliação da interação dinâmica entre mãe e filho, por meio da aplicação da Escala Interativa de Amamentação (EINA) (ANEXO A), validada para uso no Brasil por Souza *et al.*, em (2018). Visando manter o cegamento, a pesquisadora que realizou a intervenção não participou da etapa da aplicação da EINA no pós-parto.

Todas as entrevistas de recrutamento e acompanhamento foram realizadas tentativas em domicílio e/ou UBS. Porém, após 5 tentativas de encontro presencial sem sucesso, procedeu-se ao contato telefônico com aquelas que haviam autorizado previamente essa modalidade de comunicação por meio da assinatura do Termo de Sigilo para Contato Telefônico (APÊNDICE C). Para esse fim, foi utilizado um instrumento específico de contato telefônico elaborado para o estudo (APÊNDICE D).

4.6 CEGAMENTO

O cegamento representa que os participantes da pesquisa não saberão em qual grupo será alocado, seja ele o grupo controle ou o grupo intervenção, a fim de evitar resultados

tendenciosos e minimizar o risco de viés de execução. Além disso, é imprescindível o cegamento do avaliador do desfecho e da análise dos dados (Karanicolas; Farrokhyar; Bhandari, 2010). No caso de pesquisas com intervenções educacionais, o cegamento dos profissionais que aplicam a intervenção costuma ser mais difícil, por motivos técnicos e de execução da pesquisa (Hulley *et al.*, 2008).

Com o intuito de limitar o máximo possível as potenciais cointervenções (Hulley *et al.*, 2008), a equipe que realizou a coleta de dados da presente pesquisa não sabia em qual grupo cada gestante estava alocada, e apenas uma das pesquisadoras possuía essa informação, pois apenas ela foi responsável pela randomização e intervenção. Do mesmo modo, o estatístico responsável pela análise dos dados não teve contato e nem acesso aos dados pessoais das participantes em nenhum momento da pesquisa. O ensaio clínico apresentou delineamento com mascaramento do tipo unicego (*single-blind*) (Nedel; Silveira, 2016), no qual nem as participantes e nem o analista de dados não tinham conhecimento da alocação/intervenção, enquanto os pesquisadores responsáveis pela coleta tinham ciência das informações.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram inseridos em uma planilha Excel® (versão 2019). A estratégia analítica foi executada no ambiente estatístico R, versão 4.5.1 (R CORE TEAM, 2024), priorizando a robustez na avaliação longitudinal de um ensaio clínico randomizado conduzido em duas cidades do interior do estado. As variáveis contínuas foram reportadas por médias, desvios-padrão, medianas e intervalos interquartílicos, e as qualitativas por frequências absolutas e relativas.

A homogeneidade inicial entre os grupos foi verificada pelo Teste de soma de postos de Wilcoxon (quantitativas) e pelos testes Qui-quadrado de Independência ou Exato de Fisher (categóricas), conforme a adequação das frequências (MANN; WHITNEY, 1947). O desfecho principal, a evolução dos escores da Escala Interativa de Amamentação (EINA), foi analisado por Modelos Lineares de Efeitos Mistos (LMM) (BATES *et al.*, 2015), técnica que modela a dependência das medidas repetidas e trata de forma eficiente as ausências intermitentes ao longo do seguimento, sem exclusão de casos, sob o pressuposto de dados ausentes ao acaso

(MAR); a inferência dos parâmetros utilizou a aproximação de Satterthwaite (KUZNETSOVA; BROCKHOFF; CHRISTENSEN, 2017).

A adequação dos modelos lineares de efeitos mistos foi verificada quanto à normalidade dos resíduos (teste de Shapiro-Wilk e gráficos quantil-quantil com banda de confiança, este último o critério preferencial), à normalidade dos efeitos aleatórios e à homocedasticidade (correlação de Spearman entre o valor absoluto dos resíduos e os valores ajustados); a presença de observações atípicas (resíduo padronizado com valor absoluto superior a 3) e de pontos de alavancagem (leverage acima de $2p/n$), bem como sua influência (distância de Cook), foi igualmente avaliada, e o teste de normalidade foi recomputado após a exclusão das observações atípicas.

O dimensionamento amostral foi reavaliado para o desenho efetivamente conduzido por meio de análise de poder para modelos de medidas repetidas, complementada por uma análise de sensibilidade do menor efeito detectável condicional ao tamanho amostral realizado, em substituição ao cálculo de poder post hoc (HOENIG; HEISEY, 2001; ZHANG; YUAN, 2018); o tamanho de efeito observado (f de Cohen), derivado da estatística F do modelo misto, foi confrontado com o menor efeito detectável. Para a tabela exploratória com múltiplas comparações simultâneas, aplicou-se correção pela taxa de falsas descobertas (FDR, Benjamini-Hochberg) (BENJAMINI; HOCHBERG, 1995). Todas as decisões adotaram nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95%

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, o estudo está inserido no projeto guarda-chuva intitulado “Desafios e avaliação da autoeficácia materna com a amamentação: ensaio clínico randomizado controlado”, por meio do qual foram obtidas as autorizações das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios selecionados para a realização da coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ANEXO D). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), mediante parecer de nº 6.189.617 (ANEXO E), e assegurado o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil (BRASIL, 2012). Além disso, é assegurada a adesão à Resolução CNS nº 510/2016, que dispõe sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, demonstrando o compromisso ético com a proteção dos direitos, a dignidade e o bem-estar dos participantes (BRASIL, 2016).

Ressalta-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) aprovado no âmbito do projeto guarda-chuva, possui caráter abrangente, contemplando as diferentes etapas e desdobramentos das investigações vinculadas ao estudo principal, podendo ser utilizado de forma geral para os demais trabalhos dele derivados. Destaca-se, entretanto, que o presente estudo tem como foco específico a análise da interação mãe-bebê por meio da Escala Interativa de Amamentação (EINA). Além disso, esse estudo encontra-se registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), sob o identificador RBR-5kjjw52, garantindo transparência e rastreabilidade do protocolo de pesquisa. É importante ressaltar que o registro foi prospectivo, ou seja, antes do início do recrutamento das participantes, mas que só foi aprovado efetivamente após as coletas, na data de 04 de maio de 2026.

4.8.1 Consentimento Livre e Esclarecido

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo. Desse modo, foram respeitados os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade durante todo o processo da pesquisa, não apenas no levantamento dos dados, mas também nas etapas de análise e interpretação.

Durante as consultas de pré-natal, as participantes foram esclarecidas acerca da importância, dos objetivos e dos métodos do estudo. Participaram da pesquisa aquelas que manifestaram livre e espontânea vontade, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), elaborado em linguagem acessível, por meio do qual, após os devidos esclarecimentos, expressaram sua anuência em participar da pesquisa. Ressalta-se que o TCLE contempla todas as etapas do projeto guarda-chuva ao qual esta pesquisa está vinculada, incluindo instrumentos e variáveis que não serão utilizados na presente investigação, como aqueles destinados à avaliação da autoeficácia materna, ansiedade e depressão.

Em suma, ratifica-se o respeito à confidencialidade dos sujeitos do estudo e o compromisso com a pesquisa, garantindo que independentemente dos resultados, essa pesquisa deverá ser divulgada por meio de produções científicas e eventos subsequentes. Os dados das participantes nesta pesquisa serão armazenados de forma segura, em pasta zipada e protegida por senha e, quando em formato físico, em local de acesso exclusivo e de responsabilidade do pesquisador. Os dados permanecerão armazenados pelo prazo de 5 anos, para futuras análises e publicação dos resultados, sendo posteriormente eliminados de forma

definitiva, conforme os princípios da confidencialidade, anonimato e proteção à privacidade dos participantes.

4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos aos quais as participantes estarão expostas durante a realização da pesquisa serão mínimos: possíveis constrangimentos ou desconforto ao responder alguma pergunta que conste nos instrumentos de coleta de dados e/ou devido ao tempo para responder o questionário.

Os benefícios às participantes serão indiretos/diretos, uma vez que poderão favorecer tanto às participantes como para a sociedade o ganho de conhecimento, percepção e entendimento sobre o uso das tecnologias educacionais para a promoção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Os dados produzidos poderão ser utilizados como subsídio para a adoção de estratégias pelas políticas públicas junto a este segmento, a fim de promover o processo ensino-aprendizagem.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Foram recrutadas 106 gestantes, das quais cinco foram excluídas antes da randomização, sendo duas por preenchimento incorreto do formulário e três por desistência. As 101 participantes elegíveis foram submetidas à randomização simples por meio do programa Random.org, com alocação nos grupos intervenção (GI; n=52) e controle (GC; n=49). Na fase puerperal, 53 gestantes completaram o seguimento e compuseram a amostra final, sendo 23 no grupo intervenção e 30 no grupo controle, enquanto as demais foram consideradas perdas de seguimento, decorrentes de desistência, não comparecimento ou não atendimento aos critérios de análise (Figura 2).

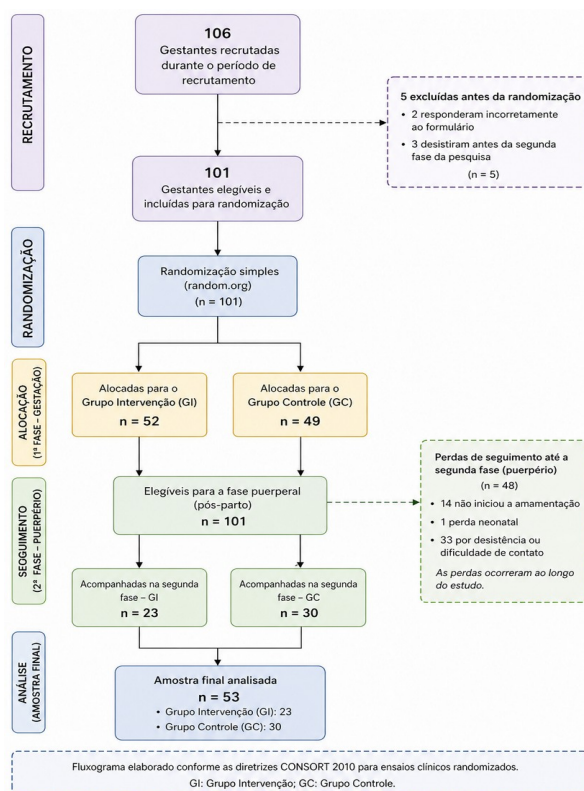


Figura 2: Fluxograma de inclusão, randomização e acompanhamento das participantes do estudo, elaborado conforme as diretrizes CONSORT 2010.

A caracterização basal das 53 participantes é apresentada na Tabela 3, com variáveis contínuas em Média (Desvio Padrão) e Mediana (Q1, Q3) testadas pelo Teste de soma de

postos de Wilcoxon e categóricas em n/N (%) pelos testes Qui-quadrado de Independência ou Exato de Fisher. A idade média foi de 29,2 anos (DP 5,7), com diferença entre os grupos, com o grupo controle apresentando uma média superior (GC 30,9 [5,4]) em comparação ao grupo intervenção (27,1 [5,4]) ($p = 0,025$). No que concerne ao perfil racial e estado civil, predominou a raça parda (67,9%) e uma distribuição equitativa entre casadas (47,2%) e solteiras (47,2%), sem disparidades estatísticas entre as frentes de alocação, e cerca de 71,7% das mulheres residindo com seus cônjuges.

Os grupos foram equilibrados quanto à escolaridade ($p = 0,798$) e à renda familiar ($p = 0,123$), enquanto a situação laboral apresentou desequilíbrio (atividade remunerada em 67% do controle vs. 30% da intervenção; $p = 0,009$). A renda familiar mensal predominante foi de até um salário mínimo (71,7%), mantendo-se a similaridade estatística entre as divisões do estudo ($p = 0,123$).

No perfil obstétrico, a amostra dividiu-se quase igualmente entre nulíparas (50,9%) e múltiparas (49,1%), com uma idade gestacional média de 33,5 semanas no momento da inclusão, sem diferença entre os grupos ($p = 0,156$). Em relação ao histórico e expectativas de amamentação, 45,3% das gestantes já possuíam experiência prévia com aleitamento, das quais 75% relataram ter mantido o aleitamento exclusivo por seis meses ou mais em gestações anteriores. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto ao recebimento de orientações prévias sobre amamentação ($p = 0,259$) ou à presença de rede de apoio (88,7%)

No desfecho do parto atual, a via de parto predominante foi a cesárea (57%), distribuída de forma equivalente entre os grupos ($p = 0,780$). As diferenças nas bases de cálculo (N) decorrem dos filtros de paridade e experiência prévia.

Tabela 3: Características sociodemográficas, obstétricas e de saúde das gestantes participantes, por grupo.

Característica	Total N = 53	Controle N = 30	Intervenção N = 23	Valor-p ¹
Idade				0,025
Média (Desvio Padrão)	29,2 (5,7)	30,9 (5,4)	27,1 (5,4)	
Mediana (Q1, Q3)	30,0 (25,0, 34,0)	31,0 (27,0, 35,0)	30,0 (22,0, 31,0)	
Idade Gestacional				0,156
Média (Desvio Padrão)	33,57 (3,40)	34,16 (3,51)	32,81 (3,16)	
Mediana (Q1, Q3)	33,00 (30,86, 36,57)	34,64 (31,00, 37,00)	32,00 (29,86, 36,00)	
Raça/Cor, n / N (%)				0,150
Amarela	1 / 53 (1,9%)	1 / 30 (3,3%)	0 / 23 (0%)	

Branca	8 / 53 (15%)	7 / 30 (23%)	1 / 23 (4,3%)	
Negra	1 / 53 (1,9%)	0 / 30 (0%)	1 / 23 (4,3%)	
Parda	36 / 53 (68%)	19 / 30 (63%)	17 / 23 (74%)	
Preta	7 / 53 (13%)	3 / 30 (10%)	4 / 23 (17%)	
Estado civil, n / N (%)				0,491
Casada	25 / 53 (47%)	15 / 30 (50%)	10 / 23 (43%)	
Divorciada	2 / 53 (3,8%)	2 / 30 (6,7%)	0 / 23 (0%)	
Solteira	25 / 53 (47%)	12 / 30 (40%)	13 / 23 (57%)	
União estável	1 / 53 (1,9%)	1 / 30 (3,3%)	0 / 23 (0%)	
Escolaridade, n / N (%)				0,798
Ensino Fundamental	9 / 53 (17%)	4 / 30 (13%)	5 / 23 (22%)	
Ensino Médio	31 / 53 (58%)	18 / 30 (60%)	13 / 23 (57%)	
Ensino Superior	13 / 53 (25%)	8 / 30 (27%)	5 / 23 (22%)	
Com quem reside, n / N (%)				0,406
Avó	2 / 53 (3,8%)	0 / 30 (0%)	2 / 23 (8,7%)	
Com irmão	1 / 53 (1,9%)	0 / 30 (0%)	1 / 23 (4,3%)	
Cônjuge	38 / 53 (72%)	23 / 30 (77%)	15 / 23 (65%)	
Pais	4 / 53 (7,5%)	2 / 30 (6,7%)	2 / 23 (8,7%)	
Sozinha	8 / 53 (15%)	5 / 30 (17%)	3 / 23 (13%)	
Tem filhos, n / N (%)				0,341
Não	27 / 53 (51%)	17 / 30 (57%)	10 / 23 (43%)	
Sim	26 / 53 (49%)	13 / 30 (43%)	13 / 23 (57%)	
Quantos filhos, n / N (%)				0,827
1	16 / 26 (62%)	9 / 13 (69%)	7 / 13 (54%)	
2	7 / 26 (27%)	3 / 13 (23%)	4 / 13 (31%)	
3	1 / 26 (3,8%)	0 / 13 (0%)	1 / 13 (7,7%)	
4 ou mais	2 / 26 (7,7%)	1 / 13 (7,7%)	1 / 13 (7,7%)	
Quantas pessoas residem na casa, n / N (%)				0,678
1	2 / 53 (3,8%)	2 / 30 (6,7%)	0 / 23 (0%)	
2	26 / 53 (49%)	16 / 30 (53%)	10 / 23 (43%)	
3	13 / 53 (25%)	7 / 30 (23%)	6 / 23 (26%)	
4	7 / 53 (13%)	3 / 30 (10%)	4 / 23 (17%)	
5 ou mais	5 / 53 (9,4%)	2 / 30 (6,7%)	3 / 23 (13%)	
Trabalha, n / N (%)				0,009
Não	26 / 53 (49%)	10 / 30 (33%)	16 / 23 (70%)	
Sim	27 / 53 (51%)	20 / 30 (67%)	7 / 23 (30%)	
Renda familiar mensal, n / N (%)				0,123
<=1 SM	38 / 53 (72%)	19 / 30 (63%)	19 / 23 (83%)	
>1 SM	15 / 53 (28%)	11 / 30 (37%)	4 / 23 (17%)	
Quantidade de gestações, n / N (%)				0,700
1	22 / 53 (42%)	13 / 30 (43%)	9 / 23 (39%)	
2	16 / 53 (30%)	10 / 30 (33%)	6 / 23 (26%)	
3	8 / 53 (15%)	3 / 30 (10%)	5 / 23 (22%)	

4 ou mais	7 / 53 (13%)	4 / 30 (13%)	3 / 23 (13%)	
Tipo de parto anterior, n / N (%)				0,662
Cesário	10 / 53 (19%)	5 / 30 (17%)	5 / 23 (22%)	
Normal	16 / 53 (30%)	8 / 30 (27%)	8 / 23 (35%)	
Nulípara	27 / 53 (51%)	17 / 30 (57%)	10 / 23 (43%)	
Quantidade de partos, n / N (%)				>0,999
1	14 / 26 (54%)	7 / 13 (54%)	7 / 13 (54%)	
2	9 / 26 (35%)	5 / 13 (38%)	4 / 13 (31%)	
3	2 / 26 (7,7%)	1 / 13 (7,7%)	1 / 13 (7,7%)	
4 ou mais	1 / 26 (3,8%)	0 / 13 (0%)	1 / 13 (7,7%)	
Aborto, n / N (%)				0,912
Não	35 / 53 (66%)	20 / 30 (67%)	15 / 23 (65%)	
Sim	18 / 53 (34%)	10 / 30 (33%)	8 / 23 (35%)	
Gestação atual única ou gemelar, n / N (%)				0,499
Gemelar	2 / 53 (3,8%)	2 / 30 (6,7%)	0 / 23 (0%)	
Única	51 / 53 (96%)	28 / 30 (93%)	23 / 23 (100%)	
Gravidez planejada, n / N (%)				0,206
Não	27 / 53 (51%)	13 / 30 (43%)	14 / 23 (61%)	
Sim	26 / 53 (49%)	17 / 30 (57%)	9 / 23 (39%)	
Intercorrência durante a gestação ou parto, n / N (%)				0,714
Não	42 / 51 (82%)	24 / 28 (86%)	18 / 23 (78%)	
Sim	9 / 51 (18%)	4 / 28 (14%)	5 / 23 (22%)	
Já amamentou, n / N (%)				0,378
Não	29 / 53 (55%)	18 / 30 (60%)	11 / 23 (48%)	
Sim	24 / 53 (45%)	12 / 30 (40%)	12 / 23 (52%)	
Produziu colostro, n / N (%)				>0,999
Não	1 / 24 (4,2%)	0 / 12 (0%)	1 / 12 (8,3%)	
Sim	23 / 24 (96%)	12 / 12 (100%)	11 / 12 (92%)	
Amamentação na primeira hora de vida, n / N (%)				>0,999
Não	3 / 24 (13%)	2 / 12 (17%)	1 / 12 (8,3%)	
Sim	21 / 24 (88%)	10 / 12 (83%)	11 / 12 (92%)	
Cirurgia nas mamas, n / N (%)				
Não	53 / 53 (100%)	30 / 30 (100%)	23 / 23 (100%)	
Recebeu orientações sobre amamentação, n / N (%)				0,259
Não	30 / 53 (57%)	19 / 30 (63%)	11 / 23 (48%)	
Sim	23 / 53 (43%)	11 / 30 (37%)	12 / 23 (52%)	
Informações por profissionais, n / N (%)				0,368
Não	16 / 37 (43%)	10 / 20 (50%)	6 / 17 (35%)	
Sim	21 / 37 (57%)	10 / 20 (50%)	11 / 17 (65%)	
Dificuldade nos aleitamentos anteriores, n / N (%)				0,414
Não	10 / 23 (43%)	4 / 12 (33%)	6 / 11 (55%)	

Sim	13 / 23 (57%)	8 / 12 (67%)	5 / 11 (45%)	
Qual dificuldade, n / N (%)				>0,999
Bebê rejeitou o peito	1 / 11 (9,1%)	0 / 6 (0%)	1 / 5 (20%)	
Fissuras	5 / 11 (45%)	3 / 6 (50%)	2 / 5 (40%)	
Pega	4 / 11 (36%)	2 / 6 (33%)	2 / 5 (40%)	
Ressecamento mamilar	1 / 11 (9,1%)	1 / 6 (17%)	0 / 5 (0%)	
Teve Apoio na amamentação, n / N (%)				0,679
Não	8 / 24 (33%)	5 / 13 (38%)	3 / 11 (27%)	
Sim	16 / 24 (67%)	8 / 13 (62%)	8 / 11 (73%)	
Rede de apoio, n / N (%)				0,385
Não	6 / 53 (11%)	2 / 30 (6,7%)	4 / 23 (17%)	
Sim	47 / 53 (89%)	28 / 30 (93%)	19 / 23 (83%)	
Tipo de parto gestação atual, n / N (%)				0,780
Cesáreo	29 / 51 (57%)	16 / 29 (55%)	13 / 22 (59%)	
Normal	22 / 51 (43%)	13 / 29 (45%)	9 / 22 (41%)	
AME 6 meses, n / N (%)				>0,999
AME < 6 meses	6 / 24 (25%)	3 / 12 (25%)	3 / 12 (25%)	
AME ≥ 6 meses	18 / 24 (75%)	9 / 12 (75%)	9 / 12 (75%)	

¹Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher; Teste qui-quadrado de independência; NA

A evolução longitudinal dos escores EINA, comparada entre os grupos em cada momento pelo Teste de soma de pontos de Wilcoxon, é apresentada na Tabela 4, com escores em Média (Desvio Padrão) e Mediana (Q1, Q3). Não houve evidências de disparidades estatisticamente significativas entre os grupos intervenção e controle nos recortes temporais avaliados (gestação $p = 0,250$; 7 dias $p = 0,726$; 30 dias $p = 0,587$; 90 dias $p = 0,816$; 180 dias $p = 0,870$).

