



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

ANNE FAYMA LOPES CHAVES

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA POR TELEFONE NA
AUTOEFICÁCIA, DURAÇÃO E EXCLUSIVIDADE DO ALEITAMENTO
MATERNO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO**

FORTALEZA

2016

ANNE FAYMA LOPES CHAVES

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA POR TELEFONE NA
AUTOEFICÁCIA, DURAÇÃO E EXCLUSIVIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Enfermagem do Programa de Pós-Graduação
da Universidade Federal do Ceará como
requisito parcial para aprovação no Doutorado
em Enfermagem. Área de Concentração:
Promoção da Saúde

Orientador: Profa. Dra. Mônica Oliveira a Oriá

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C438e Chaves, Anne Fayma Lopes.
Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: ensaio clínico randomizado controlado / Anne Fayma Lopes Chaves. – 2016.
110 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Promoção da Saúde.
Orientação: Profª. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.
1. Autoeficácia. 2. Aleitamento Materno. 3. Enfermagem. 4. Ensaio Clínico. 5. Telefone. I. Título.

ANNE FAYMA LOPES CHAVES

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA POR TELEFONE NA
AUTOEFICÁCIA, DURAÇÃO E EXCLUSIVIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO:
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Enfermagem do Departamento de
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.
Área de Concentração: Promoção da Saúde
Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação
em Saúde

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Presidente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro – 1ª Examinadora
Universidade de São Paulo (USP)

Profª. Dra. Dafne Paiva Rodrigues – 2º Examinador
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profª. Dra. Lorena Barbosa Ximenes - 3º Examinador
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos – 4ª Examinadora
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro – 1º Suplente
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra Ana Izabel Nicolau – 2º Suplente
Centro Universitário Estácio -FIC

À minha amada filha Ana Júlia!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Amado Deus, por ter estado ao meu lado em todos os momentos da minha vida, abrindo o caminho e permitindo que tudo transcorresse bem, no momento Dele.

Ao meu querido esposo, George Chaves, pelo enorme carinho e companheirismo que sempre tem comigo! Por ter sido pai e mãe nos momentos em que tive que estar ausente para a conclusão dessa etapa! Por ser um paizão para minha pequena! Divido esse título com você meu amor!

À minha pequena e amada Ana Júlia, que, surgiu no meio dessa etapa, mas que em nenhum momento me atrapalhou, pelo contrário, me deu forças para seguir e alcançar esse sonho! Duas cabeças pensaram mais que uma, e cheias de amor, os pensamentos foram mais fortes! Amo você minha pequena!

À minha família querida, em especial à minha mãezinha companheira, que, embora já soubesse que me ama, pude compreender a amplitude desse amor depois que também fui mãe! Obrigada pelo apoio, por ter sido mãe, avó e babá!

À minha segunda família Chaves que tanto amo, sempre muito presente e torcendo por meu sucesso! Em especial à minha querida sogra, que em seus atos demonstra um enorme carinho por essa filha aqui, sempre preocupada quando eu iria concluir. Pronto sogrinha, terminei!!! Agradeço também por ter me ajudado ficando com minha pequena nos momentos que mais precisei, você é uma avó maravilhosa!

Ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFC, pelos ensinamentos recebidos;

À coordenadora de pesquisa do Hospital Gonzaga Mota de Fortaleza por ter se mostrado sempre receptiva e disposta a colaborar com a operacionalização da pesquisa;

Aos demais profissionais da unidade que de alguma forma contribuíram com as etapas presenciais da pesquisa;

Aos componentes da Banca Examinadora pela disponibilidade e pelas enriquecedoras contribuições;

À bolsista de Iniciação Científica Bárbara Brandão e a enfermeira Dharlene Giffoni pela importante ajuda na coleta de dados;

Às colegas Hilana Dodou e Livia Damasceno, presentes do NEPPSS, por todas as angústias divididas durante as etapas desta pesquisa. Foi muito bom dividir essa pesquisa com vocês!

Às superpoderosas Hérica Cristina e Rebeca Rocha! Pela amizade e companheirismo, por me acalmarem diante das angústias e por estarem sempre dispostas a tirar minhas dúvidas e contribuir para esse trabalho.

Às também sempre amigas Estrelas. Amizades conquistadas desde o terceiro ano e vamos aos poucos “virando gente” e torcendo umas pelas outras a cada conquista! Obrigada pelo enorme carinho de vocês meninas!

Às pacientes que participaram da pesquisa, especialmente aquelas que acompanhei de perto e que, fidelizadas, cuidaram de mim enquanto grávida tanto quanto cuidei delas;

À minha orientadora, Dra. Mônica Oriá, que ao longo desses mais de cinco anos de convivência, contribuiu não somente com a minha formação profissional, mas também pessoal. Obrigada pelo apoio, pelos ensinamentos e por todas as palavras sabiamente empregadas em todos os momentos da nossa convivência! Serei eternamente grata!

RESUMO

Objetivou-se avaliar o efeito de uma intervenção educativa por telefone para a melhoria da autoeficácia materna em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno. Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado Controlado no qual foram comparados dois grupos: Grupo Controle (GC) (cuidados de rotina) e Grupo Intervenção (GI) (cuidados de rotina + intervenção educativa para a promoção da autoeficácia em amamentar, seguindo os princípios da Entrevista Motivacional (EM), com o uso do telefone sendo realizados contatos com 7, 15 e 30 dias pós-parto). Estudo desenvolvido em Fortaleza-CE, no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana entre maio e agosto de 2015. Ao final, obteve-se uma amostra de 85 lactantes aos dois meses pós-parto, sendo 41 no GI e 44 no GC e 77 lactantes aos quatro meses pós-parto, sendo 39 no GI e 38 no GC. O estudo foi desenvolvido em três fases: 1. Linha de Base; 2. Intervenção; 3. Avaliação dos desfechos aos 2 e 4 meses pós-parto. Para a coleta de dados, na Fase 1, utilizou-se o Formulário de caracterização das lactantes e a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF)*; na Fase 2, para a intervenção foi utilizado formulário contendo dados sobre o tipo de dieta da criança e itens abordados na sessão. Foi utilizado um formulário para guiar a intervenção quanto a abordagem da EM. E para utilizar a técnica de informar da EM utilizou-se um instrumento baseado nos 14 itens da BSES-SF e do Álbum Seriado “Eu posso amamentar meu filho”; na Fase 3 foi aplicado um formulário contendo o tipo de aleitamento materno, duração e exclusividade da amamentação e foi novamente aplicado a BSES-SF. Os dados foram analisados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 para Windows. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob protocolo 1.026.156 e registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC). Quanto a caracterização, os grupos eram semelhantes ($p>0,05$), com exceção do estado civil ($p=0,018$). Na avaliação intergrupo da autoeficácia foi visto que a mediana dos escores da escala de autoeficácia em amamentar foi a mesma aos dois meses em ambos os grupos ($p=0,773$), no entanto, aos quatro meses o GI apresentou níveis mais elevados em comparação com o GC ($p=0,011$). Na avaliação intergrupo da duração do aleitamento materno evidenciou-se que a intervenção educativa foi capaz de manter o AM até dois meses de forma significativa ($p=0,035$) no GI, enquanto que no GC houve uma queda. Em relação ao quarto mês, também foi possível perceber que o GI manteve maior duração do AM do que o GC ($p=0,109$). Em relação a avaliação intergrupo da exclusividade do aleitamento materno foi visto que o GI e o GC apresentaram pequenas diferenças em relação a exclusividade aos dois e quatro meses ($p=0,983/p=0,573$). Foi possível observar que as mulheres com alta escolaridade e as que amamentaram imediatamente após o parto apresentam maiores chances de amamentar por mais tempo. E que as mulheres que vivem com o parceiro têm mais chance de praticar aleitamento materno exclusivo aos quatro meses. Dessa forma, os dados evidenciaram que a aplicação de intervenção educativa realizada pela enfermeira via telefone centrada na autoeficácia em amamentar e utilizando a entrevista motivacional eleva a autoeficácia das mães em amamentar, aumenta a duração do AM, porém não impacta na exclusividade do AM.