De modo geral, os escores da EINA indicam o nível de interação dinâmica entre mãe e filho durante o processo de amamentação, sendo que valores mais elevados refletem melhor qualidade dessa interação. Na linha de base (gestação), as participantes apresentaram níveis de prontidão interativa homogêneos entre os grupos ($p = 0,250$), com médias de 217 ± 19 no grupo controle e 221 ± 26 no grupo intervenção.

No puerpério imediato (7 dias), observou-se uma redução numérica dos escores em ambos os grupos, o que pode ser interpretado como reflexo do período inicial de adaptação ao pós-parto, momento em que as médias se situaram em 205 (± 17) e 209 (± 17). Já aos 30 dias de seguimento, os escores de interação dinâmica mantiveram-se estáveis e semelhantes entre os grupos, com medianas idênticas em ambos os braços do estudo (208 pontos), indicando um equilíbrio precoce no processo de amamentação independentemente da exposição à tecnologia educativa.

No acompanhamento tardio, aos 90 e 180 dias, os grupos apresentaram uma tendência de convergência e leve elevação nas pontuações, atingindo médias de 212 e 213 pontos no encerramento do primeiro semestre de vida. Em todos os momentos do pós-parto, os valores de p permaneceram substancialmente acima do limite de significância, sugerindo que, na análise descritiva bruta, a interação dinâmica mãe-filho evoluiu de forma análoga entre as frentes, consolidando altos níveis de interação ao final de seis meses.

O N de cada linha reflete o número de participantes com EINA válido no respectivo momento; a variação do N não é monotônica, com captação baixa aos 7 dias (puerpério imediato, janela coincidente com a alta hospitalar) e recuperação aos 30 dias, pois 30 participantes não foram avaliadas aos 7 dias mas retornaram aos 30 dias (ausência intermitente, tratada pelo modelo misto sob o pressuposto MAR, sem exclusão de casos). A variação no número de participantes avaliadas em cada momento reflete perdas e retornos ao longo do seguimento, sem comprometer a interpretação geral dos resultados apresentados.

Tabela 4: Escores da Escala Interativa de Amamentação (EINA) ao longo dos momentos de avaliação, por grupo de alocação.

Grupo	Escore EINA	N	Controle N = 30	Intervenção N = 23	Valor- p^1
Gestação	EINA	53			0,250
	Média (Desvio Padrão)		217 (19)	221 (26)	
	Mediana (Q1, Q3)		215 (206, 231)	227 (208, 238)	
7	EINA	21			0,726
	Média (Desvio Padrão)		205 (17)	209 (17)	
	Mediana (Q1, Q3)		205 (198, 221)	208 (199, 224)	
30	EINA	46			0,587
	Média (Desvio Padrão)		208 (13)	206 (12)	
	Mediana (Q1, Q3)		208 (199, 217)	208 (197, 214)	
90	EINA	28			0,816
	Média (Desvio Padrão)		212 (13)	212 (12)	
	Mediana (Q1, Q3)		213 (204, 221)	211 (207, 220)	
180	EINA	16			0,870
	Média (Desvio Padrão)		212 (10)	213 (11)	
	Mediana (Q1, Q3)		213 (210, 217)	214 (201, 220)	

¹teste de soma de postos de Wilcoxon

Ao final do seguimento (180 dias), a taxa de retenção foi de 33% no grupo controle (10/30) e de 26% no grupo intervenção (6/23), totalizando 30% da mostra (16/53). A perda acumulada foi expressiva e assimétrica entre os grupos, fato que limita as inferências no

último ponto de avaliação. A distribuição do número de participantes com escore EINA válido em cada momento e grupo é apresentada na Figura 4 (Material Suplementar), evidenciando o padrão de ausência não-monotônico descrito acima.

O rastreamento das participantes da randomização ao seguimento de 180 dias, com os avaliados e as perdas em cada momento e grupo, é apresentado no diagrama CONSORT da Figura 3 (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

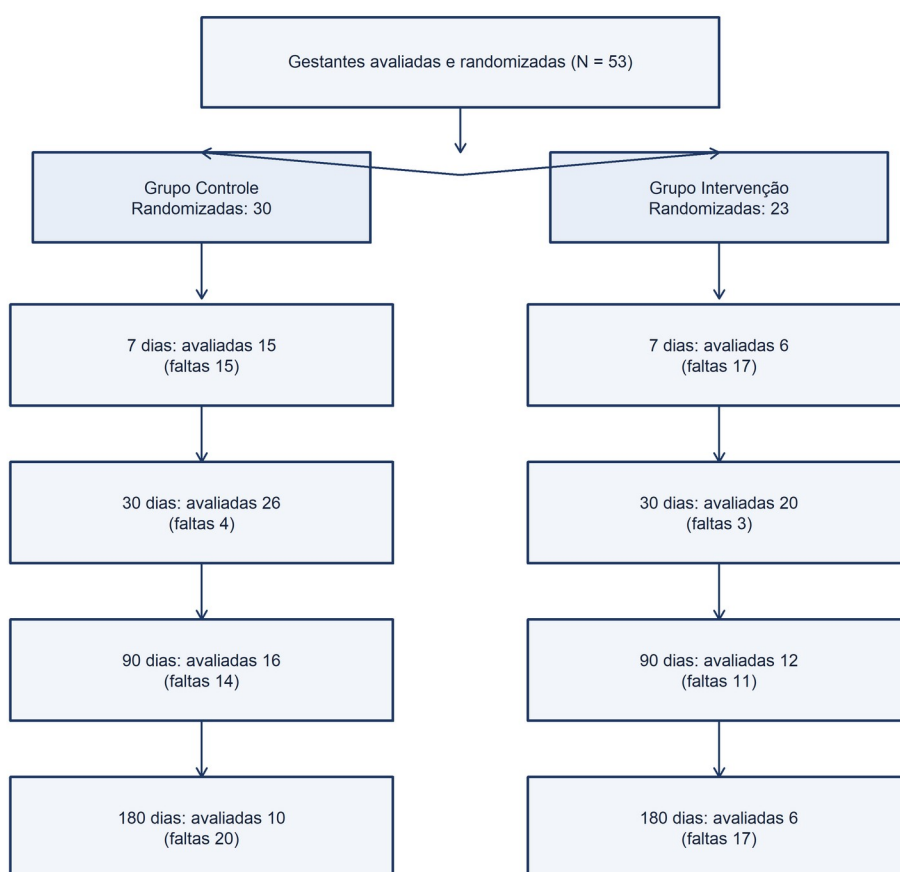


Figura 3: Diagrama CONSORT — rastreamento das participantes da randomização ao seguimento de 180 dias.

Como análise complementar, a Tabela 5 restringe os escores EINA ao período puerperal (7, 30, 90 e 180 dias; exclui a gestação), comparando os grupos Controle e Intervenção em cada momento pelo Teste de soma de postos de Wilcoxon, com escores em Média (Desvio Padrão) e Mediana (Q1, Q3). O padrão observado é consistente com o da análise completa, sem diferença significativa entre os grupos nos momentos avaliados.

Tabela 5: Escores EINA restritos ao período puerperal (7, 30, 90 e 180 dias), por grupo de alocação.

Grupo	Escore EINA (puerpério)	N	Controle N = 30	Intervenção N = 23	Valor-p ¹
7	EINA	21			0,726
	Média (Desvio Padrão)		205 (17)	209 (17)	
	Mediana (Q1, Q3)		205 (198, 221)	208 (199, 224)	
30	EINA	46			0,587
	Média (Desvio Padrão)		208 (13)	206 (12)	
	Mediana (Q1, Q3)		208 (199, 217)	208 (197, 214)	
90	EINA	28			0,816
	Média (Desvio Padrão)		212 (13)	212 (12)	
	Mediana (Q1, Q3)		213 (204, 221)	211 (207, 220)	
180	EINA	16			0,870
	Média (Desvio Padrão)		212 (10)	213 (11)	
	Mediana (Q1, Q3)		213 (210, 217)	214 (201, 220)	

¹Teste de soma de postos de Wilcoxon

A Tabela 6 apresenta os escores EINA (Mediana [Q1, Q3]) estratificados por variáveis sociodemográficas, obstétricas e desfechos de aleitamento, em cada tempo de aplicação, comparados pelo Teste de Kruskal-Wallis (≥ 3 categorias) ou de soma de postos de Wilcoxon (dicotômicas). Por se tratar de tabela exploratória com múltiplos testes simultâneos, os valores de p são acompanhados de valores de q corrigidos para comparações múltiplas pelo método de taxa de falsas descobertas (FDR, Benjamini-Hochberg); a tabela tem caráter gerador de hipóteses.

Níveis de escolaridade mais elevados, como o ensino superior, também apresentaram uma tendência de maiores escores na linha de base (232; IC 95%:210,242), embora sem atingir a significância estatística rigorosa ($p=0,060$). No puerpério imediato (7 dias), a variável planejamento da gravidez mostrou associação significativa com a interação dinâmica ($p=0,016$), onde mães que não planejaram a gestação apresentaram escores medianos superiores (219) em comparação àquelas que planejaram (199). Nos períodos subsequentes de 30, 90 e 180 dias, não foram identificadas variáveis sociodemográficas ou obstétricas com influência isolada significativa sobre os escores EINA, indicando uma homogeneização da interação dinâmica à medida que a prática da amamentação se consolida.

Na análise não corrigida, observaram-se diferenças nos escores associadas, na gestação, ao recebimento de orientações sobre amamentação ($p = 0,004$) e às informações fornecidas por profissionais ($p = 0,041$) e, aos 7 dias, ao planejamento da gravidez ($p = 0,016$); contudo, nenhuma dessas associações permaneceu significativa após a correção para

comparações múltiplas ($q = 0,116$; $q = 0,512$; $q = 0,445$, respectivamente). Nos demais estratos e momentos não houve diferenças estatisticamente significativas.

A estabilidade dos escores diante de variáveis como intercorrências gestacionais e tipo de parto sugere que a interação mãe-filho, após o período de adaptação inicial do puerpério, tende a seguir um padrão de constância técnica e afetiva, independentemente das características estruturais ou do histórico clínico das participantes.

Tabela 6: Análise descritiva dos escores EINA estratificados por variáveis sociodemográficas, obstétricas e desfechos de aleitamento, em cada tempo de aplicação.

	Gestação		7		30		90		180	
Variáveis Analisadas	N = 531	Valor-p ² Valor-q ³	N = 531	Valor-p ² Valor-q ³	N = 531	Valor-p ² Valor-q ³	N = 531	Valor-p ² Valor-q ³	N = 531	Valor-p ² Valor-q ³
Raça/Cor		0,365 0,622		0,725 0,952		0,520 0,799		0,507 0,678		0,605 0,862
Amarela	242 (242, 242)		NA (NA, NA)		218 (218, 218)		NA (NA, NA)		NA (NA, NA)	
Branca	213 (206, 237)		202 (193, 213)		211 (197, 225)		217 (196, 221)		205 (187, 222)	
Negra	202 (202, 202)		NA (NA, NA)		194 (194, 194)		194 (194, 194)		NA (NA, NA)	
Parda	225 (208, 234)		208 (198, 224)		208 (198, 214)		212 (208, 221)		213 (212, 217)	
Preta	208 (189, 233)		208 (203, 220)		201 (198, 210)		212 (197, 225)		204 (200, 220)	
Estado civil		0,538 0,692		0,373 0,871		0,147 0,799		0,220 0,476		0,587 0,862
Casada	224 (208, 242)		214 (196, 224)		208 (200, 216)		215 (209, 221)		213 (210, 217)	
Divorciada	217 (205, 229)		198 (198, 198)		226 (226, 226)		200 (200, 200)		NA (NA, NA)	
Solteira	209 (206, 232)		203 (202, 208)		205 (194, 214)		209 (200, 219)		214 (204, 224)	
União estável	228 (228, 228)		226 (226, 226)		224 (224, 224)		NA (NA, NA)		NA (NA, NA)	
Escolaridade		0,060 0,512		0,087 0,855		0,129 0,799		0,082 0,476		0,721 0,862
Ensino Fundamental	224 (215, 242)		224 (205, 231)		216 (209, 218)		215 (206, 220)		213 (213, 222)	
Ensino Médio	209 (205, 229)		202 (196, 213)		206 (194, 214)		208 (195, 213)		210 (200, 220)	
Ensino Superior	232 (210, 242)		214 (213, 221)		208 (203, 214)		221 (212, 221)		214 (210, 217)	
Com quem reside		0,234 0,622		0,898 >0,999		0,415 0,799		0,455 0,671		0,198 0,675
Avó	236 (226, 246)		NA (NA, NA)		221 (221, 221)		NA (NA, NA)		NA (NA, NA)	
Com irmão	202 (202, 202)		NA (NA, NA)		194 (194, 194)		194 (194, 194)		NA (NA, NA)	
Cônjuge	221 (207, 234)		204 (198, 221)		208 (199, 217)		215 (206, 221)		213 (207, 219)	
País	197 (184, 219)		213 (202, 224)		202 (198, 216)		208 (208, 208)		200 (200, 200)	
Sozinha	216 (209, 232)		208 (208, 208)		204 (189, 212)		209 (208, 230)		215 (213, 230)	
Tem filhos		0,159 0,615		0,404 0,871		0,230 0,799		0,200 0,476		0,269 0,675
Não	209 (205, 232)		203 (198, 214)		205 (196, 214)		210 (198, 221)		211 (203, 216)	
Sim	228 (208, 238)		207 (201, 226)		211 (199, 218)		216 (208, 226)		214 (213, 221)	
Trabalha		0,223 0,622		>0,999 >0,999		0,523 0,799		0,254 0,489		0,289 0,675

Não	222 (208, 234)			207 (199, 221)			208 (196, 216)			209 (202, 219)			215 (213, 222)		
Sim	216 (205, 232)			203 (198, 224)			208 (199, 216)			215 (209, 221)			212 (204, 217)		
Renda familiar mensal		0,338	0,622		0,108	0,855		0,798	0,853		0,160	0,476		0,599	0,862
<=1 SM	216 (206, 233)			203 (196, 213)			208 (197, 217)			209 (200, 220)			214 (207, 221)		
>1 SM	224 (208, 242)			214 (203, 224)			205 (199, 211)			221 (212, 221)			212 (207, 216)		
Quantidade de gestações		0,618	0,726		0,805	0,959		0,585	0,799		0,660	0,825		0,669	0,862
1	221 (206, 233)			205 (198, 214)			204 (198, 214)			211 (196, 220)			211 (204, 215)		
2	210 (205, 231)			214 (201, 229)			208 (194, 216)			212 (208, 221)			215 (207, 219)		
3	229 (211, 234)			206 (203, 208)			214 (198, 223)			219 (207, 230)			219 (208, 226)		
4 ou mais	228 (209, 242)			195 (163, 226)			211 (200, 221)			220 (197, 223)			213 (212, 213)		
Sim	216 (209, 233)			208 (203, 226)			211 (200, 216)			220 (208, 223)			213 (201, 217)		
Gravidez planejada		0,332	0,622		0,016	0,445		0,895	0,895		0,134	0,476		>0,999	>0,999
Não	216 (205, 233)			219 (203, 226)			208 (198, 214)			209 (206, 215)			213 (208, 218)		
Sim	222 (208, 242)			199 (186, 213)			208 (196, 217)			219 (209, 221)			214 (206, 220)		
Intercorrência durante a gestação ou parto		0,305	0,622		0,740	0,952		0,261	0,799		0,218	0,476		0,686	0,862
Não	216 (206, 232)			204 (199, 219)			207 (198, 214)			209 (200, 220)			213 (210, 217)		
Sim	227 (215, 234)			206 (200, 220)			214 (198, 218)			220 (210, 230)			215 (200, 230)		
Já amamentou		0,131	0,614		0,404	0,871		0,076	0,799		0,200	0,476		0,269	0,675
Não	209 (205, 229)			203 (198, 214)			204 (195, 211)			210 (198, 221)			211 (203, 216)		
Sim	229 (208, 240)			207 (201, 226)			212 (200, 218)			216 (208, 226)			214 (213, 221)		
Produziu colostro		0,385	0,622		0,272	0,871		0,180	0,799						
Não	208 (208, 208)			199 (199, 199)			194 (194, 194)			NA (NA, NA)			NA (NA, NA)		
Sim	230 (208, 242)			208 (203, 226)			213 (208, 218)			216 (208, 226)			214 (213, 221)		
Amamentação na primeira hora de vida		0,827	0,891		0,502	0,871		0,533	0,799		0,229	0,476		0,272	0,675
Não	227 (206, 242)			204 (203, 205)			214 (211, 217)			223 (217, 229)			212 (212, 212)		

Sim	230 (208, 238)			217 (199, 226)			210 (198, 221)			209 (208, 220)			215 (213, 222)		
Recebeu orientações sobre amamentação	0,004			0,116			0,455			0,871			0,182		
	0,799			0,344			0,614			0,185			0,675		
Não	209 (205, 227)			203 (196, 224)			206 (196, 214)			211 (197, 217)			212 (201, 215)		
Sim	230 (215, 242)			213 (199, 221)			209 (201, 217)			220 (208, 221)			215 (212, 222)		
Informações por profissionais	0,041			0,512			0,668			0,950			0,645		
	0,799			0,135			0,476			0,408			0,817		
Não	209 (197, 233)			203 (186, 224)			207 (199, 214)			209 (198, 215)			210 (204, 215)		
Sim	231 (215, 242)			211 (199, 214)			209 (200, 217)			220 (208, 221)			215 (212, 222)		
Dificuldade nos aleitamentos anteriores	0,514			0,692			0,549			0,871			0,815		
	0,853			0,927			0,966			0,653			0,862		
Não	231 (215, 246)			226 (163, 231)			209 (208, 221)			215 (208, 230)			213 (213, 230)		
Sim	228 (208, 234)			205 (203, 208)			213 (198, 217)			217 (215, 223)			215 (212, 220)		
Qual dificuldade	0,415			0,622			>0,999			>0,999			0,631		
	0,799			0,221			0,476			0,259			0,675		
Bebê rejeitou o peito	233 (233, 233)			NA (NA, NA)			198 (198, 198)			NA (NA, NA)			200 (200, 200)		
Fissuras	228 (208, 238)			213 (199, 226)			210 (194, 211)			219 (215, 223)			216 (212, 220)		
Pega	233 (229, 238)			203 (203, 203)			216 (206, 221)			229 (229, 229)			222 (222, 222)		
Ressecamento mamilar	207 (207, 207)			NA (NA, NA)			213 (213, 213)			NA (NA, NA)			NA (NA, NA)		
Teve Apoio na amamentação	0,220			0,622			0,549			0,871			0,616		
	0,799			0,243			0,675								
Não	233 (222, 244)			226 (163, 231)			218 (197, 223)			NA (NA, NA)			222 (222, 222)		
Sim	221 (208, 236)			205 (203, 208)			212 (204, 215)			219 (209, 226)			214 (213, 219)		
Rede de apoio	0,136			0,614			0,481			0,871			0,624		
	0,799			0,385			0,641								
Não	208 (179, 216)			224 (181, 231)			213 (198, 221)			206 (206, 206)			NA (NA, NA)		
Sim	224 (208, 234)			204 (199, 214)			208 (197, 216)			212 (208, 221)			213 (207, 219)		
Tipo de parto gestação atual	0,819			0,891			0,817			0,959			0,655		
	0,799			0,515			0,678			0,237			0,675		
Cesáreo	217 (207, 232)			203 (197, 224)			208 (196, 214)			211 (200, 221)			212 (201, 217)		

Normal	215 (206, 234)	207 (201, 217)	208 (198, 217)	212 (208, 221)	215 (213, 222)
AME 6 meses	0,404	0,622	>0,999	0,505	0,799
AME < 6 meses	216 (208, 227)	206 (201, 220)	214 (194, 214)	219 (208, 229)	215 (215, 215)
AME >= 6 meses	232 (207, 242)	216 (184, 226)	211 (208, 221)	216 (208, 223)	213 (212, 222)

1EINA: Mediana (Q1, Q3)

2Teste de Kruskal-Wallis; Teste de soma de postos de Wilcoxon; NA

3Correção de Benjamini & Hochberg para testes múltiplos

A influência da idade materna sobre os escores EINA é apresentada na Tabela 7. Por se tratar de variável contínua medida em desenho longitudinal, a associação foi estimada por Modelo Linear de Efeitos Mistos com intercepto aleatório por participante (EINA ~Idade+Tempo+(1 | Participante)), que aproveita as medidas repetidas e ajusta pelo momento de avaliação. A idade materna não se associou significativamente ao escore EINA ($\beta = 0,25$ ponto por ano; IC 95% -0,37 a 0,87; $p = 0,434$), mantido o tempo constante; o efeito do tempo manteve-se significativo, como esperado.