Palavras-chave: Autoeficácia. Aleitamento Materno. Enfermagem. Estudos de Intervenção. Telefone.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effects of an educational intervention by telephone to improve maternal self-efficacy in breastfeeding, its duration and exclusivity. This is a Randomized Controlled Clinical Trial that compared two groups: Control Group (CG) (routine care) and Intervention Group (IG) (routine care + educational intervention to promote breastfeeding self-efficacy, following the principles of Motivational Interviewing (MI) by phone, with contacts being held 7, 15 and 30 days after delivery). Study conducted in Fortaleza-CE, Brazil, at the Gonzaga Mota District Hospital in Messejana between May and August 2015. At the end, we obtained a sample of 85 nursing mothers at the second month postpartum, with 41 in the IG and 44 in the CG, and 77 nursing mothers at the fourth month postpartum, 39 in IG and 38 in CG. The study was conducted in three phases: 1. Baseline; 2. Intervention; 3. Evaluation of outcomes at second and fourth month postpartum. For data collection in Phase 1, we used the Form for characterization of nursing mothers and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF); in Phase 2, for the intervention, we applied a form containing data about the child's diet and type of items covered in the session. A form was applied to guide the intervention on the MI approach. Furthermore, to implement the MI technique to inform, it was used an instrument based on the 14 items of the BSES-SF and the Serial Album "I can breastfeed my child"; in Phase 3, it was applied a form containing the type of breastfeeding, its duration and exclusivity, along with the BSES-SF. Data were analyzed through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0 for Windows. Research Ethics Committee approved the study under protocol No. 1,026,156 and it was registered in the Brazilian Clinical Trials Registry (ReBec) platform. As for the characterization, the groups were similar ($p > 0.05$), except for marital status ($p = 0.018$). In the intergroup self-efficacy evaluation, it was identified that the median scores in the breastfeeding self-efficacy scale were the same at the second month in both groups ($p = 0.773$). Nevertheless, at the fourth month, the IG presented higher levels compared with the CG ($p = 0.011$). In the intergroup evaluation of breastfeeding duration, it was evidenced that the educational intervention was able to maintain significantly breastfeeding until the second month ($p = 0.035$) in the IG, while the CG presented a decrease. In the fourth month, it was also possible to identify that the IG maintained breastfeeding for a longer duration than the CG ($p = 0.109$). With regard to the intergroup evaluation of exclusive breastfeeding, it was noted that the IG and CG presented small differences in exclusivity at the second and fourth months ($p = 0.983/p = 0.573$). It was found that women with high education and who breastfed immediately after birth were more likely to breastfeed for a longer period. Additionally, women living with a partner are more likely to practice exclusive breastfeeding at the fourth month. Therefore, data showed that the implementation of educational intervention carried out by nurses via telephone focused on breastfeeding self-efficacy and through motivational interviewing increases the self-efficacy of mothers to breastfeed, as well as the duration of breastfeeding, but does not impact its exclusivity.

Keywords: Self Efficacy. Breast Feeding. Nursing. Clinical Trial. Telephone.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados Lilacs, Pubmed/[Medline, Scopus e Cochrane de acordo com os critérios de inclusão e exclusão propostos. Fortaleza - CE, 2016.....	25
Quadro 2	– Caracterização dos estudos de acordo com os procedimentos metodológicos. Fortaleza-CE, 2016.....	26
Figura 1	– Representação gráfica das etapas da coleta de dados. Fortaleza – CE, 2015.....	50
Figura 2	– Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza-CE, 2015.....	60
Gráfico 1	– Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza - CE, 2015.....	64
Gráfico 2	– Comparação da mediana do escores de autoeficácia em amamentar intragrupo com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2015.....	65
Gráfico 3	– Comparação dos grupos de acordo com a duração do aleitamento materno. Fortaleza - CE, 2015.....	66
Gráfico 4	– Comparação da duração em amamentar intragrupo com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2015.....	67
Gráfico 5	– Comparação dos grupos de acordo com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza - CE, 2015.....	68
Gráfico 6	– Comparação da exclusividade do aleitamento materno intragrupo com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2015.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Efeitos das Intervenções Educativas por telefone na duração e exclusividade da amamentação. Fortaleza - CE, 2016.....	29
Tabela 2	– Distribuição dos dados segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza - CE, 2015.....	61
Tabela 3	– Distribuição dos dados segundo os antecedentes obstétricos. Fortaleza - CE, 2015.....	62
Tabela 4	– Distribuição do comparativo entre grupos da mediana dos dias pós-parto durante avaliação dos desfechos aos dois e quatro meses. Fortaleza – CE, 2015.....	63
Tabela 5	– Identificação dos fatores relacionados a duração do aleitamento materno. Fortaleza-CE, 2015.....	70
Tabela 6	– Identificação dos fatores relacionados a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza - CE, 2015.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DSS	Determinante Social em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EM	Entrevista Motivacional
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ECRC	Ensaio Clínico Randomizado Controlado
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
IC	Intervalo de Confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
Mesh	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratios
PBE	Prática Baseada em Evidências
RN	Recém-Nascido
RR	Risco Relativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Organização das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Geral.....	21
2.2	Específico.....	21
3	HIPÓTESE.....	22
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
4.1	Revisão sistemática das intervenções que utilizaram telefone para promoção do aleitamento materno.....	23
4.1.1	Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa.....	25
4.1.2	Avaliação dos Efeitos das Intervenções por Telefone.....	28
4.1.3	Efeitos das intervenções na duração do aleitamento materno.....	30
4.1.4	Efeitos das intervenções na exclusividade do aleitamento materno.....	32
4.1.5	Considerações Finais da Revisão.....	33
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
5.1	Autoeficácia em Amamentar e a Promoção do Aleitamento Materno.....	35
6	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	42
6.1	O uso da Entrevista Motivacional para promoção da saúde.....	42
7	METODOLOGIA.....	46
7.1	Tipo de Estudo.....	46
7.2	Local do Estudo.....	47
7.3	População e Amostra.....	47
7.4	Cálculo da amostra.....	49
7.5	Operacionalização da coleta de dados.....	49
7.6	Cegamento.....	54
7.7	Definição operacional das variáveis.....	54
7.7.1	Variável dependente (desfecho)	54
7.7.2	<i>Variáveis independentes (explanatórias)</i>	56
7.8	Instrumentos de coleta de dados.....	56
7.9	Análise dos dados.....	57
7.10	Aspectos éticos.....	57

8	RESULTADOS	59
8.1	Captação das lactantes.....	59
8.2	Caracterização sociodemográfica e obstétrica.....	61
8.3	Efeito da intervenção educativa por telefone na autoeficácia materna em amamentar	63
8.4	Efeito da intervenção educativa por telefone na duração e exclusividade do aleitamento materno.....	65
8.5	Avaliação dos fatores relacionados a duração e exclusividade do aleitamento materno.....	69
9	DISCUSSÃO.....	73
9.1	Caracterização das participantes e sua relação com o processo de autoeficácia.....	73
9.2	Efeitos da Intervenção Educativa para Autoeficácia em Amamentar, Duração e Exclusividade do Aleitamento Materno.....	74
9.3	Avaliação dos fatores relacionados a duração e exclusividade do Aleitamento Materno.....	80
10	CONCLUSÃO.....	82
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
12	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	85
13	RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	86
	REFERÊNCIAS.....	87
	Apêndices	95
	Anexos.....	108

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é considerado o método mais econômico, sensível e eficaz na redução da morbimortalidade infantil, além de promover impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê (BRASIL, 2009a).

Estimativas de ações na área da saúde da criança mostram que a promoção do AM, em especial o exclusivo, é a intervenção isolada com maior potencial na diminuição da mortalidade infantil (TOMA; REA, 2008).

As vantagens da amamentação para a saúde da criança têm sido reiteradas em diversas realidades socioculturais, mostrando que sua prática contribui para redução dos internamentos por doenças diarreicas (BOCCOLINI; BOCCOLINI, 2012), ocorrência ou gravidade de infecções do trato gastrointestinal (TOMA; REA, 2008) e dermatite atópica (STRASSBURGER; VITOLO; BORTOLINI *et al.*, 2010). Além disso, há evidências que na mãe promove redução do peso no puerpério, menor risco de desenvolver câncer de mama e óbito por artrite reumatóide (TOMA; REA, 2008).

Em face dessas vantagens relacionadas ao leite materno, organizações internacionais e nacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS), recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do bebê e complementado até o segundo ano ou mais (WHO, 2009; BRASIL, 2009a).

Diversas ações têm sido realizadas no intuito de promover o AM e prevenir o desmame precoce. Em 1990, a OMS e a UNICEF criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no intuito de promover, proteger e apoiar o AM através da efetiva participação dos serviços de saúde (SOUSA; COSTA, 2013). Em 1992, essa estratégia foi inserida no Brasil, cuja estratégia reconhece as maternidades que trabalham com excelência na promoção do AM, capacitam funcionários e preconizam mudanças nas rotinas e condutas, com vistas a prevenir o desmame precoce (BRASIL, 2011a).

Outra estratégia a qual também busca melhorar o AM consiste no Método Canguru, o qual é específico para recém-nascidos (RN) de baixo peso. Esse método busca favorecer o contato pele a pele e, conseqüentemente, o estímulo lácteo, o qual favorece o vínculo mãe-bebê e amamentação (BRASIL, 2011b).

Sabendo da importância e da participação da atenção primária para o sucesso da amamentação, em 1999 foi desenvolvida a Iniciativa Unidade Básica Amiga da

Amamentação (IUBAAM), a qual busca a realização de estratégias e procedimentos na rede básica que favorecem a duração do AM (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Em 2008, o MS, consolidou a Rede Amamenta Brasil, com a proposta de educação permanente dos profissionais de saúde para incentivo ao AM de forma interdisciplinar no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2008). Outra estratégia relevante consiste na Rede Brasileira de Banco de Leite Humano, cuja principal ação é apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos, porém, além de prolongar a amamentação, as mães aprendem a identificar o excesso de leite e tornam-se doadoras.