Tabela 7: Associação entre a idade materna e os escores EINA, estimada por modelo linear de efeitos mistos ajustado pelo tempo de avaliação.

Termo	β (IC 95%)	p
Idade materna (por ano)	0,25 (-0,37; 0,87)	0,434
Tempo: 7	-9,86 (-16,58; -3,15)	0,005
Tempo: 30	-12,32 (-17,36; -7,29)	<0,001
Tempo: 90	-7,47 (-13,48; -1,45)	0,016
Tempo: 180	-8,69 (-16,18; -1,19)	0,025

A associação entre o tipo de parto e os escores EINA, estratificada por período puerperal — imediato (7 e 30 dias) e tardio (90 e 180 dias) — e por grupo de alocação, é apresentada na Tabela 8, com escores em Mediana (Q1, Q3) e comparação entre os grupos Controle e Intervenção, dentro de cada combinação de período e tipo de parto, pelo Teste de soma de postos de Wilcoxon. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em nenhuma das combinações.

Tabela 8: Escores EINA segundo o tipo de parto, estratificados por período puerperal (imediato e tardio) e por grupo de alocação.

Grupo	Escore EINA	Controle N = 19	Intervenção N = 15	Valor-p ¹
Imediato (7-30 dias) — Cesáreo	EINA, Mediana (Q1, Q3)	206 (198, 216)	208 (194, 214)	0,835
Imediato (7-30 dias) — Normal	EINA, Mediana (Q1, Q3)	208 (199, 222)	205 (198, 209)	0,582
Tardio (90-180 dias) — Cesáreo	EINA, Mediana (Q1, Q3)	212 (204, 219)	208 (201, 220)	0,749
Tardio (90-180 dias) — Normal	EINA, Mediana (Q1, Q3)	216 (206, 222)	213 (209, 223)	0,908

¹Teste de soma de postos de Wilcoxon

O número de observações (escore EINA válido) por tipo de parto, período puerperal e grupo é apresentado na Tabela 9, que fundamenta a leitura de poder da análise inferencial subsequente. As células variaram de 8 a 20 observações (cesárea: 19 e 15 no período imediato, 12 e 9 no tardio, para controle e intervenção; normal: 20 e 10 no imediato, 12 e 8 no tardio), evidenciando o tamanho reduzido por estrato. Por se tratar de quadro de contagens, sem teste de hipótese associado, não há valor-p nem correção por valor-q aplicáveis a esta tabela.

Tabela 9: Número de observações (escore EINA válido) por tipo de parto, período puerperal e grupo.

Parto	Período	Controle	Intervenção
Cesáreo	Imediato (7-30 dias)	19	15
Cesáreo	Tardio (90-180 dias)	12	9
Normal	Imediato (7-30 dias)	20	10
Normal	Tardio (90-180 dias)	12	8

A análise da associação entre a via de parto na gestação atual e a manutenção do AME até os 180 dias demonstrou que a modalidade de nascimento não exerceu influência estatisticamente significativa sobre o desfecho de amamentação a longo prazo entre os grupos analisados ($p > 0,999$). Entre as mulheres que mantiveram o AME por um período inferior a

seis meses, a distribuição foi equivalente entre aquelas submetidas à via cesárea (50,0%) e à via normal (50,0%).

Da mesma forma, no grupo que atingiu a meta de seis meses ou mais de aleitamento exclusivo, observou-se uma proporção similar entre as vias de parto, com 44,4% para cesáreo e 55,6% para parto normal. Esses resultados sugerem que, no contexto desta amostra, a via de parto não se configurou como um fator impeditivo ou facilitador para a sustentação do AME até o sexto mês de vida do lactente.

Tabela 10: Associação entre a via de parto na gestação atual e a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os 180 dias de vida do lactente.

Características	Cesáreo N = 11	Normal N = 13	Valor-p ¹
AME durante quanto tempo, n (%)			>0,999
<6 Meses	3 (50,0%)	3 (50,0%)	
>=6 Meses	8 (44,4%)	10 (55,6%)	

¹Teste exato de Fisher

Nota: Os dados foram apresentados em frequência absoluta e percentual, (%). A análise de associação entre a via de parto e o tempo de manutenção do aleitamento materno exclusivo foi realizada por meio do Teste Exato de Fisher, considerando a natureza das variáveis e a distribuição das frequências nas células da tabela.

A Tabela 11 apresenta o Modelo Linear de Efeitos Mistos para o escore EINA em função do tipo de parto, período puerperal e grupo, com intercepto aleatório por participante ($EINA \sim \text{Parto} \times \text{Período} \times \text{Grupo} + (1 | \text{Participante})$); as categorias de referência são Cesáreo, período Imediato e Grupo Controle. Nenhum dos termos de interação de ordem superior atingiu significância estatística. Dado o reduzido número de observações por célula (Tabela 9), o poder para detectar esses termos é limitado.

Tabela 11: Modelo linear de efeitos mistos para o escore EINA em função do tipo de parto, período puerperal e grupo, com seus termos de interação.

Termo	β (IC 95%)	p
Intercepto	206,31 (199,88; 212,75)	<0,001
Parto: Normal	0,86 (-8,62; 10,33)	0,860
Período: Tardio (90-180 dias)	3,39 (-2,40; 9,18)	0,256
Grupo: Intervenção	0,19 (-9,68; 10,06)	0,970
Parto: Normal: Período: Tardio (90-180 dias)	0,17 (-7,75; 8,08)	0,967
Parto: Normal: Grupo: Intervenção	-0,38 (-15,22; 14,47)	0,961
Período: Tardio (90-180 dias): Grupo: Intervenção	2,10 (-6,65; 10,85)	0,640
Parto: Normal: Período: Tardio (90-180 dias): Grupo: Intervenção	-2,22 (-14,99; 10,54)	0,734

A Tabela 12 apresenta os coeficientes (β) e Intervalos de Confiança (95%) dos Modelos Lineares Mistos (bruto e ajustado) para o impacto da tecnologia educativa sobre o escore EINA, com intercepto aleatório por participante e graus de liberdade por aproximação

de Satterthwaite; o modelo ajustado inclui escolaridade, recebimento de orientações e informações por profissionais.

O efeito de grupo não atingiu significância (β bruto = 3,54; $p = 0,438$; β ajustado = -5,56; $p = 0,239$), assim como a interação grupo $\times$ tempo. O efeito do tempo foi significativo no modelo ajustado, com redução do EINA em relação à gestação aos 7 dias ($\beta = -15,07$; $p = 0,002$), 30 dias ($\beta = -14,02$; $p < 0,001$) e 90 dias ($\beta = -11,71$; $p = 0,014$). Valores de β negativos indicam redução do EINA em relação à categoria de referência (Gestação/Grupo Controle).

Este fenômeno evidencia o impacto dos desafios práticos do puerpério sobre a percepção da interação dinâmica mãe-filho. Embora o efeito principal do grupo intervenção e a interação entre grupo e tempo não tenham atingido significância estatística convencional ($p > 0,05$), a análise dos coeficientes ajustados revelou nuances clínicas relevantes.

Nos marcos de 90 e 180 dias, os coeficientes de interação no modelo ajustado aproximaram-se da nulidade ou apresentaram reduções menores do que as observadas no grupo controle, indicando uma tendência de estabilização da interação dinâmica no longo prazo. A persistência de p-valores não significantes para a interação grupo versus tempo, apesar do ajuste por variáveis estruturais, aponta para uma trajetória de interação dinâmica que, embora numericamente superior no grupo exposto à tecnologia em pontos específicos, segue a tendência de maturação natural do processo de amamentação compartilhada por ambos os grupos.

O ajuste por escolaridade e suporte profissional foi fundamental para demonstrar que a variabilidade observada nos escores não é meramente um reflexo do nível de instrução ou de orientações prévias, mas sim uma composição complexa de fatores onde a tecnologia educativa atua como um suporte complementar na manutenção da qualidade interativa.

Tabela 12: Coeficientes de regressão linear mista (bruta e ajustada) para o impacto da tecnologia educativa sobre o escore EINA ao longo do seguimento.

Características	Modelo Bruto		Modelo Ajustado	
	Beta (95% CI)	Valor-p	Beta (95% CI)	Valor-p
Grupo (Intervenção)				
Controle	—		—	
Intervenção	3,536 (-5,474;12,55)	0,438	-5,556 (-14,87;3,755)	0,239
Tempo de Avaliação				
Gestação	—		—	
7	-10,47 (-18,60;-2,344)	0,012	-15,07 (-24,65;-5,491)	0,002
30	-9,815 (-16,48;-3,155)	0,004	-14,02 (-21,87;-6,180)	<0,001
90	-5,816 (-13,75;2,121)	0,149	-11,71 (-20,98;-2,442)	0,014
180	-6,270 (-15,78;3,236)	0,194	-9,865 (-20,89;1,159)	0,079

Grupo (Intervenção) * Tempo de Avaliação				
Intervenção * 7	4,363 (-10,29;19,02)	0,557	11,54 (-7,227;30,30)	0,225
Intervenção * 30	-5,734 (-15,85;4,386)	0,264	-0,187 (-11,83;11,46)	0,975
Intervenção * 90	-4,044 (-16,15;8,065)	0,510	0,666 (-12,85;14,19)	0,922
Intervenção * 180	-6,368 (-21,77;9,030)	0,415	-2,822 (-20,70;15,06)	0,755

Abbreviation: IC = Intervalo de Confiança

A seleção da estrutura de efeitos aleatórios é apresentada na Tabela 13. A estrutura de intercepto e inclinação aleatórios não é identificável neste conjunto de dados (número de observações inferior ao número de parâmetros aleatórios); adotou-se, portanto, o modelo de intercepto aleatório, com melhor ajuste pelos critérios de informação (AIC/BIC).

Tabela 13: Seleção da estrutura de efeitos aleatórios do modelo misto.

Estrutura	AIC	BIC	Observação
Intercepto aleatório (1 Participante)	1377,9	1415,1	Selecionado
Intercepto + inclinação (1 + Tempo Participante)	inestimável	inestimável	Não identificável (164 obs ≤ 265 efeitos aleatórios)

A Tabela 14 apresenta as análises de sensibilidade do efeito de grupo à inclusão de covariáveis adicionais. O coeficiente do efeito de Grupo (Intervenção) manteve-se estável ao acréscimo, separadamente, da idade gestacional ($\beta = -6,40$; covariável $p = 0,412$) e da situação laboral ($\beta = -6,22$; covariável $p = 0,760$), em relação ao modelo ajustado de referência ($\beta = -5,56$), indicando robustez do efeito estimado a essas covariáveis.

Tabela 14: Análises de sensibilidade do efeito de grupo à inclusão de covariáveis adicionais.

Modelo	Coef. Grupo (Intervenção)	Covariável adicionada (p)
Ajustado (referência)	-5,56 (p=0,239)	—
+ Idade gestacional	-6,40 (p=0,183)	0,412
+ Situação laboral (Trabalha)	-6,22 (p=0,231)	0,760

A adequação dos três Modelos Lineares de Efeitos Mistos empregados (Tabela 7, idade materna; Tabela 11, tipo de parto $\times$ período $\times$ grupo; e Tabela 12, modelo ajustado) foi verificada quanto à presença de observações atípicas (resíduo padronizado $|z| > 3$) e de pontos de alavancagem (leverage $> 2p/n$), à normalidade dos resíduos (teste de Shapiro-Wilk, computado com e sem as observações atípicas), à normalidade dos efeitos aleatórios e à homocedasticidade (correlação de Spearman entre o valor absoluto dos resíduos e os valores ajustados), conforme a Tabela 15; os gráficos quantil-quantil com banda de confiança (envelope simulado), critério mais informativo que o teste formal, são apresentados nas Figuras 5 a 7 do Material Suplementar.

O afastamento da normalidade detectado pelo teste de Shapiro-Wilk nos modelos das Tabelas 7 e 12 ($p < 0,001$) decorre de poucas observações atípicas nas caudas (duas e uma, respectivamente): após sua exclusão, a hipótese de normalidade deixa de ser rejeitada ($p = 0,093$ e $p = 0,243$), e nos gráficos quantil-quantil a quase totalidade dos pontos situa-se dentro da banda de confiança. Os pontos de alavancagem têm distância de Cook modesta (máximo de 0,14 e 0,28), sem influência determinante sobre as estimativas. Os efeitos aleatórios e a homocedasticidade não apresentaram evidência de violação em nenhum dos modelos. Conclui-se que os pressupostos foram satisfatoriamente atendidos, sendo as estimativas dos modelos mistos robustas a esses desvios localizados.

Tabela 15: Verificação dos pressupostos dos modelos lineares de efeitos mistos (observações atípicas, alavancagem, normalidade dos resíduos com e sem outliers, efeitos aleatórios e homocedasticidade).

Modelo	Outliers ($z > 3$) / leverage alto	Shapiro resíduos (todos / sem outliers)	Efeitos aleat. (Shapiro, p)	Homocedast. (Spearman, p)
Tab 7 (idade → EINA)	2 / 2	<0,001 / 0,093	0,829	0,156
Tab 11 (parto × período × grupo)	1 / 0	0,077 / 0,429	0,732	0,783
Tab 12 (modelo ajustado)	1 / 11	<0,001 / 0,243	0,528	0,319

5.1 MATERIAL SUPLEMENTAR

A Figura 4 apresenta o número de participantes com escore EINA válido em cada momento de avaliação, por grupo de alocação, ilustrando o padrão de ausência não-monotônico ao longo do seguimento.

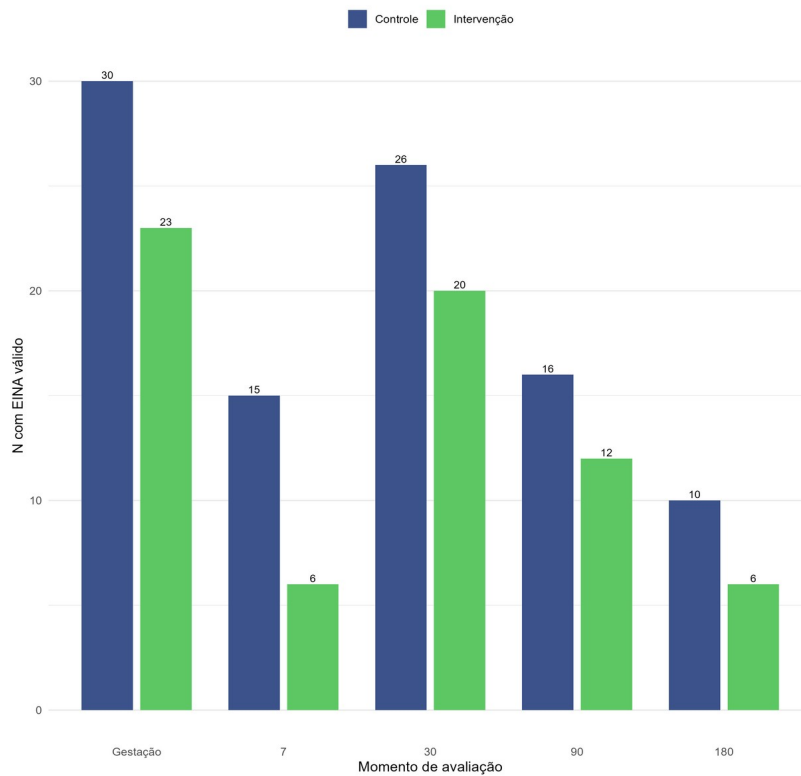


Figura 4: Número de participantes com escore EINA válido em cada momento, por grupo.

As Figuras 5 a 7 apresentam os gráficos quantil-quantil dos resíduos, com banda de confiança (envelope), dos três modelos lineares de efeitos mistos, complementando a verificação de pressupostos da Tabela 15.

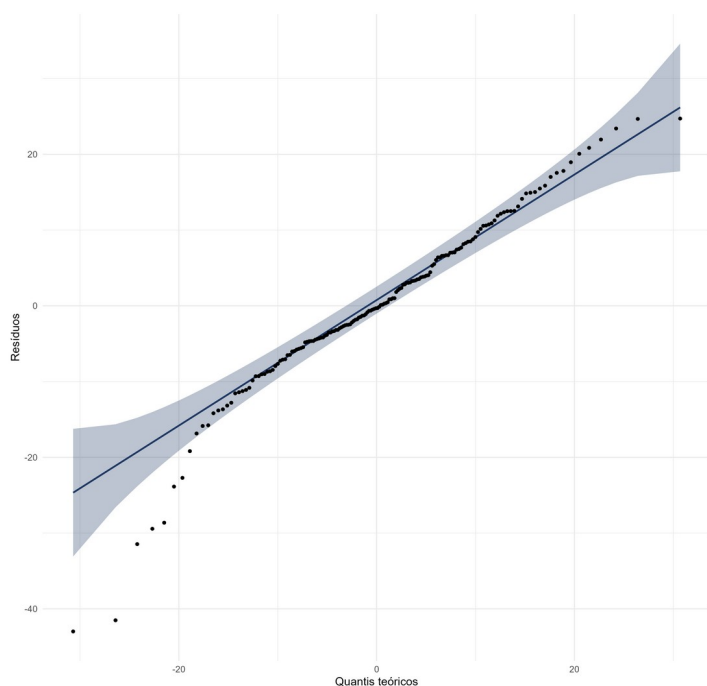


Figura 5: Gráfico quantil-quantil dos resíduos — modelo da idade materna (Tabela 7).

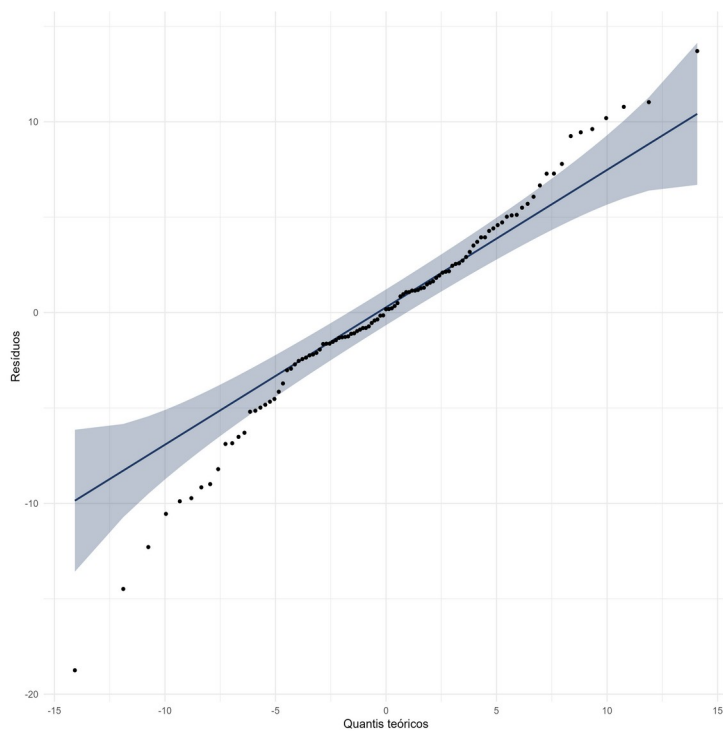


Figura 6: Gráfico quantil-quantil dos resíduos — modelo de tipo de parto $\times$ período $\times$ grupo (Tabela 11).