A “Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis” foi uma nova estratégia desenvolvida em 2010 para impulsionar os índices de AME por seis meses, buscando ofertar dispositivos a mulher para favorecer sua opção de amamentar (BRASIL, 2010).

Para ampliar e assegurar ainda a assistência na área materno-infantil, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, que propõe uma rede de cuidados que assegura as mulheres o direito ao planejamento familiar, atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2012).

Por fim, em 2012, a proposta foi de integração da Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional de Promoção da Saúde. Essa estratégia tem o intuito de reforçar e incentivar a promoção do AM e de uma alimentação saudável. Logo, acredita-se que os profissionais da atenção primária estejam preparados para receber, orientar e apoiar (BRASIL, 2012a).

Em consequência das ações da Política Nacional de Aleitamento Materno, a prevalência do AM vem aumentando nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal de forma significativa. A duração mediana do AM no Brasil aumentou cerca de 1,5 mês, passando de 295,9 dias em 1999, para 341,6 dias em 2008. Em relação ao AME, constatou-se aumento de um mês na duração mediana, passando de 23,4 dias em 1999, para 54,1 dia em 2008 (VENANCIO *et al.*, 2010).

Mesmo com esses dados, a manutenção da amamentação permanece um desafio a ser alcançado. Apesar da melhora na taxa de AM nas últimas décadas, ainda são necessários esforços para que o Brasil alcance índices satisfatórios (KAUFMANN *et al.*, 2012). A Pesquisa Nacional sobre Aleitamento Materno mais recente, realizada nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal foi conduzida em 2008, e revelou que o AME em menores de seis meses era de apenas 41%, sendo a maior taxa na Região Norte (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a Região Nordeste apresentando a pior situação (37%) (VENANCIO *et al.*, 2010).

Ainda realçando as disparidades das macrorregiões, a pesquisa aponta que a Região Nordeste teve também o pior desempenho na duração do AME (8,6 dias), sendo dada ênfase a capital Fortaleza, a qual apresentou redução expressiva, passando de 63,6 dias em 1999, para 10,6 dias em 2008 (VENANCIO *et al.*, 2010).

Nesse contexto, pesquisas buscam identificar fatores condicionantes do AM, posto que esses achados poderão contribuir para implementação de medidas que visem melhorar a promoção do AM.

Embora existam evidências de fatores que protegem e promovem o AM, - tais como: educação no pré-natal, experiência anterior de amamentação positiva, consciência da mãe dos benefícios do aleitamento materno, internação em alojamento conjunto e ter realizado o AME na maternidade (ROIG; MARTINEZ; GARCIA, 2010; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009); - o AM pode sofrer influência de aspectos que interferem de forma negativa no início e na duração, a saber: maternidade precoce (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006), baixa escolaridade (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; ROIG; MARTINEZ; GARCIA, 2010), baixo nível socioeconômico (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006), trabalho fora de casa (BARGE; CARVALHO, 2011; FROTA; COSTA; SOARES, 2009; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009), baixo peso da criança (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009), uso de chupetas e suplementos (ROIG; MARTINEZ; GARCIA, 2010; FUJIMORI; MINAGAWA; LAURENTI, 2010), dificuldades no pós-parto (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; FROTA; COSTA; SOARES, 2009), pior experiência anterior de amamentação (ROIG; MARTINEZ; GARCIA, 2010), falta de suporte dos profissionais de saúde (FRAGOSO; FORTES, 2011) e a baixa autoeficácia materna (NOEL-WEISS *et al.*, 2006).

Nesse sentido os profissionais de saúde buscam entre esses fatores negativos, aqueles que são passíveis de modificação, para que possam ser submetidos a intervenções e obter resultados favoráveis na adesão e manutenção ao AM (McQUEEN *et al.*, 2011).

É nessa perspectiva que surge a autoeficácia em amamentar, a qual é definida como a confiança da mulher de que ela possui conhecimento e habilidade suficiente para amamentar seu filho com êxito (DENNIS, 1999).