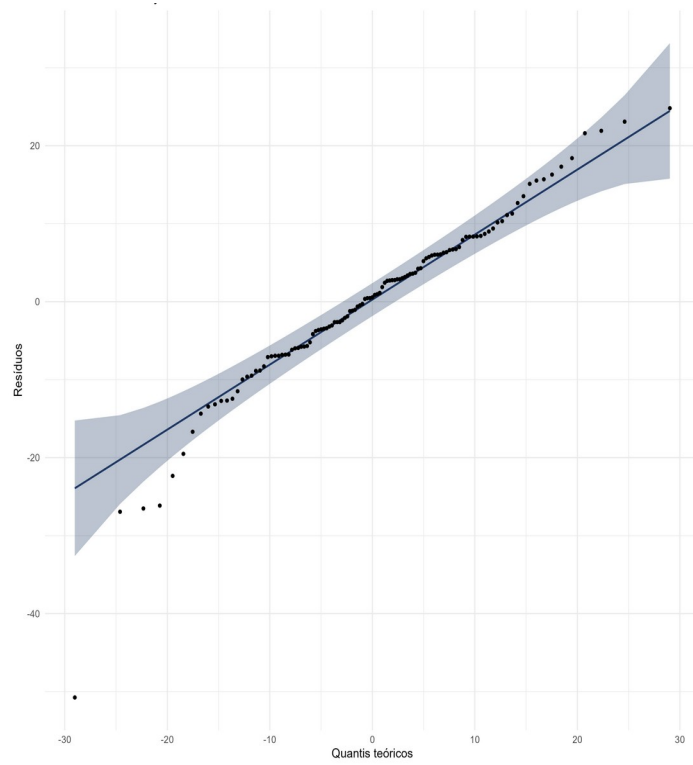


Figura 7: Gráfico quantil-quantil dos resíduos — modelo ajustado (Tabela 12).

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A presente investigação analisou a interação dinâmica mãe-filho no contexto do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) ao longo do ciclo puerperal, evidenciando uma trajetória de relativa estabilidade dos escores da Escala Interativa de Amamentação (EINA), sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos intervenção e controle. Embora a tecnologia educativa proposta não tenha produzido o efeito esperado sobre os níveis de interação, a análise longitudinal revelou aspectos relevantes acerca da dinâmica adaptativa do binômio mãe-filho, bem como da influência de fatores contextuais e assistenciais.

Em contraste, o Ensaio Clínico Randomizado (ECR) conduzido por Javorski *et al.* (2018), que utilizou o mesmo álbum seriado como tecnologia educativa com 132 gestantes, demonstrou resultados favoráveis à intervenção, com aumento significativo dos escores de autoeficácia para amamentar, mensurados pela BSES-SF, ao longo do seguimento pós-parto. A divergência entre os achados pode ser explicada, sobretudo, pelas diferenças nos desfechos investigados e nos instrumentos utilizados, uma vez que o referido estudo avaliou a autoeficácia materna, enquanto esta investigação analisou a interação dinâmica mãe-filho, um construto influenciado por múltiplos fatores.

De forma semelhante, outro ensaio recente que associou a mesma tecnologia educativa ao suporte telefônico no pós-parto (7, 15 e 30 dias), também demonstrou impacto positivo na autoeficácia materna, com elevação significativa dos escores aos quatro meses no grupo intervenção (Chaves, 2016). No entanto, assim como observado neste estudo, não houve efeito significativo sobre a manutenção do AME. Em conjunto, esses achados indicam que embora intervenções educativas sejam eficazes para aumentar a autoeficácia, esse efeito não necessariamente se traduz em mudanças com desfechos mais complexos, como a interação do binômio, avaliada neste estudo pela EINA, ou a manutenção do AME.

De modo complementar, Minarini (2025) também utilizou a EINA, porém com o objetivo de avaliar a correlação entre orientações recebidas no pré-natal, parto e pós-parto e a duração da amamentação. O seu estudo identificou que a maior duração do AME esteve associada ao maior número de consultas de pré-natal e à maior escolaridade materna, reforçando a relevância do acompanhamento gestacional e de fatores sociodemográficos para a manutenção da amamentação.

A aplicação da EINA em outro contexto, além do aqui empregado, reforça sua utilidade na investigação de aspectos relacionados à amamentação, convergindo com os

achados deste estudo, ao evidenciar a relevância das orientações em saúde. Além disso, o uso de tecnologias educativas mostra-se um importante determinante para reforçar a importância do AME, além de auxiliar os profissionais na orientação e apoio às gestantes (Guarda, 2024).

Nesse sentido, observa-se coerência com os resultados aqui apresentados, nos quais o recebimento de orientações no período gestacional esteve associado a melhores escores de interação, apesar da ausência de influência significativa das variáveis sociodemográficas e obstétricas ao longo do seguimento. Corroborando com esses resultados, evidências apontam que o número de consultas pré-natais e o conhecimento materno influenciam a prática e a manutenção da amamentação, reforçando o papel da equipe de enfermagem e das ações educativas na promoção, proteção e apoio ao AME (Brum, 2022; Melo, 2024).

A interrupção da amamentação no início do puerpério mostra-se frequente, e está associada à vulnerabilidade e à insegurança materna, viabilizando a influência de fatores externos e a persistência de mitos e crenças (Santos *et al.* 2021). Paralelamente, os escores de interação mãe-filho analisados pela EINA, observou redução significativa no puerpério imediato, com 7 e 30 dias pós-parto. Esse comportamento sugere que o início da amamentação constitui um período crítico de adaptação, marcado por desafios técnicos, físicos e emocionais, que podem impactar negativamente a percepção materna da interação com o recém-nascido. (Ramalho, 2024).

A posterior elevação e estabilização dos escores ao longo dos 90 e 180 dias reforçam a hipótese de que a interação dinâmica tende a se consolidar com a prática e a experiência, independentemente da intervenção pontual. No período gestacional, observou-se que o número de consultas pré-natal, o recebimento de orientações prévias e o acesso à informações fornecidas por profissionais de saúde mostraram associação com maiores escores de interação, reforçando que a educação em saúde desempenha papel crucial no fortalecimento da autoconfiança materna (Melo, 2024; Minarini, 2025).

Por conseguinte, outro determinante que vem demonstrando relação com a alimentação do recém-nascido (RN) é a idade materna (Amaral *et al.*, 2020; Mendes *et al.*, 2021). Apesar desse estudo não mostrar uma associação significativa entre idade materna e desfechos relacionados à amamentação, a literatura sugere que mulheres com mais de 35 anos tendem a apresentar uma menor prevalência de desmame precoce no puerpério imediato, devido a experiências prévias. Associado a isso, observa-se que maiores níveis de escolaridade materna relacionam-se a melhores escores de interação entre o binômio, em razão da maior propensão à manutenção da amamentação por períodos mais prolongados (Santos *et al.*, 2024).

Nas últimas décadas, estudos realizados no Brasil têm evidenciado que a menor escolaridade materna está relacionada a maior risco de desmame precoce. Pesquisas de coorte conduzidas por Santos *et al.* (2021) e Warkentin *et al.* (2013), em duas capitais brasileiras, indicam que mães com ensino fundamental incompleto apresentam maior probabilidade de interromper a amamentação. Em consonância com esses achados, os resultados do presente estudo mostram que 83% das gestantes possuíam ensino médio ou superior completos, aspecto que pode contribuir para a manutenção do AME até os seis meses de vida do bebê.

A relação entre a via de parto e a descontinuidade do AME ainda é um aspecto controverso na literatura. Na presente pesquisa, essa variável não exerceu influência negativa sobre a manutenção do AME e a interação mãe-filho. Embora alguns estudos apontem que a cesariana pode dificultar a amamentação, especialmente pela separação precoce entre mãe e bebê e a menor ocorrência da amamentação na primeira hora de vida (Lira *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025), outros indicam baixa associação entre a via de parto e essa prática, destacando que complicações pós-parto e dificuldades no manejo da amamentação podem exercer maior influência na sua interrupção (Sousa; Martins; Strada, 2024).

Nessa circunstância, tais fatores podem impactar não apenas a prática do AME, mas também a qualidade da interação inicial entre mãe e filho, especialmente no estabelecimento do vínculo e na responsividade materna no puerpério imediato. Assim, influenciando negativamente na manutenção da interação entre o binômio, durante o processo de amamentação.

A experiência prévia de amamentação também se mostrou frequentemente associada a decisão de amamentar novamente (Brum, 2022). Gestantes que mantiveram o AME de filhos anteriores pelo menos até o sexto mês de vida, tendem a apresentar maior probabilidade de prolongar o aleitamento na gestação atual (Fernandes; Höfelmann, 2020). Embora a amostra dessa pesquisa tenha apresentado distribuição semelhante entre nulíparas e multíparas, a vivência anterior mostrou-se um fator favorável à manutenção do AME, podendo também contribuir para uma interação mais segura e eficaz no binômio mãe-filho, uma vez que experiências prévias podem favorecer maior confiança, habilidade e sensibilidade materna durante o processo de amamentação.

Levando em consideração a atividade laboral, foi possível observar um desequilíbrio entre os grupos, apontando uma parcela significativa de mulheres que exercem atividade remunerada, condição reconhecida na literatura como associada à menor duração do AME (Fernandes; Höfelmann, 2020). Considerando que, no Brasil, a licença maternidade padrão é

de 120 dias, período inferior à recomendação de manutenção do AME até o sexto mês, o retorno ao trabalho configura-se como um importante desafio para sua continuidade.

Consequentemente, a ampliação da licença para 180 dias contribui para maior duração da amamentação, sugerindo que o retorno tardio ao trabalho favorece sua manutenção (Nardi *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2023). Sendo assim, essas condições podem repercutir também na interação mãe-filho, uma vez que a interrupção precoce ou dificuldades na amamentação podem interferir na proximidade, na frequência de contato e na qualidade das trocas afetivas estabelecidas entre o binômio.

Adicionalmente, Santos *et al.* (2024) ressaltam a importância do cônjuge na construção do vínculo entre mãe e bebê, sugerindo que o apoio e a participação paterna favorecem a interação mãe-filho-ambiente e contribuem para a redução do risco de desmame precoce. Em consonância, estudos ressaltam a importância da presença paterna, sendo considerado o membro da rede de apoio que mais influencia na decisão e continuidade da amamentação (Werneck *et al.* 2024; Souza; Nespoli; Zeitoune, 2016). No presente estudo, observou-se distribuição semelhante entre gestantes casadas e solteiras, o que pode ter limitado a identificação de possíveis associações entre a presença de parceiro e a continuidade do AME.

Um achado relevante foi a associação entre gravidez não planejada e maiores escores de interação no puerpério imediato, em contraste com a literatura que relaciona gestações planejadas a melhores desfechos em amamentação (Rocha; Gomes; Rodrigues, 2020). Esse resultado pode refletir um processo de adaptação emocional mais intenso no pós-parto, com possível engajamento compensatório na interação com o recém-nascido, influenciado por fatores não mensurados, como suporte familiar e contexto psicossocial. A ausência de associação nos períodos subsequentes sugere caráter transitório desse efeito. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de estudos qualitativos futuros que aprofundem a compreensão desse fenômeno.

A ausência de efeito estatisticamente significativo da tecnologia educativa sobre os escores da EINA pode ser compreendida à luz de diferentes aspectos. Inicialmente, destaca-se a possibilidade de efeito teto, uma vez que as participantes já apresentavam elevados níveis de interação na linha de base, limitando a capacidade de detecção de diferenças adicionais entre os grupos. O elevado percentual de gestantes com acesso prévio a orientações sobre amamentação e inseridas no contexto da APS pode ter contribuído para uma homogeneização dos níveis de conhecimento e preparo, reduzindo o impacto incremental da intervenção.

A partir desses achados, estudos recentes têm ampliado a compreensão da amamentação ao evidenciá-la como uma prática atravessada por dimensões sociais, culturais e comunicacionais, especialmente no contexto digital, com o uso das redes sociais (Fazzioni; Lerner, 2024), sobretudo pela rapidez e facilidade de acesso às informações. Embora esses ambientes ampliem o suporte e a troca de experiências sobre amamentação, a qualidade das informações disponíveis é heterogênea, incluindo conteúdos nem sempre alinhados às recomendações científicas (Diniz *et al.*, 2019; Dalmaso; Bonamigo, 2019).

A análise das interações de mulheres em ambientes on-line demonstra que as tecnologias podem atuar tanto como espaços de apoio e troca, quanto como fontes de tensão, desinformação e conflitos entre saberes leigos e científicos (Fazzioni; Lerner, 2024). Nesse sentido, mais do que ampliar o uso de tecnologias educativas em saúde, torna-se necessário reinventar suas formas de construção e aplicação, de modo que sejam mais interativas, dialógicas, contextualizadas e sensíveis às experiências das mulheres (Dalmaso; Bonamigo, 2019). Tal perspectiva reforça que intervenções em saúde devem ultrapassar abordagens exclusivamente informativas, incorporando aspectos subjetivos e relacionais que influenciam o processo de amamentação.

O Projeto Amamenta Mamãe (Cabral *et al.*, 2020) revelou que tecnologias digitais, quando mediadas por profissionais e orientadas ao diálogo, podem fortalecer o apoio ao aleitamento ao promover troca de experiências e maior confiança materna. Em consonância com os achados deste estudo, destaca-se que o impacto dessas estratégias não está apenas na oferta de informação, mas na construção de espaços interativos e participativos, capazes de contemplar a dimensão relacional da amamentação, aspecto central também na avaliação da interação mãe-filho.

Embora os coeficientes ajustados nos períodos tardios indiquem menor redução dos escores no grupo intervenção em comparação ao controle, esse padrão não pode ser interpretado como tendência clinicamente relevante dado o tamanho de efeito observado ($f = 0,148$) e o poder insuficiente para detectar efeitos abaixo de $f = 0,48$. Estudos com maior tamanho amostral são necessários para investigar se esse padrão reflete um efeito real de pequena magnitude.

Essas evidências reforçam que intervenções voltadas à amamentação devem ultrapassar a dimensão informativa, incorporando abordagens interativas e sensíveis à complexidade relacional do processo. Tal achado tensiona a centralidade da significância estatística como único critério de avaliação e reforça a necessidade de interpretar intervenções

em amamentação à luz de sua complexidade, reconhecendo que mudanças em desfechos relacionais, como a interação mãe-filho, demandam abordagens mais sensíveis, contínuas e contextualmente orientadas.

Portanto, os achados indicam que a interação dinâmica mãe-filho durante a amamentação segue uma trajetória de adaptação inicial e posterior estabilização, sendo pouco influenciada por intervenções educativas isoladas no contexto estudado. Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias contínuas, integradas e contextualizadas de apoio à amamentação, com enfoque na atenção pré-natal e no acompanhamento no pós-parto, visando não apenas à promoção do AME, mas também ao fortalecimento do vínculo entre mãe e filho.

Como limitações, destacam-se a elevada perda de seguimento, com potencial introdução de viés de seleção e redução do poder estatístico, bem como o desequilíbrio entre os grupos após a randomização. A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos deve ser interpretada à luz do poder estatístico do estudo. Com a amostra final ($N = 53$), a análise de sensibilidade indicou capacidade para detecção apenas de efeitos de grande magnitude, ao passo que os tamanhos de efeito observados foram pequenos, situando-se abaixo do limiar detectável. A perda da amostra ao longo do seguimento pode ser explicada pelo tempo decorrido para a aplicação da EINA e/ou intervenção.

Observou-se, ainda, possibilidade de efeito teto nos escores da EINA e limitação na captação de aspectos subjetivos da experiência materna. Ainda assim, o delineamento longitudinal e o uso de um instrumento específico para avaliação da interação mãe e filho conferem robustez à análise. Nesse sentido, os resultados refletem uma ausência de evidência de efeito, e não necessariamente evidência de ausência de efeito, uma vez que o estudo não apresentou poder suficiente para excluir a existência de efeitos de pequena ou moderada magnitude. Dessa forma, embora seja possível inferir que a intervenção não produziu efeitos robustos no contexto investigado, não se pode descartar a presença de impactos mais discretos, o que reforça a necessidade de estudos com maior tamanho amostral para avaliação mais precisa da efetividade da tecnologia educativa.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Considerando o objetivo proposto, os resultados indicam que, nas condições metodológicas adotadas, a aplicação do álbum seriado associada ao acompanhamento puerperal não produziu diferenças estatisticamente significativas nos escores de interação dinâmica mãe-filho, quando comparada ao cuidado habitual na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Lagarto e Itabaiana.

Assim, a hipótese inicial de que a intervenção promoveria melhora significativa na interação mãe-filho não foi confirmada. Destaca-se, contudo, que a ausência de efeito pode estar relacionada à limitação de poder estatístico do estudo, o que restringe a capacidade de detecção de diferenças entre os grupos. Esse achado reforça a complexidade dos desfechos comportamentais e sugere limitações de estratégias educativas isoladas frente à promoção da interação mãe-filho.

Contudo, o estudo demonstra que a trajetória desse desfecho é fortemente modulada por determinantes individuais e obstétricos, com destaque para o planejamento gestacional, que se configurou como fator diferenciador no puerpério imediato, sugerindo que àquelas que não planejaram a gestação, obtiveram maiores escores de interação. Esses resultados deslocam o foco da intervenção para a centralidade dos aspectos psicossociais e contextuais na construção da interação mãe-filho.

A análise de sensibilidade indica que o estudo não apresentou poder suficiente para detectar efeitos de pequena ou moderada magnitude, de modo que os resultados devem ser interpretados como inconclusivos quanto à existência de efeitos discretos da intervenção. Adicionalmente, o estudo cumpre um papel inovador ao testar um desfecho comportamental complexo à luz da Teoria Interativa da Amamentação, evidenciando que intervenções na APS devem transcender modelos informativos, incorporando abordagens personalizadas, contínuas e multidimensionais, centradas na subjetividade materna e na rede de apoio.

A Escala Interativa de Amamentação (EINA), previamente validada, mostrou-se adequada para a mensuração da interação nesse contexto, permitindo captar dimensões relacionais relevantes para a prática da amamentação. Do ponto de vista prático, os achados reforçam que o suporte profissional no pré-natal constitui elemento estratégico para a qualificação da interação mãe-filho desde o início do puerpério, indicando que a atuação da enfermagem deve priorizar intervenções precoces e orientadas às necessidades individuais das mulheres.

Dessa forma, mais do que introduzir novas tecnologias, os resultados apontam para a necessidade de reconfigurar o cuidado em amamentação na APS, com foco na integração entre conhecimento técnico, suporte relacional e singularidades do contexto materno. Nesse contexto, torna-se necessário desenvolver estratégias mais ágeis, interativas e alinhadas às demandas contemporâneas, a fim de evitar a perda de espaço para ambientes digitais que, embora atrativos, nem sempre oferecem informações baseadas em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AMARAL, S. A. DO.; *et al.* Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, p. e2019219, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100024>. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

BALSELLS, M. M.; *et al.* Desenvolvimento de cartilha como tecnologia educacional para alívio da dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE03351, 2023. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03351>. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

BASZÍLIO, G. F.; *et al.* A importância do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida. **Rev Pró-UniverSUS**. 2024; 15(3) 2024; 15(3) Especial;119-124.Especial;119-12. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v15iEspecial.4357>. Acesso em: 05 de nov. de 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 918, de 19 de setembro de 2024**. Dispõe sobre o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 set. 2024. Acesso em: 10 de fev. de 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PROJETO DE LEI N.º 4.968, de 2016**. Art. 137, caput – RICD. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1449898. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

BRASIL. Lei nº 13.435, de 12 de abril de 2017. **Institui o mês de agosto como o mês do aleitamento materno**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 abr. 2017. Acesso em: 10 de fev. de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha de amamentação com foco na redução de desigualdades**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-amamentacao-com-foco-na-reducao-de-desigualdades>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, [2024?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aleitamento-materno>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução no 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 2012. Acesso em: 19 de nov. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 19 de nov. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 maio 2014. Acesso em: 10 de fev. de 2026.

Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres** [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 01 de jun. de 2026.

BRASIL. Senado Federal. Agência Senado. **Amamentação: Brasil melhora índice, mas persegue nova meta mundial**. 22 ago. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2025/08/amamentacao-brasil-melhora-indice-mas-persegue-nova-meta-mundial>. Acesso em: 20 de abr. de 2026.

BRASIL. Senado Federal. **Ofício nº 842/2025**. Brasília, DF: Senado Federal, 2025. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9193132&ts=1740514935941&disposition=inline>. Acesso em: 20 abr. 2026.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de lei nº 6136, de 2023**. Avulso do PL 6136/2023. <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9532866&ts=1730184249685&disposition=inline>. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

BRITO, R. C. **Intervenção educativa para conhecimento, atitude e prática de gestantes adolescentes no preparo para o parto vaginal: ensaio clínico randomizado**. 2022. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/49461>. Acesso em: 01 de jun. de 2026.

BRUM, V. S. **Perfil das gestantes, conhecimento e experiências prévias em amamentação na atenção primária à saúde: dados preliminares**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) –

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/252846>. Acesso em: 05 maio 2026.

CABRAL, C. S.; *et al.* Inserção de um grupo virtual na rede social de apoio ao aleitamento materno exclusivo de mulheres após a alta hospitalar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, 2020. v. 24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190688>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

CABRAL, P. E.; *et al.* A Importância Do Aleitamento Materno Nos Primeiros Meses De Vida. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2023. Disponível em: <http://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/1223>. Acesso em: 28 out. 2024.

CAMPANHARO, L; *et al.* Disparidades no Aleitamento Materno no Brasil: Um Estudo Ecológico sobre o Aleitamento Exclusivo e seus Determinantes. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 9, p. 1984–1993, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p1984-1993. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3472>. Acesso em: 28 out. 2024.

CARMONA, B. D. A. S.; LIMA, M. V. S.; ROGRIGUES, G. M. M. Aleitamento materno: fatores que podem desencadear o desmame precoce. **Rev. Liberum accessum** 2023 nov. 15(2): 110-125. Disponível: <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/234>. Acesso em: 28 out. 2024.

CAVALCANTE, I. M. S. **Atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena na Amazônia paraense**. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi:10.11606/T.7.2020.tde-24022021-110713. Acesso em: 01 de jun. de 2026.

CAVALHEIRO, V. S.; *et al.* Aleitamento materno como proteção a agravos no primeiro ano de vida: um estudo de coorte. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 34, e20240221, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0221pt>. Acesso em: 24 abr. 2026.

CHAVES, A. F. L. **Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: ensaio clínico randomizado controlado**. 2016. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21643>. Acesso em: 26 DE OUT. DE 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Reduzindo a desigualdade: apoio à amamentação para todos**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/reduzindo-a-desigualdade-apoio-a-amamentacao-para-todos/>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 358/2009** – Revogada pela Resolução COFEN Nº 736/2004. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009/>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**, 2nd Edition. Routledge. 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9780203771587>. Acesso em: 26 DE OUT. DE 2024.

DAMALSO, M. S.; BONAMIGO, a. W. A. Pesquisa on-line sobre amamentação: entre o senso comum e a oms na era digital. **reciis – rev eletron comun inf inov saúde**. 2019 out.-dez.;13(4):911-21. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1635>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

Diniz, C. M. M.; Contribuições dos aplicativos móveis para a prática do aleitamento materno: revisão integrativa. **Acta Paulista De Enfermagem** (online) ; 32(5): 571-577, set.-out. 2019. tab, graf. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900079>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

DODOU, H. D. *et al.* Efeitos De Uma Intervenção Educativa Por Telefone No Aleitamento Materno: Ensaio Clínico. **Acta Paulista De Enfermagem**, V. 36, P. Eape01101, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao01101>. Acesso m: 01 de jun. de 2026.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da breastfeeding self-efficacy scale-short form (bses-sf)**. 2008. 107 f. dissertação (mestrado em enfermagem) – faculdade de farmácia, odontologia e enfermagem. universidade federal do ceará, fortaleza, 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2018>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

Dodt, R. C. M.; Ximenes, L. B.; Oriá, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 25, p. 225- 230, 2012. disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000200011>. acesso em: 26 de out. de 2024.

FARIA, E. R.; SILVA, D. D. F.; PASSBERG, L. Z. Fatores relacionados ao aleitamento materno exclusivo no contexto da atenção primária à saúde. **codas** 2023;35(5):e20210163 doi: 10.1590/2317-1782/20232021163pt. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

FAZZIONI, N. H.; LERNER, K. Agenciamentos de mulheres que amamentam: refletindo sobre amamentação, maternidade e internet no brasil. **Interface - comunicação, saúde**,

educação [online]. v. 28, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220698>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

FERREIRA, A. P. M.; *et al.* Tecnologias educacionais direcionadas ao aleitamento materno produzidas na pós-graduação em enfermagem brasileira. **Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 720–736, 2023. doi: 10.25110/arqsaude.v27i2.2023-012. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/9381>. acesso em: 11 nov. 2024.

FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. Randomization: beyond tossing a coin. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, p. 310-310, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000296>. Acesso em: 26 DE OUT. DE 2024.

GALVÃO, D. M. P. G.; SILVA, E. B. O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno: revisão integrativa. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1–12, 2024. DOI: 10.37914/riis.v7i1.354. Disponível em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/354>. Acesso em: 11 nov. 2024.

GUARDA, D. **Construção e validação de tecnologia educacional para promoção do aleitamento materno**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/261342>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2024-2026**. Porto Alegre: Artmed, 2024. Acesso em: 13 ago. 2025.

HULLEY, S. B.; *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/143/c4fd11a995cc235510d275cf8298427d.pdf. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente: Censo 2022: População e Domicílios - Primeiros Resultados**. BRASÍLIA, DF: IBGE, 2022.

JAVORSKI, M.; *et al.* Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. **Rev Esc Enferm USP**. 2018;52:e03329. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017031803329>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

KARANICOLAS, P. J.; FARROKHYAR, F.; BHANDARI, M. Practical tips for surgical research: blinding: who, what, when, why, how? **Can J Surg**. 2010 Oct;53(5):345-8. PMID: 20858381; PMCID: PMC2947122. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2947122/pdf/0530345.pdf>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

LIMA, T. G. V.; *et al.* Tecnologias educativas para autoeficácia para amamentar e prática do aleitamento materno exclusivo. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 95, n. 35, p. e-021138, 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1194. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1194>. Acesso em: 11 nov. 2024.

LÓPEZ, A. S. Q.; *et al.* The importance of breastfeeding in promoting maternal and child health: nutrition, emotional bonding and public health policies. v. 16 n. 1 (2024): **CPAQV**. DOI: <https://doi.org/10.36692/V16N1-69R>. Acesso em: 05 de nov. de 2024.

LUI, K. J.; CUMBERLAND, W. G. Sample size requirement for repeated measurements in continuous data. **Statistics in Medicine**, v. 11, n. 5, p. 633-641, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/sim.4780110508>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

MAESTRO, A. D.; *et al.* Diferenciação do leite materno e fórmulas infantis: uma análise da composição, bioatividade e impacto na saúde infantil. In: Alimentos e nutrição na promoção de uma vida saudável 2. Ponta Grossa: **Atena Editora**, 2025. Cap. 9. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.019122528049>. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/diferenciacao-do-leite-materno-e-formulas-infantis-uma-analise-da-composicao-bioatividade-e-impacto-na-saude-infantil-2>. Acesso em: 20 abr. 2026.

MELO, D. S. **Avaliação da efetividade e desfechos de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. 2024. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. doi:10.11606/T.6.2024.tde-21082024-092902. Acesso em: 05 de maio de 2026.

MENDES, M. S.; *et al.* Fatores associados à continuidade do aleitamento materno por 12 meses ou mais em mulheres trabalhadoras de um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5851–5860, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.12882020>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

MENDES, F. H. S.; *et al.* Fatores associados a manutenção e interrupção do aleitamento materno exclusivo: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, e2913244962, 2024 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44962>. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

MINARINI, G. P. S. S. **Orientação Da Mulher E a Duração Da Amamentação: Um Estudo De Métodos Mistos**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do

Espírito Santo, Vitória, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/items/23bb9cdd-43b0-46a6-a120-13f7953eb73c>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

MOURA, M. S. S.; *et al.* Use of technologies by nurses to promote breastfeeding: ascoping review. **Rev Esc Enferm USP**. 2023;57:e20220466. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0466en>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

MOURA, R. M. G.; NETO, U. R. M. As tecnologias educacionais em saúde na promoção e proteção do aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e5058, 10 out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5058.2020>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

NARDI, A. L.; *et al.* Impacto dos aspectos institucionais no aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.20382018>. Acesso em: 06 de maio de 2026.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. DA. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 256–260, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Entendendo Ensaios Clínicos Randomizados. **Bras. J. Video-Sur**, 2010, v. 3, n. 4: 176-180. Julho, 2010. Disponível em: https://www.sobracil.org.br/revista/jv030304/bjvs030304_176.pdf. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

Oliveira, S. C. *et al.* Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. **Acta Paul Enferm**. 2018;31(3):291-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800041>. Acesso em: 01 de jun. de 2026.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, [2024?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar>. Acesso em: 05 de nov. de 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Brasil lança Campanha Nacional em prol da amamentação, com apoio da OPAS**. Brasília, 1 de agosto de 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/eventos/como-comercializacao-formula-infantil-influi-em-nossas-decisoes-sobre-alimentacao-infantil>. Acesso em: 05 de nov. de 2024.

OTI, Anselm C. **Statistical tools for clinical research and reporting**. [S. l.]: Independently published, 2021.

OTI, E. U.; OLUSOLA, M. O.; ESEMOKUMO, P. A. Statistical Analysis of the Median Test and the Mann-Whitney U Test. **International Journal of Advanced Academic Research**, v. 7, n. 9, p. 44–51, 2021.

PALHETA, Q. A. F.; AGUIAR, M. de F. R. Importância da assistência de enfermagem para a promoção do aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 8, p. e5926, 29 jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5926.2021>. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

PAVINATI, G.; *et al.* Tecnologias Educacionais Para O Desenvolvimento De Educação Na Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [S. l.], v. 26, n. 3, 2022. DOI: 10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8844. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/8844>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PENEDO, M. M.; **et al.** A importância do aleitamento materno exclusivo na prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa. **Rev de Saúde** 2023;14(1):33-40. DOI 10.21727/rs.v14i1.3233. Acesso em: 05 de nov. de 2024.

PINHEIRO, B. M.; NASCIMENTO, R. C.; VETORAZO, J. V. P. Fatores que influenciam o desmame precoce do aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 11, p. e7227, 3 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e7227.2021>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

PRIMO, C. C.; *et al.* Imagem corporal da mulher durante amamentação: análise suportada em teoria de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2023a;44:e20220051. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220051.pt>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

PRIMO, C. C.; *et al.* Escala Interativa de Amamentação: avaliação da confiabilidade. **Esc Anna Nery** 2023b;27:e20220124. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0124pt>. Acesso em: 20 de nov. de 2024.

PRIMO, C. C.; BRANDÃO, M. A. G. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017;70(6):1191-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672016-0523>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

PULCINELLI, V. T. S. R.; *et al.* Immunological Benefits of Breastfeeding for Maternal and Child Health. **Nursing** (Ed. bras., Impr.) ; 29(323): 10680-10693, jun.2025. Tab. Article em En, Pt | LILACS, BDENF | ID: biblio-1635795. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i323p10680-10693>. Acesso em: 24 de abr. de 2026

R CORE TEAM. R: **A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2024. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

RAMALHO, M. O. A.; *et al.* Prevalência e fatores associados a interrupção do aleitamento materno em menores de dois anos: Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 2024;24(0):1-11. Disponível em: DOI: 10.1590/1806-9304202400000027. Acesso em: 05 de maio de 2026.

REZENDE, C. A.; RODRIGUES, K. M. Orientação de enfermagem na promoção do amamentar até os seis meses de idade: uma revisão integrativa. **Ciências da Saúde**, Volume 28 – Edição 139/OUT 2024 / 31/10/2024. DOI: 10.69849/revistaft/ni10202410311544. Acesso em: 11 de nov. de 2024.

RICCI, C.; *et al.* Rates of and factors associated with exclusive and any breastfeeding at six months in Canada: an analysis of population-based cross-sectional data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 56, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05382-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-023-05382-2>. Acesso em: 21 abr. 2026.

ROCHA, A. F.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P. Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. **Ciênc. saúde coletiva** 25 (10) 28 Set 2020Out 2020 • Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.00292019>. Acesso em: 6 de maio de 2026.

ROCHA, A. F.; *et al.* Intenção de engravidar e amamentação: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 31, n. 2, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2017.6960. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6960>. Acesso em: 6 de maio de 2026.

ROCHA, I. S.; *et al.* Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3609-3619, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20132016>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

RODRIGUES, A. P.; *et al.* Promoção da autoeficácia em amamentar por meio de sessão educativa grupal: ensaio clínico randomizado. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001220017>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

SANTOS, A. C. dos .; MEIRELES, C. P. a importância da amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida e o papel da enfermagem. **Revista Coleta Científica**, Brasil, Brasília, v. 5, n. 9, p. 58–69, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.5111606. Disponível em: <https://portalcoleta.com.br/index.php/rcc/article/view/56>. Acesso em: 28 out. 2024.

SANTOS, I. J. L.; *et al.* Fatores que influenciam na interação mãe-filho-ambiente no processo de amamentação: estudo transversal. **Rev. Eletr. Enferm.** 2024;26:76806. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76806> Português, Inglês. Acesso em: 08 de nov. de 2024.

SANTOS, V. L.; *et al.* Fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno em até 45 dias pós-parto - Estudo de Coorte Maternar. **Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira** 21 (2), Apr-Jun 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200013>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

SHARMA, N.; SRIVASTAV, A. K.; SAMUEL, A. J. Randomized clinical trial: gold standard of experimental designs - importance, advantages, disadvantages and prejudice. **Rev Pesqui Fisioter**, v. 10, n. 3, p. 512-519, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224118>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

SILVA, A. L. C. da.; *et al.* Type of childbirth, skin-to-skin contact, and breastfeeding in the first hour of life in Manaus, Amazonas. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil**, 25, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202520250212>. Acesso em: 06 de maio de 2026.

SILVA, I. A. *et al.* Continued breastfeeding and work: scenario of maternal persistence and resilience. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 1, p. e20220191, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0191pt>. Acesso em: 06 de maio de 2026.

SILVA, M. P. V. da; *et al.* O Papel Da Enfermagem Na Promoção Do Aleitamento Materno Nos Primeiros Meses De Vida. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 4881–4892, 2024b. DOI: 10.51891/rease.v10i5.14017. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14017>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SILVA, P. O.; *et al.* Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil. Goiás, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00148720, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148720>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

SILVA, S. N.; *et al.* Implementação de tecnologias em saúde no Brasil: Análise de orientações federais para o sistema público de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [ONLINE]. V.29, N. 1. 2024a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00322023>. Acesso em: 01 de jun. de 2026.

SILVA, T. C. M.; LIMA, M. F. C.; NASCIMENTO, R. V. A atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno exclusivo. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 14, e109121444660, 2023(CC BY 4.0). ISSN 2525-3409. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44660>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SOUSA, J. M. P.; MARTINS, W; STRADA, C. de F. O. Influência da via de parto na amamentação. **Periódicos brasil**. Pesquisa científica, macapá, brasil, v. 3, n. 2, p. 2252–2264, 2024. Doi: 10.36557/pbpc.v3i2.279. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/279>. Acesso em: 6 maio. 2026.

SOUZA, C. O. N. de; *et al.* Escala interativa de amamentação: proposição baseada na teoria de médio alcance de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170213, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0213>. Acesso em: 20 abr. 2026.

SOUZA, E. f. c.; oliveira, A. A. P.; SHIMO, A. K. K. Efeito de uma intervenção educativa para o aleitamento materno: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2020;28:e3335 DOI: 10.1590/1518-8345.3081.3335. Acesso em: 02 de jun. de 2026.

SOUZA, M. H. DO N.; NESPOLI, A.; ZEITOUNE, R. C. G. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, p. e20160107, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>. Acesso em: 04 de jun. de 2026.

SOUZA, T. M. S. De. **Intenção De Amamentar**: Associação Com Fatores Demográficos, Socioeconômicos E Experiência Prévia De Amamentação Entre Gestantes Assistidas Em Atenção Primária À Saúde De Cajazeiras – PB. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva], 2024. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/8020>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

TAVARES, A. R. B. S. *et al.* Transição alimentar em prematuros: validação de bundle baseado na teoria interativa de amamentação. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, p. e20230274, 2024. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0274en>. Acesso em: 20 de nov. de 2024.

United Nations Children’s Fund (UNICEF); World Health Organization (WHO). **Global breastfeeding scorecard 2023**: rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. New York; Geneva: UNICEF; WHO, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Aleitamento materno**: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 20 de abr. de 2026.

WARKENTIN, S. *et al.* Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 3, p. 259–269, maio 2013.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732013000300001>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

WERNECK, B. H. Da F. P. *et al.* Percepção materna sobre os fatores que interferem na amamentação de prematuros. **CoDAS**, v. 36, n. 5, p. e20230252, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20242023252pt>. Acesso em: 05 de maio de 2026.

WESTLING, Eric. **An Introduction to Linear Mixed Models**. [S. l.]: Springer, 2019.

WOBBROCK, J. O.; *et al.* The aligned rank transform for nonparametric factorial analyses using only anova procedures. In: Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems. **ACM**, 2011. p. 143-146. Disponível em: <https://faculty.washington.edu/wobbrock/pubs/chi-11.06.pdf>. Acesso em: 26 de out. de 2024.

ZHANG, Zhiyong *et al.* Package ‘WebPower’. 2018.

WHO. World Health Organization. **Breastfeeding**. WHO, Genebra [2024?]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1. Acesso em: 28 de out. de 2024.

WHO. World Health Organization. **Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. ISBN 978-92-4-004598-9 (electronic version). WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. Acesso em: 28 de out. de 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Código da participante: _____

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O título da pesquisa é “DESAFIOS E AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”. O objetivo geral desta pesquisa é: Avaliar o uso de uma tecnologia educativa e de uma escala interativa de amamentação para a promoção da autoeficácia materna com o aleitamento materno exclusivo. E os objetivos específicos são: Comparar a autoeficácia materna em amamentar entre as mulheres que receberam intervenção educativa com as que não receberam; Demonstrar os benefícios do uso de tecnologias educativas para a promoção do aleitamento materno no pré-natal e puerpério; Identificar os fatores determinantes para a não adesão ou o desmame precoce do aleitamento materno; Avaliar os efeitos da utilização, no pré-natal e puerpério, de tecnologia educativa na autoeficácia materna com a amamentação; Avaliar a interação dinâmica entre mãe-filho durante o processo de amamentação, orientado pela Escala interativa de amamentação; Identificar a incidência de sintomas de ansiedade e depressão em gestantes; Identificar a incidência de sintomas de ansiedade e depressão em puerpéras durante o processo de amamentação; Comparar as taxas de puerpéras com sintomas de ansiedade e depressão que receberão intervenção educativa sequenciadas (grupo intervenção) para a promoção do aleitamento materno no pré-natal e puerpério das mães que não receberão (grupo controle); Avaliar sintomas de ansiedade e depressão entre as mães que realizaram ou não aleitamento materno exclusivo até os seis meses pós parto.

O (a) pesquisador(a) responsável por essa pesquisa é Jussielly Cunha Oliveira, ela é Professora, do Campus Prof. Antonio Garcia Filho – Lagarto/SE, departamento de Enfermagem, e professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ PPGEN, da Universidade Federal de Sergipe.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la.

As informações serão obtidas da seguinte forma: sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder, individualmente, questionários com questões sobre dados socioeconômicos, obstétricos e de amamentação. Bem como às questões presentes em instrumentos validados que avaliam a autoeficácia materna, a interação dinâmica entre mãe-filho durante o processo de amamentação, e a ansiedade e depressão. em seguida, você e outras participantes que aceitarem participar do estudo serão alocadas através de um programa de computador chamado randon.org para ficar em um de dois grupos. caso você participe do grupo intervenção, você participará de um acompanhamento utilizando um álbum seriado para melhoria da autoeficácia materna em amamentar, além das orientações de rotina sobre

aleitamento materno ofertadas em seu acompanhamento pré-natal pelos profissionais de saúde que as acompanham; esse acompanhamento ocorrerá presencialmente durante o terceiro trimestre do pré-natal e no pós-parto (no caso da impossibilidade de um encontro presencial, será feito contato telefônico) com 7, 30, 90 e 180 dias após o parto. caso participe do grupo controle, você receberá orientações de rotina sobre amamentação em seu acompanhamento pré natal pelos profissionais de saúde que as acompanham, ou seja, sem intervenção do álbum seriado pela pesquisa, e responderá os questionários no puerpério (no caso da impossibilidade de um encontro presencial, será feito contato telefônico) com 7, 30, 90 e 180 dias após o parto.

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Dessa forma, essa pesquisa possui riscos qualificados como mínimos, não possuindo riscos de ordem física, intelectual, social, cultural, ou espiritual para as mulheres, porém possui de ordem psíquica, podendo gerar possíveis constrangimentos ao responder alguma pergunta que conste nos instrumentos de coleta de dados, levando a algum desconforto ao acessar lembranças; desconforto ao revelar pensamentos, avaliar o aspecto psíquico e sentimentos nunca revelados e/ou cansaço devido ao tempo para responder o questionário, mas esses riscos serão superados, pois o pesquisador ofertará total suporte durante o preenchimento dos mesmos.

Para evitar e/ou minimizar os possíveis riscos, os pesquisadores assegurarão a confidencialidade e a privacidade, uma vez que os questionários não serão identificados pelo nome para que seja preservado o anonimato da participante, bem como os dados serão arquivados em local protegido por senha de acesso exclusivo pelos pesquisadores; a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Para a aplicação dos instrumentos será combinado o melhor local para a entrevistada, seja em seu domicílio ou na UBS, com agendamento prévio por contato com o agente comunitário de saúde e/ou telefônico. Os indivíduos serão esclarecidos previamente acerca da pesquisa.