Há evidências de que a autoeficácia materna tem importante associação com o início, duração e exclusividade da amamentação nas mais distintas populações de mulheres, incluindo canadenses (DENNIS; FAUX, 1999; NOEL-WEISS *et al.*, 2006; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; McQUEEN *et al.*, 2011), australianas (BLYTH *et al.*, 2002; NICHOLS *et al.*, 2009), portuguesas (ZUBARAN *et al.*, 2010), brasileiras (ORÍÁ *et al.*,

2009), porto riquenhas (TORRES *et al.*, 2003), chinesas (DAI; DENNIS, 2003), polonesas (WUTKE; DENNIS, 2007), norte-americanas negras (McCARTER-SPAULDING; DENNIS, 2010), britânicas (GREGORY *et al.*, 2008), japonesas (OTSUKA *et al.*, 2014) e turca (TOKAT; OKUMUŞ, DENNIS, 2010).

Diversos investigadores têm enfatizado a importância da autoeficácia no processo de amamentar (DENNIS, 2003; MCCARTER-SPAULDING, DODT, 2009; ORIÁ, 2010). Em estudo que envolveu 64 mulheres, descobriu-se que as gestantes sem confiança na sua capacidade de amamentar iriam desistir precocemente antes da segunda semana pós parto (RR: 2,38; IC: 95%). A mesma pesquisa ressaltou que o insucesso na amamentação é 4 a 5 vezes mais provável em mães menos confiantes (DENNIS, 2003).

Outro estudo envolvendo 198 gestantes examinou 11 variáveis psicológicas e demográficas e concluiu que a confiança na amamentação era a variável mais importante que afetava o período de duração da amamentação. Logo, percebeu-se que as mulheres com baixo nível de confiança na sua capacidade de amamentar tinham risco 3,1 vezes superior (95% IC = 1,39-6,76) de abandonarem precocemente a amamentação, em comparação com mulheres que amamentavam com confiança (DENNIS, 2003).

Estudo de coorte longitudinal realizado com mulheres de ascendência africana, o qual buscava determinar se a autoeficácia na amamentação podia prever a duração e o padrão de AM, mostrou que os maiores escores de autoeficácia foram encontrados em mulheres que estavam amamentando exclusivamente (MCCARTER-SPAULDING; GORE, 2009). Logo, evidencia-se que esse aspecto é fator importante na repercussão do AM.

Sabendo que autoeficácia é um dos aspectos passíveis de mudança por meio de ações de educação em saúde (DENNIS, 1999; DENNIS, FAUX, 1999), vislumbra-se o potencial do profissional enfermeiro na atuação dessa estratégia, buscando melhorar a confiança das mulheres em amamentar e, conseqüentemente, as taxas de AM e AME.

Nesse sentido, surgiu o interesse da pesquisadora em continuar estudo esse aspecto relevante para amamentação. A mesma já possui um aproximação com a temática desde seu mestrado, quando investigou a relação da autoeficácia em amamentar com a depressão pós-parto. Achados adicionais dessa dissertação apontaram fatores que interferem na autoeficácia em amamentar, tais como: dúvida quanto a mamada suficiente, término da mamada, timidez da amamentação frente aos parentes e manutenção do AME. Nesse sentido, buscou-se continuar abordando esse aspecto, porém dando ênfase as dificuldades apresentadas pelas puérperas.

No âmbito da amamentação o enfermeiro é responsável em prestar assistência qualificada às mulheres, iniciando sua atuação no pré-natal, permeando o puerpério imediato no AC, até o acompanhamento nas consultas de puericultura buscando a manutenção do AM, sendo importante o uso de estratégias direcionadas de educação em saúde como ferramenta eficaz na troca de conhecimento e adesão/mudança de comportamento dos pacientes.

Atualmente, na assistência à saúde, o que ajuda os profissionais na exposição dos conhecimentos e na troca de experiências são as tecnologias educativas, as quais tornam a informação mais clara e permitem uma comunicação mais eficaz.

As tecnologias educativas ajudam os profissionais em seus processos de trabalho, sendo um recurso que auxilia na assistência do paciente, proporcionando a este autonomia no seu processo saúde-doença. Sabendo que o enfermeiro desempenha papel primordial no acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, principalmente como educador em saúde, é importante que o mesmo utilize essas tecnologias para promover o AM.

Salienta-se que para o uso das tecnologias educativas faz-se necessário atentar para a escolha da tecnologia mais adequada, sendo levado em consideração o público e sua situação financeira, de modo que seja acessível para todos, de boa qualidade e de baixo custo (SOUZA; CUNHA, 2009).