Os possíveis benefícios da sua participação serão indiretos/diretos, uma vez que poderá ajudar aos pesquisadores ampliar os conhecimentos acerca da amamentação entre lactantes, promovendo maiores chances de conseguirem realizar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Além disso, com os resultados pesquisa poderão fomentar estratégias na promoção da saúde mental, uma vez que conhecer os níveis de ansiedade e depressão durante as fases do pós-parto e amamentação exclusiva podem revelar necessidade de melhorias na assistência, a fim de disponibilizar meios de proteção à saúde mental, como também encaminhar precocemente essas mães a rede de apoio matricial caso seja evidenciado algum problema psicológico.

Assim, você está sendo consultada sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.

Você não receberá pagamentos por ser participante. Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pela pesquisadora responsável.

Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador através do(s) telefone(s) (79) 9969-3197 e/ou (82)99999-2504, pelo e-mail jussily@academico.ufs.br, e endereço Rua José Antonio Rodrigues dos Santos, número 103, CEP 49500-000, Itabaiana/SE.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br.

No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante

Eu, abaixo-assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

local e data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver): _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Código da participante: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Cor: _____ 4. Estado civil: _____

5. Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior () Outro

6. Procedência: () Lagarto/SE () Itabaiana/SE

7. Com quem reside? () Sozinho(a) () Cônjuge/Companheiro () Pais () Filhos, quantos: _____
() Outros: _____

8. Quantidade de pessoas que residem na casa: _____

9. Trabalha? () Sim () Não

10. Renda familiar:

() Menos que um salário mínimo - <R\$1 .412

() Um salário mínimo — R\$1 .412

() Mais que um salário mínimo - >R\$1 .412

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

11. Quantidade de gestações: _____

12. Quantidade de partos: _____

13. Quantidade de abortos: _____

DADOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

14. Já amamentou alguma vez? () Sim () Não, qual motivo: _____

(Caso a resposta seja sim, responda as seguintes perguntas):

15. Por quanto tempo ofertou somente amamentação durante o último filho? _____

16. Recebeu orientações sobre amamentação?

() Sim () Não Onde? Especifique: _____

17. Foi por algum profissional? () Sim () Não Qual? _____

18. Apresentou alguma dificuldade nos aleitamentos anteriores?

() Sim () Não Especifique: _____

19. Você teve alguém que te apoiasse na amamentação?

() Sim () Não Especifique: _____

20. Você tem rede de apoio para lhe ajudar após o parto?

() Sim () Não Especifique: _____

Fonte: Autora

APÊNDICE C – TERMO DE SIGILO DO PESQUISADOR PARA CONTATO TELEFÔNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Código da participante: _____

Eu, _____,
portador do RG _____, pesquisador do projeto intitulado
“DESAFIOS E AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM A
AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”, me
responsabilizo em manter o contato telefônico da participante em sigilo e apenas fornecer ao
enfermeiro pesquisador para ofertar orientações pré-estabelecidas no desenvolvimento do
estudo com a participante _____.

Assinatura do pesquisador participante

TELEFONE 1: () _____ Pertence a: _____

TELEFONE 2: () _____ Pertence a: _____

TELEFONE 3: () _____ Pertence a: _____

Participante incluído no estudo

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA CONTATO TELEFÔNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Código da participante: _____

Pesquisador(a): _____ Cidade: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Dias pós-parto: _____

TELEFONE 1: () _____ Pertence a: _____

TELEFONE 2: () _____ Pertence a: _____

TELEFONE 3: () _____ Pertence a: _____

Contato: () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º Tentativas: _____

Duração do contato: _____

Bom dia/Boa tarde/Boa noite. Tudo bem? Aqui quem fala é _____ e faço parte da equipe do projeto “DESAFIOS E AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”. Estou te ligando porque a senhora foi entrevistada por uma de nossas integrantes no postinho de saúde, aceitou participar da nossa pesquisa, e ficou de receber uma ligação para avaliarmos sua autoeficácia (confiança) em amamentar, e responder algumas perguntas sobre interação entre você e seu bebê na amamentação, lembra? A Sra. poderia responder a algumas perguntas nesse momento?

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA INTERATIVA DE AMAMENTAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Código da participante: _____

Conceitos da Teoria Interativa de Amamentação					
Itens a Escala Interativa de Amamentação	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Percepção da Mulher					
1. Eu coloco corretamente o meu bebê no peito.					
2. Eu sinto satisfação quando meu bebê fica saciado após mamar.					
3. Eu converso e olho para o meu bebê enquanto amamento.					
4. Meu bebê fica tranquilo e relaxado após mamar.					
5. Eu consigo ficar relaxada e confortável para amamentar.					
6. Eu sou capaz de posicionar meu bebê corretamente no peito.					
7. Eu consigo segurar corretamente meu bebê para amamentar.					
8. Eu consigo segurar meu bebê com a cabeça de frente para peito e o corpo próximo de mim.					
9. Eu sou capaz de explicar os benefícios da amamentação para a saúde da criança.					
10. Eu sou capaz de explicar os benefícios da amamentação para a saúde da mulher.					
11. Eu acredito que o uso de chupetas prejudica/atrapalha a amamentação.					
12. Eu acredito que minha alimentação influencia no meu leite.					
13. Eu acredito que o leite materno sustenta o bebê.					
14. Eu acredito que o tamanho das mamas e mamilos prejudica a amamentação.					
15. Eu acredito que o uso de mamadeiras prejudica/atrapalha a amamentação.					

16. Eu conheço os benefícios da amamentação para a saúde da mulher.					
17. Eu conheço os benefícios da amamentação para a saúde da criança.					
18. Eu acredito que amamentar toma muito tempo do meu dia.					
19. Eu tenho experiências positivas com a amamentação.					
20. Eu acredito que é difícil continuar a amamentar depois do retorno ao trabalho/estudo.					
Percepção da Criança	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
21. Meu bebê fica acordado e relaxado durante a amamentação.					
22. Meu bebê solta o peito espontaneamente quando saciado.					
23. Meu bebê fica irritado e chora enquanto mama.					
24. Eu sei quando meu bebê está com fome.					
25. Meu bebê fica tranquilo após mamar.					
26. Meu bebê fica relaxado após mamar.					
Condições Biológicas da Mulher	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
27. Eu sinto dor quando amamento.					
28. Eu consigo produzir leite suficiente para amamentar meu bebê.					
29. Eu acredito que cirurgias na mama interferem na amamentação.					
30. Eu acredito que o bebê mamar logo após o parto ajuda na amamentação.					
Condições Biológicas da Criança	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre

31. Meu bebê suga o meu peito corretamente.					
32. Meu bebê solta o peito frequentemente.					
33. Meu bebê mantém uma pega constante no peito.					
31. Meu bebê suga o meu peito corretamente.					
32. Meu bebê solta o peito frequentemente.					
33. Meu bebê mantém uma pega constante no peito.					
Imagem Corporal da Mulher	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre
34. Eu acho que ter mamas maiores produz mais leite.					
35. Eu acredito que a amamentação me ajuda a perder peso.					
36. Eu acho que amamentar deixa meus peitos flácidos e caídos.					
37. Eu consigo amamentar confortavelmente na presença de homens.					
Espaço para Amamentar	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre
38. Eu prefiro ordenhar meu leite e oferecer na mamadeira, quando estou fora de casa.					
39. Eu me sinto confortável em amamentar na presença de outras mulheres.					
40. Eu tenho vergonha de amamentar em locais públicos.					
41. Eu me sinto à vontade em amamentar em locais públicos.					
42. Eu cubro o meu peito quando amamento em locais públicos.					
Papel de Mãe	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre

43. Eu amamento porque sinto prazer.					
44. Eu me sinto obrigada a amamentar.					
45. Eu sinto prazer em amamentar.					
46. Eu amento porque é o melhor para o meu bebê.					
47. Eu tenho o dever de amamentar meu bebê.					
Sistemas Organizacionais de Proteção, Promoção e Apoio à Amamentação	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre
48. Eu tenho o apoio da minha família para amamentar.					
49. Eu preciso de apoio profissional para amamentar.					
50. Eu tenho apoio do meu parceiro para amamentar.					
51. Eu conheço as leis que apoiam a amamentação.					
52. Eu acho que a minha comunidade apoia a amamentação.					
53. Eu utilizo alguma rede de apoio social à amamentação.					
Autoridade Familiar e Social	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre
54. Eu mudo a minha opinião de acordo com a orientação dos profissionais de saúde.					
55. Eu me sinto influenciada pela minha família para decidir acerca da amamentação.					
Tomada de Decisão da Mulher	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen-temente	Sempre
56. Eu desejo amamentar.					
57. Eu acredito que ter experiência positiva influencia minha decisão para amamentar.					

58. Eu acho que conhecer as vantagens da amamentação ajuda na decisão para amamentar.					
---	--	--	--	--	--

FONTE: SOUZA, Cristiane Oliveira Nascimento de et al. Escala interativa de amamentação: proposição baseada na teoria de médio alcance de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 22, 2018.

ANEXO B – ÁLBUM SERIADO “EU POSSO AMAMENTAR MEU FILHO”



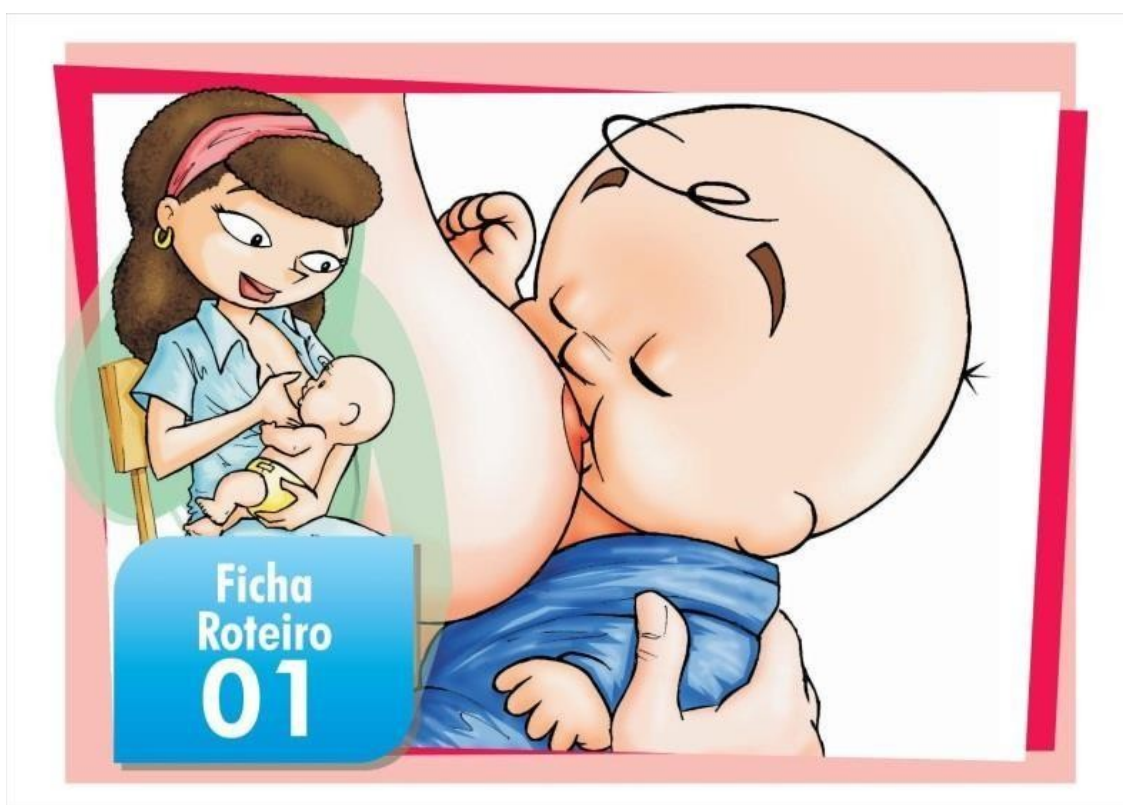
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ÁLBUM SERIADO “EU POSSO AMAMENTAR MEU FILHO”




**Ficha
Roteiro
01**
EU SEMPRE SINTO QUANDO O MEU BEBÊ ESTÁ MAMANDO O SUFICIENTE.
Perguntar:

O que vocês estão vendo na figura? (Devem olhar detalhes/cores/binômio).

Na sua opinião como essa mãe deve estar se sentindo?

E o bebê? Parece satisfeito?

Estimular um debate. O que vocês entendem por pega correta; livre demanda; leite suficiente?

Enfocar na perspectiva de que:

- Livre demanda: deixar o bebê mamar quando quiser

e pelo tempo que quiser.

- Crianças que utilizam a livre demanda, desde o nascimento, perdem menos peso do que aquelas amamentadas apenas em horários determinados.
- A amamentação deve ser **SATISFATÓRIA** e **PRAZEROSA** para mãe e filho.
- Amamentar não é doloroso; a dor indica posicionamento incorreto.

Sinais de que o bebê mama em posição adequada e (boa "pega" / "pega" correta):

Sinais de boa posição	Sinais de boa "pega"
O corpo da criança está bem junto ao corpo da mãe. Mãe relaxada e confortável	A boca está bem aberta, não se consegue ver quase nada da aréola
A criança está voltada para a mãe, de frente para ela	O lábio inferior está evertido (virado para fora)
A cabeça e o corpo da criança estão alinhados	O queixo da criança está encostado ou bem próximo à mama. Bochechas arredondadas.
A criança está completamente sustentada (nádegas apoiadas)	A mãe não sente dor nos mamilos, só umas fisgadas no começo. Amamentação com posicionamento e sucção corretos não dói.


**Ficha
Roteiro
02**
EU SEMPRE AMAMENTO MEU BEBÊ EM UM PEITO E DEPOIS MUDO PARA O OUTRO.
**DEIXAR A CRIANÇA
TERMINAR DE SUGAR
A PRIMEIRA MAMA ANTES
DE OFERECER A OUTRA.**

Perguntar:

O que vocês estão vendo na figura?

Você oferece as duas mamas?

Em que momento você faz a troca do peito?

Caso responda não; investigue o motivo. Facilidade de acomodar a criança desse lado?

Enfocar a importância da simetria, oferecendo somente um peito (este poderá ficar maior) afinal trata-se de uma glândula. Alertar quanto ao risco da outra mama ingurgitar ou até ocasionar uma mastite por acúmulo de leite.

- Em cada mamada, ambas as mamas poderão ser oferecidas, dependendo da necessidade do bebê. O bebê deve sugar o peito o tempo que desejar, soltá-lo espontaneamente para, só então, ser oferecida a outra mama. Na mamada seguinte,

começar pela mama que o bebê mamou por último.

- Crianças maiores podem querer sugar nas duas mamas em todas as mamadas. As menores podem ficar satisfeitas após sugar apenas uma, ou, então, podem sugar pouco leite da segunda. Muitas mães e crianças têm um lado “favorito”. Entretanto, se a criança sugar mais de um lado que do outro, o lado “abandonado” poderá ficar ingurgitado ou parar de produzir leite.
- A mama “favorita” poderá ficar maior. A criança pode, com frequência, obter leite suficiente apenas de uma mama. Mas, normalmente é melhor usar ambas as mamas.

Algumas mães interrompem a mamada antes que a criança termine para ter certeza de que ela pegará a segunda. Então, a criança pode receber leite do começo (anterior – rico em água) em excesso e leite do fim (posterior – rico em gorduras) em quantidade insuficiente.


**Ficha
Roteiro
03**
EU SEMPRE SEI QUANDO O MEU BEBÊ TERMINOU A MAMADA.

Perguntar: De que forma você percebe que o seu bebê terminou de mamar?

As mães devem oferecer a mama até ela esvaziar, e a outra, se ele ainda aceitar. Recomenda-se oferecer o peito até seu esvaziamento porque, ao longo da mamada, o bebê receberá todas as proteínas e fatores de proteção, eletrólitos, aminoácidos encontrados no leite no início e meio da mamada, assim como os lipídios (gordura) do leite do final da mamada.

O ideal é que o bebê solte o peito espontaneamente. Se isto não ocorrer, a mulher pode colocar a ponta do dedo mínimo na boca do bebê pela comissura labial da criança, para romper o vácuo e soltar o peito sem machucar o mamilo.

AVALIANDO O COMPORTAMENTO DO FILHO

Aceitando o peito	Ficando satisfeito
Recusando mamadeira	Criança ficando satisfeita
Mamando e sugando bem	Percebendo que o bebê
Filho mamando bastante	dorme bem
Regurgitando	Observando que a criança é
Arrotando (eructações)	tranquila, quase não chora.

AVALIANDO A SAÚDE DO FILHO

Observando que o bebê está engordando
Percebendo que o RN quase nunca adoecer
Achando a criança sadia

A amamentação está indo bem quando:

- Ganho de peso adequado: aproximadamente 20-25 gramas/dia
 - Número de mamadas em 24 horas: pelo menos 8 vezes
 - Número de fraldas molhadas em 24 horas: 6 a 8 fraldas (no mínimo)
 - Sensação de esvaziamento das mamas após o aleitamento
 - A amamentação não produz desconforto ou dor
- Pode-se ouvir a deglutição do leite durante a mamada



Ficha Roteiro 04

EU SEMPRE POSSO AMAMENTAR MESMO SE O MEU BEBÊ ESTIVER CHORANDO.

Perguntar:

E agora o que vocês percebem nessa figura?
O que você sente quando seu bebê está chorando?
Quais os motivos que deixam a criança chorosa (choro freqüente)?

- Cansaço e desconforto
- Excesso de ruído, de luz
- Fralda suja
- Desconforto físico (dor, calor, frio) ou psíquico
- Necessidade de colo, de aconhego
- Peito cheio (não consegue abocanhar o mamilo)
- Mamadas em períodos curtos, não está recebendo LM suficiente
- Alimentação da mãe que possa provocar alergia no RN (ex: excesso de leite de vaca, café, ovos, amendoim, soja, trigo, peixe, frutas secas, entre outros) e/ou uso de drogas como nicotina.

Enfocar o seguinte aspecto:

- O choro é uma manifestação normal e fisiológica, usada pelo bebê para a comunicação com seus cuidadores.
- A mãe geralmente se mostra preocupada e insegura, achando que o seu cuidado não está adequado ou que seu leite não sustenta a criança. A puérpera aflita, ansiosa fica sujeita a ações ineficazes, à formação de pensamentos angustiantes, o que cria um campo emocional tenso para ambos. A ansiedade materna interfere na produção do leite.
- Levar o lactente ao peito não tem para mãe e filho apenas o sentido de saciar a fome deste. Há muito mais do que isto,

como, por exemplo, tranquilizar o lactente, pois, seja qual for a razão de sua inquietude ou incômodo, o contato de sua boca com o seio materno e de seu corpo com o de sua mãe trazem-lhe afeto e conforto.

RECOMENDA-SE:

- Identificar a real causa do choro e procurar corrigi-la.
- Enfatizar a importância de manter a calma
- Conversar sobre o ambiente, este deve ser tranquilo, e a mãe deve estar livre de preocupações, pois a amamentação pode ser inibida nessa situação.
- Incluir o pai e/ou pessoa de apoio na avaliação e ensino do aleitamento, pois eles se tornarão um apoio importante para a mãe.
- Planejar descanso e atividade materna.
- Discutir alternativas concretas com a puérpera para solucionar a situação.

Ex: banho relaxante; higienizar o bebê; fazer uma ordenha manual para preparar a mama antes de oferecer.

- Acalmar o bebê antes de levá-lo ao peito facilita sua organização, proporcionando tranquilidade à mãe para posicioná-lo adequadamente.


**Ficha
Roteiro
05**

EU SEMPRE LIDO COM AMAMENTAÇÃO COM SUCESSO, DA MESMA FORMA QUE EU LIDO COM OUTROS DESAFIOS. (SUPERA COM SUCESSO A AMAMENTAÇÃO E AS DEMAIS SITUAÇÕES DA VIDA).

Perguntar:

Quais as atividades que Maria está realizando?

Você também realiza várias atividades em seu dia a dia?

Como organiza seu tempo?

Como se deve lidar com as atividades diárias e a amamentação?

- A nutriz interage também com elementos determinados pelo seu papel de mulher, seus projetos de vida profissional, pessoal e principalmente na sua sexualidade e com as implicações que a amamentação tem em todas as dimensões de sua vida.
- Decidir amamentar o recém nascido resulta da avaliação das necessidades deste e de si mesma. Aquilo que for interpretado como prioridade decidirá as ações a serem executadas na condução do aleitamento

materno. Dessa forma, a prioridade percebida pela mãe é que estabelece a sua decisão em continuar amamentando fazendo com que ela supere dificuldades ou, interromper a amamentação fazendo-a desistir diante de dificuldades e/ou obstáculos.

- O apoio aos casais que vivenciam o processo de lactação deve ser contínuo durante todo o período de amamentação. Para tal, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atualizados em seus conhecimentos e condutas para desenvolverem suas atividades de forma eficiente. O apoio origina-se das redes sociais as quais a mãe pertence e das que são construídas no próprio hospital.

Ficha Roteiro 06



Ficha Roteiro 06

EU SEMPRE POSSO DAR DE MAMAR CONFORTAVELMENTE NA FRENTE DE PESSOAS DA MINHA FAMÍLIA.

Perguntar:

Como ela está se sentindo com a presença da família?

E você? Como se sente quando amamenta diante de outras pessoas?

- A mulher neste período apresenta-se vulnerável às opiniões e conselhos das pessoas com as quais interage em seu meio. O companheiro, a mãe, sogra, irmãos e amigas, à medida que também observam as manifestações de comportamento do recém nascido e interação materna, avaliam a situação e emitem seu julgamento.

Amamentar também significa expor parte de seu corpo à visão pública, ainda que disfarce cobrindo a mama e o bebê com o vestuário, fraldas. Para algumas mulheres essa situação pode ser constrangedora mesmo diante do marido.

Quando a mãe está cercada de pessoas que conseguem ajudá-la e apoiá-la, sem desqualificar suas capacidades de cuidar do bebê, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentam.

Conseqüentemente, o reflexo de liberação ocorre e a produção de leite é satisfatória. Assim, é importante a existência de um ambiente familiar favorável que transmita encorajamento.

- O reflexo da ocitocina é muito mais complicado que o da prolactina. Em geral, tudo o que favoreça o bem estar e a segurança da mãe o estimulará, e tudo o que questiona (as críticas, os comentários, os gestos importunos, a intolerância ou irritabilidade ante as pequenas realidades cotidianas) terá um efeito negativo e fará com que o leite não saia, frustrando, assim, a mãe e o filho.
- A experiência de amamentar pode ser vivenciada pela mulher como uma experiência agradável, dando-lhe prazer em amamentar, achando natural e sentindo-se bem em amamentar em público, o que em primeira instância é resultado de uma atitude positiva da mãe diante da amamentação, desenvolvida pela observação de outras mães amamentando, ou ainda pela percepção da maternidade envolvendo a afetividade e a crença de que amamentação favorece a ligação e aproximação entre mãe e filho.



Perguntar:

Você amamentou anteriormente? Quanto tempo?
Conte-me como foi sua experiência anterior.

Você pretende amamentar o bebê por quanto tempo? Como vai se organizar?

De que forma amamentar seu bebê satisfaz você?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2009).

Fonte: DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, p. 225-230, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200011>. Acesso em: 27 de out. 2024.

ANEXO C – INTERVENÇÃO DE SUPORTE TELEFÔNICO PARA A AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INTERVENÇÃO DE SUPORTE TELEFÔNICO PARA A AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR

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

- Enfocar a livre demanda: o bebê pode mamar quando quiser e pelo tempo que quiser;
- Enfatizar sinais de boa posição: corpo da criança junto com o corpo da mãe, cabeça e corpo da criança alinhados; boa pega: boca aberta abocanhando toda aréola, lábio inferior evertido, queixo do bebê encostando na mama.
- Sensação de esvaziamento da mama após o aleitamento;
- Sinais que a amamentação está indo bem: ganho de peso adequado e presença de urina e fezes durante o dia.
- Bebê satisfeito (bem alimentado) apresenta braços e pernas relaxados, parece sonolento ou adormece.
- Amamentar não indica dor.

Item 2 - Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e outros desafios da vida).

- Enfocar que a nutriz além de amamentar ainda interage com elementos determinados pelo seu papel de mulher, projetos de vida profissional, pessoal e principalmente na sua sexualidade;
- Aquilo que for interpretado como prioridade decidira as ações a serem executadas na condução do aleitamento materno. Assim, a prioridade percebida pela mãe e que estabelece a decisão em continuar amamentando mesmo com as dificuldades, ou interromper a amamentação a fazendo desistir diante das dificuldades;
- Apoio ao casal que amamenta, bem como buscar suporte familiar.

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

- A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais.
- Enfocar os benefícios do aleitamento materno para a mãe: involução uterina, perda de peso, menor incidência de osteoporose, câncer de ovário e de mama; e para o bebê: reduz a ocorrência ou a gravidade de infecções do trato gastrointestinal e respiratório e o risco de desenvolver diabetes tipo I, melhor desenvolvimento cognitivo e acuidade visual.

✓ Leite materno X leite artificial

	Leite Materno	Leite Artificial
Proteínas	Quantidade adequada e fácil de digerir	Excesso, difícil de digerir
Lipídeos	Suficiente em ácidos graxos, possui lipase para a digestão.	Deficiente em ácidos graxos, não possui lipase para a digestão
Vitaminas	Suficiente	Vitaminas adicionadas
Minerais	Quantidade adequada	Parcialmente correto
Ferro	Pouca quantidade, boa absorção	Adicionado, má absorção
Água	Suficiente	Pode precisar de mais
Propriedades anti-infecciosas	Presente	Ausente
Fatores de crescimento	Presente	Ausente

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

- Orientar sobre a posição confortável da mãe, promovendo descontração e facilitando a descida do leite.

- O bebê deve ser posicionado nos braços da mãe deixando o corpo do bebê lateral a mãe (abdômen com abdômen), alinhando cabeça e membros.
- Checar se o bebê abocanha toda a aréola e não somente o mamilo.
- Manter os lábios do bebê curvados para fora ("boca de peixe"), onde ocorre o vedamento completo da boca e do peito.
- O ruído da deglutição deverá ser audível juntamente com os movimentos vigorosos da mandíbula.

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

- O aleitamento materno promove o sentimento de total realização feminina, complementando a maternidade.
- Proporciona bem-estar físico e psicológico.
- Estimula a união familiar.

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

- O choro é uma manifestação normal e fisiológica, usada pelo bebê para comunicação com seus cuidadores;
- Ao ver o bebê chorando a mãe se sente nervosa e insegura, achando que seu cuidado não está adequado e que seu leite não é suficiente. Porém essa ansiedade prejudica a produção de leite gerando um campo tensional para ambos;
- Levar a criança ao peito não significa apenas saciar sua fome, mas tranquiliza-lo, pois seja qual for a razão de sua inquietude e incômodo, o contato de sua boca ao seio materno e o de seu corpo com o de sua mãe trazem-lhe afeto e conforto;
- Recomenda-se: identificar a real causa do choro e corrigi-lo e manter a calma.
- Acalmar o bebê antes de levá-lo ao peito facilita sua organização, proporcionando tranquilidade a mãe para posicioná-lo adequadamente.

Item 7 - Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.

- Focar os benefícios da amamentação para mãe e bebê.
- Identificar fatores específicos de cada mãe que podem contribuir para o desmame precoce (trabalho, falta de confiança, questões estéticas e etc).
- Enfatizar que a mulher que está satisfeita com amamentação desenvolve a vontade de continuar amamentando.

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

- Amamentar significa expor uma parte do seu corpo a visão pública, mesmo que disfarce cobrindo com vestuário e fraldas, podendo ser constrangedor para a mãe;
- Quando a mãe está do lado de pessoas que a apoiam e ajudam sem desqualificar suas ações, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentam. Consequentemente, o reflexo de liberação ocorre e a produção de leite é satisfatória, sendo bom amamentar em um ambiente familiar favorável;
- Tudo que favorece o bem estar e segurança da mãe estimula a descida do leite, porém o que desfavorece (críticas, comentários, gestos inoportunos) apresentará efeito negativo e o leite não descerá, frustrando mãe e bebê.
- A experiência de amamentar pode ser vivenciada pela mulher como uma experiência agradável, a qual tem que manter a percepção que a maternidade envolve afetividade e a crença que a amamentação favorece a ligação e proximidade entre mãe e filho.

Item 9 - Eu sempre fico satisfeita com minha experiência de amamentar.

- A amamentação deve ser considerada um momento prazeroso para a mãe e não uma obrigação;
- Deve-se estabelecer uma relação de prazer, no qual a mãe sente-se satisfeita e realizada.

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

- Não existe um tempo médio para amamentação tendo em vista que é preconizado que a criança exerça o aleitamento materno na forma de demanda livre, podendo mamar a hora que desejar, por quanto tempo almejar.
- Após a mamada, é necessário que a mãe segure seu bebê no colo, deixando o corpo dele o mais em pé possível, com a cabeça apoiada no ombro, por cerca de dez minutos para que o bebê possa arrotar, ou seja, expelir o ar que ele ingeriu quando estava mamando.

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

- Importância da simetria, informando que deve deixar a criança terminar de sugar a primeira mama antes de oferecer a outra.
- Em cada mamada, ambas as mamas podem ser oferecidas, dependendo da necessidade de cada criança. O bebê deve sugar o peito o tempo que desejar, soltá-lo espontaneamente, para só então, ser oferecido a próxima mama.
- Na próxima mamada será oferecida a mama que o bebê mamou por último, pois o leite que saiu no início (anterior) é rico em água e o do final (posterior) é rico em gordura.
- Algumas mães e crianças têm a mama preferida, porém devem ser oferecidas as duas, pois a que ficar abandonada pode ingurgitar ou parar de produzir leite. Pode acontecer também do bebê não ganhar peso e as mães acharem que seu leite é fraco.

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

- Enfocar a livre demanda: o bebê pode mamar quando quiser e pelo tempo que quiser.
- No período noturno também se deve manter as mamadas, sem diminuir as frequências entre elas.

Item 13 - Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê.

(Organizo as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com as necessidades do bebê).

- Considerar amamentação como atividade prioritária.
- Organizar os horários das mamadas e das necessidades da mãe.
- Inserir o pai no processo de amamentação.
- Buscar apoio familiar.

Item 14 - Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada.

- A mama deve ser esvaziada completamente, pois assim sabe-se que o bebê teve acesso ao leite do início, meio e final;
- O ideal é que o bebê largue o peito espontaneamente. Se isto não ocorrer, a mulher pode colocar a ponta do dedo mínimo na boca do bebê pela comissura labial para romper o vácuo e soltar o peito sem machucar o mamilo;

- Sinais da criança aceitando o peito: recusa a mamadeira, mamando e sugando bem, mamando satisfatoriamente, regurgitando e arrotando (eructações);
- Sinais da criança ficando satisfeita: sente-se satisfeita, dorme bem, criança tranquila e quase não chora.

Fonte: CHAVES, Anne Fayma Lopes. Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: ensaio clínico randomizado controlado. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21643>. Acesso em: 31 de ago. 2022

ANEXO D – TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

- Secretaria Municipal de Lagarto - Estado de Sergipe:


PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGARTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

TERMO DE ANUÊNCIA E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA

Eu, **LOURDES GORETTI DE OLIVEIRA REIS**, Secretária Municipal de Saúde do Município de Lagarto-SE, autorizo a realização do projeto de mestrado intitulado **"DESAFIOS E AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO"** com as pacientes nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Lagarto-SE, desenvolvido pelas pesquisadoras Giovanna dos Santos Andrade, Andrêina Cristina Nascimento dos Santos e Ligia Cristinne Mota Monteiro, mestrandas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEN) da Universidade Federal de Sergipe(UFS), sob a orientação da Professora Dr^a Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues. O objetivo geral da pesquisa é avaliar o uso de uma tecnologia educativa e de uma escala interativa de amamentação para a promoção da autoeficácia materna com o aleitamento materno exclusivo. Conforme informações contidas no projeto apresentado, a coleta de dados será realizadas durante os meses de fevereiro de 2025 a janeiro de 2026 e já está aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe-Campus Lagarto (CEP UFS LAG-HUL), sob o parecer de nº 6.189.617.

Estamos cientes do seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para desenvolvê-la em conformidade às diretrizes e normas éticas. Ademais, retifico que não haverá quaisquer implicações negativas as colaboradoras que rejeitarem ou desistirem de participar do projeto.

Declaro, outrossim, na condição de representante desta instituição, conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e 510 de 07 de abril de 2016 e Norma Operacional nº 001/2013 pelo CNS.

Lagarto, 25 de fevereiro de 2025


Lourdes Goretti de Oliveira Reis
Secretária Municipal de Saúde de Lagarto

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LAGARTO
Fundu Municipal de Saúde CNPJ: 11.447.284/0001-85 | Av. Santo Antônio, 5/N, Centro | CEP 49400-000

- Secretaria Municipal de Itabaiana - Estado de Sergipe:**TERMO DE ANUÊNCIA E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA**

Eu, **EMANUELLY CARVALHO HORA**, Secretária Municipal de Saúde do Município de Itabaiana-SE, autorizo a realização do projeto de mestrado intitulado **“DESAFIOS E AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO”** com as pacientes nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Itabaiana-SE, desenvolvido pelas pesquisadoras Giovanna dos Santos Andrade, Andrêina Cristina Nascimento dos Santos e Lígia Cristinne Mota Monteiro, mestrandas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEN) da Universidade Federal de Sergipe(UFS), sob a orientação da Professora Dr^a Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues. O objetivo geral da pesquisa é avaliar o uso de uma tecnologia educativa e de uma escala interativa de amamentação para a promoção da autoeficácia materna com o aleitamento materno exclusivo. Conforme informações contidas no projeto apresentado, a coleta de dados será realizadas durante os meses de fevereiro de 2025 a janeiro de 2026 e já está aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe-Campus Lagarto (CEP UFS LAG-HUL), sob o parecer de nº 6.189.617.

Estamos cientes do seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para desenvolvê-la em conformidade às diretrizes e normas éticas. Ademais, retifico que não haverá quaisquer implicações negativas as colaboradoras que rejeitarem ou desistirem de participar do projeto.

Declaro, outrossim, na condição de representante desta instituição, conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e 510 de 07 de abril de 2016 e Norma Operacional nº 001/2013 pelo CNS.

Itabaiana, 07 de fevereiro de 2025

Emanuely Carvalho Hora
Secretária de Saúde
Portaria Nº 007/2025
Município de Itabaiana - SE

Assinatura do responsável pela instituição

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: DESAFIOS E AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA COM A AMAMENTAÇÃO:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO

Pesquisador: Jussielly Cunha Oliveira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 67780123.4.1001.0217

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto/Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.588.434

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UFS-Lag/HUL n: 12/2023

Objetivo academico: Mestrado

Orientador Pesquisador Responsável: Jussielly Cunha Oliveira

Projeto vinculado ao Departamento: Departamento de Enfermagem de Lagarto

APRESENTAÇÃO:

Justificativa da Emenda:

Necessidade em atualizar o questionário semi estruturado e o cronograma do projeto.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2466806_E1.pdf> postado em 05/05/2025).

Resumo:

Introdução: Os desafios iniciais da interação da mãe com o bebê e com a amamentação podem ser um risco à sua adesão e promoção da saúde mental. Assim, promover atitudes e resultados positivos em relação a amamentação, além de fornecer às mulheres informações sobre

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

técnicas e soluções práticas para problemas de amamentação, é um desafio para os profissionais de saúde que tem buscado utilizar tecnologias educacionais como ferramentas para a promoção do cuidado. Objetivo: Avaliar o uso de uma tecnologia educativa e de uma escala interativa de amamentação para a promoção da autoeficácia materna com o aleitamento materno exclusivo. Proposta Metodológica: Trata-se de um estudo multicêntrico, randomizado, com abordagem quantitativa, no qual será comparado dois grupos: Grupo Controle (GC) (cuidados de rotina) e Grupo Intervenção (GI) (cuidados de rotina + intervenção educativa para a promoção da autoeficácia em amamentar), sendo realizado através de busca ativa das participantes durante o pré-natal e com 7, 30, 90 e 180 dias por busca ativa em domicílio respectivamente após o parto. Resultados Esperados: Espera-se contribuir com a ampliação do conhecimento de gestantes acerca do aleitamento materno, promoção da saúde mental e efetividade do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê.

Introdução:

O leite materno é considerado o alimento mais completo por fornecer nutrição ideal para os bebês, bem como promove inúmeros benefícios a curto e longo prazo à saúde do binômio mãe-filho. Apontado como sustentáculo para o crescimento e bom desenvolvimento da criança, diversos estudos comprovam que bebês que recebem leite materno apresentam menores taxas de infecção, melhor cognição e baixo risco de obesidade quando comparados com aqueles que não foram amamentados (YASUDA et al., 2022; MARQUES et al., 2020).

Mundialmente, os benefícios do aleitamento materno (AM) tem sido amplamente documentados. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2019), é recomendado o início precoce do aleitamento materno logo após o parto, amamentação exclusiva por seis meses e, continuação do leite materno junto com alimentos complementares adequados até pelo menos dois anos de idade da criança. Entretanto, segundo Boccolini (2017), embora os índices de AM no Brasil tenham apresentado ganhos significativos ao longo do tempo a taxa de adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses corresponde apenas a 39%.

Os desafios iniciais com a amamentação podem ser um risco à adesão ao AM, sendo diretamente relacionados à alguns fatores como: baixa autoeficácia materna em amamentar, insegurança quanto à técnica de amamentação, cansaço, ausência de uma rede de apoio, entre outros desencadeadores do desmame precoce, podendo influenciar negativamente na

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)36 32-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

saúde das crianças, acarretando em graves consequências como quadros diarreicos, desnutrição grave, aumento da probabilidade de adoecimento, e consequentemente óbitos infantis (BRASIL, 2017).

O puerpério é um período no qual ocorrem alterações biopsicossociais na mulher, e tais mudanças podem ocasionar medo e ansiedade em relação as questões que envolvem sua saúde, cuidados com o recém-nascido, dentre outros aspectos que afetam não somente a puérpera, como também as suas relações familiares (PEREIRA, 2020). Por conseguinte, é válido ressaltar que, a ansiedade gestacional está intimamente ligada com o menor tempo de aleitamento materno exclusivo (ADESINSEWO et al., 2021), podendo acarretar em algumas consequências, principalmente dentro da relação mãe/bebê (AIROSA & SILVA, 2013; NADIR et al., 2015). Concomitantemente, alguns estudos apontam que, essas implicações estão relacionadas com o crescimento e desenvolvimento infantil, além de alterações de humor, que por sua vez, interferem no convívio social (BELTRAMI et al., 2013). Nesse sentido, essa fase é considerada de maior vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psiquiátricos como a depressão pós-parto (PEREIRA, 2020).

Frente a essas questões, considerando que o fenômeno da amamentação é complexo e que pode sofrer interferências biopsicossociais, culturais, econômicas e políticas, com a finalidade de descrever e explicar os fatores que antecedem e influenciam o processo da amamentação, os teóricos Primo e Brandão (2017) propuseram uma teoria de enfermagem de médio alcance intitulada como Teoria Interativa de Amamentação. Essa teoria traz em seu arcabouço elementos que contribuem com a interatividade dinâmica entre mãe e filho a qual é compreendida na percepção, julgamento, ação e reação entre a mãe e a criança durante o posicionamento na amamentação e garantida por meio da comunicação verbal e não verbal que fluem entre o binômio, predição de resultados, além de prescrever ações que forneçam o alcance dos diversos benefícios da amamentação.

Nesse contexto, os profissionais de saúde apresentam-se como elementos de suma importância na adesão ao AM, visto que possuem uma forte habilidade de influenciar nas decisões maternas sobre as práticas de alimentação infantil (CORDERO et al., 2022). Assim, faz-se relevante o fortalecimento e incentivo dos sistemas de saúde em aperfeiçoar estes profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que atuam diretamente com o manejo e cuidados nessa temática, afim de proteger, promover, apoiar e normalizar a amamentação, além de contribuir com atitudes positivas com a difusão do conhecimento sobre os benefícios da amamentação não apenas para o binômio mãe-filho (NAJA et al., 2022; FERNANDES et al.,

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

2022).

Diante disso, considerando a necessidade em fortalecer a interação dinâmica entre mãe-filho, os profissionais de saúde na intenção de promover atitudes positivas incluem informações sobre técnicas de amamentação e soluções práticas para problemas de amamentação, buscando cada vez mais desenvolver e utilizar tecnologias educacionais como ferramentas de intervenções estratégias eficazes para a promoção do cuidado. São exemplos destas tecnologias o uso de vídeos, álbuns seriados, cartilhas, jogos, websites, softwares, mensagens no celular, computador interativo, entre outras que se mostram como estratégias que facilitam o processo de ensino-aprendizagem (LI et al., 2022; SILVA et al., 2019).

No entanto, ainda que existam publicações em periódicos sobre o fenômeno da amamentação e o uso de tecnologias educativas que contribuem para o desenvolvimento e conhecimento acerca dessa prática, pesquisas documentaram que ainda persistem baixas taxas de informação, adesão e continuidade do AM, configurando-se como fatores preditores para baixa autoeficácia materna ao amamentar, e um problema que precisa de solução (BOCOLLINI et al., 2017).

Sendo assim, essa proposta de estudo torna-se relevante uma vez que entender o processo de amamentação envolve diversos fatores, portanto, acredita-se que ter instrumentos que ajudem tanto a avaliar os diversos fatores que interferem no processo de amamentação, como para promover uma educação focada e prática sobre amamentação seja antes e/ou depois do parto, pode contribuir na autoeficácia. Ademais, pretende-se investigar sintomas de ansiedade e depressão antes e depois do parto a fim de identificar a presença desses fatores como agravante durante o processo de amamentação.