Diversas tecnologias já foram utilizadas para testar seu impacto na autoeficácia em amamentar e nas taxas de AM e AME (álbum seriado, flipchart, cartilha, vídeo educativo, oficina). Dentre essas tecnologias educativas, o contato telefônico tem sido cada vez mais aceito como forma útil e benéfica de apoio ao AM (LAVENDER *et al.*, 2013).

O uso do telefone na promoção do AM justifica-se pelas vantagens relacionadas ao método, muitas vezes sendo mais atraente, acessível e menos oneroso tanto para os usuários como para a gestão. Acrescenta-se, ainda, a privacidade e individualidade dos contatos, o vínculo entre o profissional e cliente e abordagem humanizada, a qual pode ser tão eficaz na continuidade do cuidado quanto intervenções pessoalmente implementadas (KAMINER; BURLESON; BURKE, 2008).

Em uma revisão sistemática que abordou as intervenções de apoio profissional na amamentação ressaltou-se a efetividade de ações envolvendo o suporte telefônico (HANNULA; KAUNONEN; TARKA, 2008).

Pesquisa realizada no Canadá envolvendo a utilização do apoio telefônico revelou que a intervenção foi eficaz na manutenção da amamentação até três meses pós-parto e melhorou a satisfação com a experiência da lactação entre as mães estudadas (DENNIS,

2002). Porém, as ligações ocorreram por pares, de forma não padronizada, sendo limitada a uma área geográfica reduzida e com amostra homogênea.

Posteriormente, também no Canadá, no período pós-parto foi conduzido um estudo piloto utilizando um protocolo de intervenção padronizada e individualizada através de duas sessões de oficina e um contato telefônico (McQUEEN *et al.*, 2011). Este estudo mostrou maiores níveis da autoeficácia materna, duração e exclusividade da amamentação até oito semanas pós-parto para as mães que receberam a intervenção.

Diante do exposto, percebe-se que as intervenções vêm apresentando resultados positivos para a autoeficácia de AM, sendo necessário testar outros tipos de intervenções envolvendo o telefone, bem como populações distintas. Embora tenha havido um avanço na contribuição de estudos clínicos envolvendo o suporte telefônico, observa-se uma concentração de pesquisas internacionais, fazendo com que, nacionalmente, a temática ainda careça de investigação. Logo, a presente pesquisa pretende responder ao seguinte questionamento: Quais os efeitos de uma intervenção educativa realizada por telefone na autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do AM?

Assim, pretende-se defender a seguinte tese: o uso de uma intervenção educativa centrada nos princípios da autoeficácia e utilizando a entrevista motivacional realizada por meio de um suporte telefônico no período puerperal é capaz de elevar a autoeficácia materna em amamentar, aumentar a duração e exclusividade do AM.

Logo, acredita-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros da atenção básica, poderão utilizar essa tecnologia para a promoção do AM, posto ser um método de baixo custo, acessível, podendo impactar positivamente na saúde materno-infantil.

Estudos dessa natureza são relevantes, na medida em que buscam propor e avaliar a utilização de intervenções a fim de melhorar a confiança das mães em amamentar e, conseqüentemente, as taxas de AM e AME. Acredita-se que a pesquisa também possa favorecer a inserção de um novo campo de atuação para os enfermeiros, no qual eles possam exercer suas atividades fora do ambiente institucional e de maneira independente, realizando atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos.

No âmbito do desenvolvimento científico da Enfermagem, o estudo se propõe a apresentar os resultados de alto nível de evidência em relação a intervenções telefônicas até então inéditas no contexto brasileiro frente à problemática do AM.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa por telefone para a melhoria da autoeficácia materna em amamentar, duração e exclusividade do AM.

2.2 Específicos

Comparar a autoeficácia materna em amamentar entre as mães que receberam a intervenção educativa por telefone e as que não receberam.

Comparar a duração e a exclusividade do aleitamento materno entre as mães que receberam a intervenção educativa por telefone e as que não receberam.

Verificar a associação entre os escores de autoeficácia materna em amamentar com as variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos.

Identificar os fatores relacionados a duração e exclusividade do AM.

3 HIPÓTESES

Hipótese H0

- Autoeficácia das mães que participaram da intervenção educativa (grupo intervenção) será igual a das mães que não participaram (grupo controle).

- A duração da amamentação entre os filhos das mulheres que receberam a intervenção educativa (grupo intervenção) será igual à dos filhos das mulheres que não receberam (grupo controle).

- A exclusividade da amamentação entre os filhos das mulheres que receberam a intervenção educativa (grupo intervenção) será igual à dos filhos das mulheres que não receberam (grupo controle).