Considerando o exposto e o cenário atual, esse estudo apresenta como questão norteadora: O uso de uma tecnologia educativa durante o pré-natal e pós-parto pode contribuir para a melhora da autoeficácia materna em amamentar? O uso de uma Escala interativa de amamentação contribui para identificar os fatores que interferem ou beneficiam o processo de amamentação? Sintomas de ansiedade e depressão estão presente em uma parcela significativa das gestantes? Os sintomas de ansiedade e depressão tendem a aumentar após o parto durante o processo de amamentação?

Hipótese:

HIPÓTESES NULAS:

A autoeficácia das mães que receberão intervenção educativa (grupo intervenção) será igual a

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

das mães que não receberão (grupo controle).

Taxas de ansiedade e depressão será a mesma entre as mães que receberão intervenção educativa (grupo intervenção) será igual a das mães que não receberão (grupo controle).

Taxas de ansiedade e depressão será a mesma entre as mães que amamentaram exclusivamente até os seis meses das que não amamentaram.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o uso de uma tecnologia educativa e de uma escala interativa de amamentação para a promoção da autoeficácia materna com o aleitamento materno exclusivo.

Objetivo Secundário:

Comparar a autoeficácia materna em amamentar entre as nutrizes que receberam intervenção educativa com as que não receberam;

Demonstrar os benefícios do uso de tecnologias educativas para a promoção do aleitamento materno no pré-natal e puerpério;

Identificar os fatores preditores para a não adesão ou o desmame precoce do aleitamento materno;

Avaliar os efeitos da utilização, no pré-natal e puerpério, de tecnologia educativa na autoeficácia materna com a amamentação;

Avaliar a interação dinâmica entre mãe-filho durante o processo de amamentação, orientado pela Escala interativa de amamentação;

Identificar a incidência de sintomas de ansiedade e depressão em gestantes;

Identificar a incidência de sintomas de ansiedade e depressão em puerpéras durante o processo de amamentação;

Comparar as taxas de puerpéras com sintomas de ansiedade e depressão que receberão intervenção educativa sequenciadas (grupo intervenção) para a promoção do aleitamento materno no pré-natal e puerpério das mães que não receberão (grupo controle).

Avaliar sintomas de ansiedade e depressão entre as mães que realizaram ou não aleitamento materno exclusivo até os seis meses pós parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto	
Bairro: Centro	CEP: 49.400-000
UF: SE	Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189	E-mail: cephulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

Riscos:

Os riscos aos quais as participantes estarão expostas durante a realização da pesquisa relacionados a essa pesquisa serão mínimos: possíveis constrangimentos ao responder alguma pergunta que conste nos instrumentos de coleta de dados, levando a algum desconforto ao acessar lembranças; desconforto ao revelar pensamentos, avalia o aspecto psíquico e sentimentos nunca revelados e/ou devido ao tempo para responder o questionário.

Salienta-se que para evitar e/ou minimizar os possíveis riscos, os pesquisadores assegurarão a confidencialidade e a privacidade, uma vez que o questionário não será identificado pelo nome para que seja preservado o anonimato do participante bem como arquivará os dados em local protegido por senha de acesso exclusivo pelos pesquisadores, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico e financeiro. Para a aplicação dos instrumentos será combinado o melhor local para a entrevistada, seja em seu domicílio ou na UBS, com agendamento prévio por contato com o agente comunitário de saúde e/ou telefônico. Os indivíduos serão esclarecidos previamente acerca da pesquisa. Os instrumentos serão avaliados individualmente pela pesquisadora principal e por mais dois pesquisadores que compõem a equipe do projeto, um deles com formação em psicologia. Assim, caso seja identificado sinais de ansiedade ou depressão será encaminhada pela equipe de pesquisadores que entrarão em contato com a equipe de saúde da família e referência para assistência psicológica em parceria com a secretaria de saúde do município para encaminhamento a um psiquiatra e/ou psicólogo para uma avaliação mais aprofundada. Os atendimentos funcionam através de consulta, no qual o psicólogo e o psiquiatra realizam as avaliações, como também fazem o acompanhamento, tanto tratamento medicamentoso quanto psicoterápico, conforme necessidade do profissional. Previamente, durante a autorização pelas secretarias de saúde de todos os estados envolvidos na coleta, os pesquisadores responsáveis já se certificaram da parceria e existência da contrarreferência para encaminhamento dos casos identificados como necessários para acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Em caso de determinações de órgãos de saúde ou acadêmicos que venham a impedir o estudo por algum motivo pandêmico que possa suspeitar riscos para as gestantes, puérperas e/ou pesquisadores, desistência do entrevistado ou óbito, não conseguir contato presencial ou telefônico, a pesquisa fica automaticamente suspensa.

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cephulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

Benefícios:

Os possíveis benefícios aos participantes serão indiretos/diretos, uma vez que poderão favorecer aos participantes da pesquisa ou a sociedade o ganho de conhecimento, percepção e entendimento sobre o uso das tecnologias educacionais para a promoção do AME, modificar hábitos e despertar reflexão. Os dados produzidos poderão ser utilizados como subsídio para a adoção de estratégias pelas políticas públicas junto a este segmento, a fim de e promover o processo ensino-aprendizagem e bem-estar. Além disso, com os resultados pesquisa poderão fomentar estratégias na promoção da saúde mental, uma vez que conhecer os níveis de ansiedade e depressão durante as fases do puerpério e amamentação exclusiva podem revelar necessidade de melhorias na assistência, a fim de disponibilizar meios de proteção à saúde mental, como também encaminhar precocemente essas mães a rede de apoio matricial caso tenha seja evidenciado algum problema psicológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_246 6 806 _E1.pdf) e do arquivo do projeto enviado (<Projeto_Brochura_Atualizado.docx>), postados em 05/05/2025.

TIPO DE ESTUDO:

Estudo experimental, multicêntrico, com abordagem quantitativa, do tipo ensaio clínico randomizado controlado, fundamentado nas diretrizes do Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) para intervenções não-farmacológicas.

LOCAL:

A pesquisa será realizada nos estados de Alagoas (AL), Sergipe (SE) e Piauí (PI), localizados no nordeste brasileiro, especificamente nas cidades: Arapiraca (AL), Itabaiana (SE), Lagarto (SE) e Floriano (PI), a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das referidas cidades.

A aplicação dos instrumentos de pesquisa será realizada em local definido entre a pesquisadora e a participante da pesquisa, podendo ser no próprio ambiente da UBS ou no domicílio da gestante após busca ativa.

Critério de Inclusão:

¿ Possuir idade igual ou maior a 18 anos;

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)36 32-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

- ¿ Ser alfabetizada;
- ¿ Tempo de gestação a partir de 28 semanas de gestação; ¿ Possuir ao menos um contato telefônico.

Critério de Exclusão:

- ¿ Puérperas que após o parto não estejam em condições para amamentar e/ou que fiquem impedidas de amamentar por mais de 24 horas;
- ¿ Puérperas com deficiência/transtorno mental diagnosticado e alterações de linguagem ou fala com CID, que apresentem entraves importantes na comunicação verbal para compreender e/ou responder adequadamente aos questionamentos durante as entrevistas.

POPULAÇÃO, TAMANHO AMOSTRAL E GRUPOS:

A população será composta por gestantes, cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das cidades escolhidas como local de estudo: Arapiraca (AL), Itabaiana (SE), Lagarto (SE) e Floriano (PI).

As gestantes que irão compor a amostra serão alocadas randomicamente em dois grupos, sendo estes:

Grupo 1 - Grupo Controle (GC): Grupo de gestantes que poderá receber orientações de rotina sobre amamentação em seu acompanhamento pré natal pelos profissionais de saúde que as acompanham, ou seja, sem intervenção do álbum seriado pela pesquisa.

Grupo 2 ¿ Grupo Intervenção (GI): Grupo de gestantes que receberá intervenção educativa sobre amamentação por meio de um álbum seriado pelos pesquisadores do estudo, presencialmente durante o terceiro trimestre do pré-natal e no puerpério, além das orientações de rotina sobre aleitamento materno ofertadas em seu acompanhamento pré natal pelos profissionais de saúde que as acompanham.

CÁLCULO AMOSTRAL

Para o cálculo amostral, Lui e Cumberland (1992) argumentam que para detectar o poder de teste ($1-\beta$) associado a tamanho de efeito (f^2), significância (α) fixos para ANOVA com medidas repetidas e com os graus de liberdade expressos por $(g-1)(r-1)$ e $(n-g)(r-1)$, onde g é o número de grupos e r é o número de repetições, se faz necessário a estimação por métodos numéricos da seguinte equação:

$$1-\beta = F_{\alpha, (g-1)(r-1), (n-g)(r-1)} F_{w, (g-1)(r-1), (n-g)(r-1), \alpha} dx$$

Onde $F_{\alpha, (g-1)(r-1), (n-g)(r-1)}$ é o α -ésimo percentil da distribuição F com graus de liberdade $(g-1)$

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

$(r-1)$ e $(n-g)(r-1)$ e $F_{w,(g-1)(r-1),(n-g)(r-1),\lambda}$ é a distribuição F não-central com parâmetro de não centralidade

Contudo, é necessário que o pressuposto de normalidade multivariada seja garantido ou que corriamos os parâmetros. Para que isso ocorra utilizaremos um fator de correção chamado coeficiente de correção de não-esfericidade (k). Assim, podemos estimar parâmetro de não centralidade por meio da expressão $=f2nk$, os graus de liberdade se tornam $(g-1)(r-1)k$ e $(n-g)(r-1)k$. Assim, assumindo uma ANOVA com medidas repetidas, para um tamanho de efeito pequeno ($f=0,1$) (COHEN, 1992), significância de 5%, poder de teste de 95%, 2 grupos, 4 repetições, com coeficiente de correção de não-esfericidade de 1, são necessários 216 indivíduos (108 por grupo). Este cálculo amostral foi realizado por meio do software R Core Team 2022 (Versão 4.2.0) por meio do pacote WebPower (ZHANG et al, 2018) e da função `wp.rmanova`.

GARANTIAS ÉTICAS:

Os princípios éticos serão seguidos em todas as fases do estudo. Assim, serão respeitados os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade durante todo o processo da pesquisa, não apenas no levantamento dos dados, mas também nas etapas de análise e interpretação dos dados, com o objetivo de garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos dados dos participantes da pesquisa.

Durante as reuniões dos grupos de gestantes nas UBS, será promovido às participantes da pesquisa o esclarecimento sobre a importância, objetivos e métodos a serem utilizados no estudo. Todas só participarão com livre e espontânea vontade através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem acessível, por meio do qual, após os esclarecimentos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa.

Em suma, ratifica-se o respeito à confidencialidade dos sujeitos do estudo e o compromisso com a pesquisa, garantindo que independentemente dos resultados, essa pesquisa deverá ser divulgada por meio de produções científicas e eventos afins.

PROCEDIMENTO DE CAMPO:

Estudo experimental, multicêntrico, com abordagem quantitativa, do tipo ensaio clínico randomizado controlado, fundamentado nas diretrizes do Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) para intervenções não-farmacológicas.

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

SISTEMÁTICA PARA A COLETA DE DADOS

Fase I:

A captação das participantes do estudo ocorrerá entre abril/2023 e junho/2023, durante os encontros dos grupos de gestante, na sala de espera antes da consulta de pré-natal, realizada com a ajuda dos Enfermeiros(as) ou com busca ativa em domicílio mediante ajuda dos Agentes de Saúde (ACS). Nesses encontros, será explicado a todas as gestantes a importância desse estudo, bem como seus objetivos, e em caso de aceite de participação, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Inicialmente todas as gestantes que aceitarem participar do estudo responderão a um questionário semiestruturado (APÊNDICE B), elaborado pela própria pesquisadora, investigando as seguintes variáveis: aspectos sociodemográficos (idade, cor, estado civil, escolaridade, número de moradores no domicílio, emprego, renda familiar, entre outros), e obstétricos (quantidade de gestações, partos e abortos), dados sobre amamentação anterior, além de diagnóstico médico com CID de transtorno de ansiedade ou depressão.

Ademais, será assinado pelo pesquisador um Termo de Sigilo para Contato Telefônico (Apêndice C) com solicitação e consentimento por parte da gestante que informe de até três números para contato telefônico próprio ou de familiar próximo que se sinta à vontade, para que no caso de impossibilidade de um encontro presencial, as intervenções e aplicação dos instrumentos possam ser realizadas por meio de contato telefônico.

No ensino, também será aplicado um pré-teste da escala de avaliação de autoeficácia materna em amamentar na forma reduzida Breastfeeding Self -Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) (ANEXO A) para identificar o conhecimento inicial sobre amamentação, além da aplicação da versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (ANEXO B) para identificar sinais de ansiedade, depressão e estresse no período gestacional.

Fase II:

As gestantes elegíveis serão randomizadas. Optou-se pela randomização simples, por ser o método que mais conserva a imprevisibilidade e previne o viés, podendo ser comparada ao lançamento de uma moeda, onde cada novo participante da pesquisa tem igual chance de ser alocado para o grupo de intervenção ou controle, independente de alocações anteriores (FERREIRA; PATINO, 2016). Para a geração de sequência randomizada de alocação será utilizado o programa de computador random.org. Contudo, é notório que existem diferenças entre multiparas e primíparas (ROCHA et al., 2018; SILVA et al., 2021); que devem ser consideradas antes da randomização. Sendo assim, a aleatorização será feita de forma

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

estratificada entre múltiparas e primíparas numa proporção de 1 primípara para 1 múltipara.

Fase III:

Com o intuito de realizar uma intervenção educativa para a melhoria da autoeficácia materna em amamentar, as gestantes randomizadas para o GI serão convidadas para uma educação em saúde na UBS onde receberão orientações dos pesquisadores sobre AM e intervenção por meio do Álbum seriado „Eu posso amamentar o meu filho“ (ANEXO C).

Fase IV:

Após o parto, será realizada uma busca ativa das puérperas, respectivamente com 7, 30, 90 e 180 dias, para avaliação da autoeficácia materna em amamentação, em cada encontro, tanto com GC como com GI, no qual a pesquisadora fará a aplicação da escala de Autoeficácia na Amamentação na forma reduzida BSES-SF (ANEXO B), validada no Brasil por Dodt em 2008, e da Escala interativa de amamentação (ANEXO D), produzida por Souza et al., (2018) e validada por Primo et al., (2020). Além disso, será aplicada o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) desenvolvido por Beck et al. (1990) e validado para o Brasil por Cunha (2001) (ANEXO E) a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS) (ANEXO F).

ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas serão descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual e as contínuas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. A hipótese de independência entre variáveis categóricas será testada por meio dos testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. A hipótese de aderência das variáveis contínuas a distribuição normal será testada por meio do teste de Shapiro-Wilks.

Caso confirmada, as hipóteses de igualdade de duas médias pareadas e não pareadas serão testadas por meio dos testes t para amostras pareadas e t para amostras independentes respectivamente e de três ou mais médias por meio de Análise de Variância (ANOVA) e ANOVA com medida repetida. Caso contrário, as hipóteses de igualdade de duas medianas pareadas e não pareadas serão testadas por meio dos testes de Wilcoxon e Mann-Whitney respectivamente e de três ou mais medianas por meio dos testes de Friedman, Kruskal-Wallis ou Aligned Rank Transformed ANOVA (ART-ANOVA) (WOBBROCK et al, 2011) com medidas repetidas.

Os tamanhos de efeito Eta-Quadrado e d de Cohen serão calculados para avaliar os tamanhos de efeito das diferenças observadas. Eta Quadrado pode ser interpretado tal como em Cohen (1988): negligenciável ($\eta^2 < 0,01$), pequeno ($0,01 < \eta^2 < 0,06$), médio ($0,04 < \eta^2 < 0,14$) e grande

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)36 32-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

$\wedge 20,14$) e d de Cohen tal como em Cohen (1988): negligenciável ($0,2 < d$) pequeno ($0,2 < d < 0,5$), médio ($0,5 < d < 0,8$) e grande ($d > 0,8$). O nível de significância adotado será de 5% e o software utilizado será o R Core Team 2022 (Versão 4.2.0).

Posteriormente a obtenção dos dados desta pesquisa, serão acessados artigos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), LILACS, BDENF, MEDLINE, PUBMED, que servirão de instrumento para a análise e construção da discussão dos resultados, que após serão expostos através de tabelas.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: projeto brochura_emenda; carta de emenda.
- 2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil: Não
- 3- O(A) Pesquisador(a) solicitou a dispensa do TCLE: Não

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO 1- O parecer do CEP UFS-Lag/HUL é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

RECOMENDAÇÃO 2- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 3- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da Plataforma Brasil.

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

RECOMENDAÇÃO 4- O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 5- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 6- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP/UNIFESP por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 7- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP UFS-Lag/HUL recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 8- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 9- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RECOMENDAÇÃO 10- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise ética, de acordo com as Resoluções e Normativas do Conselho Nacional de Saúde vigentes, dentre elas a Resolução 466/12, Resolução 510/16 e a Norma Operacional 01/2003, não identificamos óbices éticos nas respostas presentes no arquivo

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

"Carta_resposta_25B15D_assinado.docx" de 24/04/2025. Desse modo, nos posicionamos por parecer favorável.

ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS PENDÊNCIAS DO PARECER 7.499.715 DE 10/04/2025

PENDÊNCIA 1: Solicita-se que verifique o cronograma de execução do projeto, pois não está em consonância com o cronograma apresentado nos arquivos:

< Carta _ e m e n d a _ p r o j e t o _ a m a n t a c a o _ a s s i n a d o . p d f > e
<PPB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2466806_E1.pdf> postados em 23/01/2023. Também recomenda-se verificar o modelo disposto na Carta Circular n. 061/2012/CONEP/CNS/GB /MS, o qual foi utilizado no projeto aprovado em 18/07/23, parecer número 6.189.617.

Será anexado algum documento para a pendência 1? (X) sim () não

(Projeto_Brochura_Modificado)

Resposta da pendência 1: O cronograma do documento Projeto_Brochura_modificado , postado em 26/03/2025 (página 7) foi alterado no novo documento a ser enviado com esta carta resposta, na página 10, com realce em amarelo e em conformidade com a Carta Circular n. 061/2012/CONEP/CNS/GB /MS.

Análise da pendência 1: Atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP UFS Lag/HUL, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por aprovar a emissão de seu parecer final.

Ainda de acordo com Resolução 466/2012, em seu item IX.1 A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. E cabe ao pesquisador (Item IX.2): a. apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c. desenvolver o projeto conforme delineado; d. elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e. apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 7.588.434

momento; f. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_246_6_E1.pdf	05/05/2025 11:12:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Brochura_Atualizado.docx	05/05/2025 11:11:16	GIOVANNA DOS SANTOS ANDRADE	Aceito
Outros	Carta_resposta_25B15D_assinado.docx	24/04/2025 21:55:27	GIOVANNA DOS SANTOS ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AM_BROCHURA_MODIFICADO.docx	24/04/2025 21:54:12	GIOVANNA DOS SANTOS ANDRADE	Aceito
Outros	Carta_resposta_assinado.docx	26 /03/2025 11:06 :19	GIOVANNA DOS SANTOS ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Brochura_AM.docx	23/01/2025 12:37:34	Jussielly Cunha Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Carta_emenda_projeto_amamentacao_assinado.pdf	23/01/2025 12:35:57	Jussielly Cunha Oliveira	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_emenda_projeto_amamentacao_5B1_5D_assinado.pdf	03/12/2024 09:27:36	Jussielly Cunha Oliveira	Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIA_ASSINADA.docx	13/06 /2023 18:20:37	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO_DE_PESQUISA_ALEITAMENTO_MATERNAL_MODIFICADO.docx	13/06 /2023 17:51:14	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_CEP_UFS_lag_HUL.docx	15/05/2023 16 :02:52	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Declaração de Instituição e	termo_de_anuencia_e_existencia_de_infraestrutura_da_UFS.pdf	15/05/2023 13:26 :30	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)36 32-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL

Continuação do Parecer: 7.588.434

Infraestrutura	termo_de_anuencia_e_existencia_de_infraestrutura_da_UFS.pdf	15/05/2023 13:26:30	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_cep_pesquisadorresponsaveldaUFSJUSSIELY assinado.pdf	15/05/2023 13:25:33	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_pesquisadorassistentedaUFPI_iell en assinado.pdf	15/05/2023 13:19:56	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_pesquisadorassistente.pdf	02/03/2023 15:48:05	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROJETO_DE_PESQUISA_ALEITAMENTO MATERNO.pdf	11/01/2023 13:32:47	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicoes_e_existencia_de_infraestrutura.pdf	11/01/2023 00:11:40	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	10/01/2023 23:44:49	JESSICA LANE CABRAL SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

LAGARTO, 22 de Maio de 2025

Assinado por:
Júlia Guimarães Reis da Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro **CEP:** 49.400-000
UF: SE **Município:** LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 **E-mail:** cepulag@ufs.br