Hipótese H1

- Autoeficácia das mães que participaram da intervenção educativa (grupo intervenção) será maior que a das mães que não participaram (grupo controle).

- A duração da amamentação entre os filhos das mulheres que receberam a intervenção educativa (grupo intervenção) será maior que a dos filhos das mulheres que não receberam (grupo controle).

- A exclusividade da amamentação entre os filhos das mulheres que receberam a intervenção educativa (grupo intervenção) será maior que a dos filhos das mulheres que não receberam (grupo controle).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Revisão sistemática das intervenções educativas por telefone para promoção do aleitamento materno

Nos últimos anos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, têm sido frequentemente desafiados pela busca de conhecimento científico baseado em evidências, para oferecer uma melhor qualidade na assistência prestada aos pacientes. Diante desse cenário, vislumbra-se a necessidade dos enfermeiros em consumir e produzir conhecimentos específicos inerentes à natureza do seu trabalho em diferentes contextos profissionais (CROSSETTI, 2012).

Dessa forma, surge a prática baseada em evidências (PBE), a qual consiste em uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional, valores e preferências do paciente ao cuidado prestado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2012). Assim, percebe-se um movimento dinâmico que surge para ligar a teoria à prática, uma vez que objetiva reunir, aplicar e avaliar os melhores resultados de pesquisa para manter ou modificar uma conduta clínica, deixando-a mais segura, com qualidade e, se possível, de baixo custo.

A revisão sistemática, método de escolha para a PBE, consiste na combinação de evidências de múltiplos estudos que focalizam um problema específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Além de proporcionar uma síntese do estado do conhecimento de um determinado tema, a revisão sistemática pode apontar lacunas a serem preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT; BECK, 2011).

Para esta revisão, foram realizadas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2012).

Desse modo, formulou-se a seguinte questão a fim de nortear a busca na literatura: Qual a eficácia das intervenções educativas por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno em mulheres lactantes?

A seleção dos estudos foi realizada por dois autores, de forma independente e concomitante, em fevereiro de 2016, mediante do acesso *on-line* em bases de dados importantes no contexto da saúde: Cochrane, PubMed, MEDLINE, LILACS e SCOPUS.

Foram utilizados os descritores controlados presentes no DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings): estudos de intervenção (*Intervention Studies*), telefone (*Telephone*) e aleitamento materno (*Breast Feeding*). Sendo realizado o seguinte cruzamento: *Intervention Studies and Telephone and Breast Feeding*.

Para a seleção da amostra estabeleceu-se como critério de inclusão: estar publicado em inglês, português ou espanhol, ter nível de evidência 1 ou 2, ter sido publicado entre 2010 e 2015 (evidências mais recentes), ter utilizado o telefone como intervenção e ter como desfecho a duração e/ou exclusividade do AM. E como critério de exclusão: relatos de casos, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, e artigos repetidos nas bases de dados.

Considerou-se nível de evidência 1 as revisões sistemáticas ou meta-análises de ECR controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECR controlados, e de nível 2, as evidências que foram derivadas de pelo menos um ECR controlado bem delineado (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Para obter os dados dos artigos selecionados, utilizou-se um instrumento capaz de assegurar que todos os dados relevantes fossem extraídos, minimizando o risco de erros na transcrição e garantindo precisão na checagem das informações. Para tanto, foram contemplados os seguintes aspectos: título, autoria, ano/país, objetivo, metodologia, resultado e conclusão (TEIXEIRA *et al.*, 2009).

Com base nas publicações selecionadas durante a busca e obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, realizou-se a leitura do título e do resumo de cada artigo para a obtenção da amostra final, resultando uma amostra de 10 artigos. Para a síntese dos estudos selecionados utilizou-se um quadro sinóptico, que contempla os critérios estabelecidos para a seleção dos artigos (Quadro 1).

Quadro 1 - Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados Lilacs, Pubmed/Medline, Scopus e Cochrane de acordo com os critérios de inclusão e exclusão propostos. Fortaleza-CE, 2016.

Produção encontrada	LILACS (n=1)	PUBMED (n=71)	SCOPUS (n=114)	COCHRANE (n=55)	Total (241)
Motivo da Exclusão					
Outros idiomas	-	-	1	-	1
Não possui nível de evidência 1 ou 2	1	10	20	9	40
Não publicação entre 2010 e 2015	-	38	59	25	122
Não aborda a temática do estudo	-	8	11	5	24
Não usou telefone como intervenção		7	11	3	21
Duplicidade	-	-	11	12	23
TOTAL SELECIONADO	0	8	1	1	10

Fonte: Autor.

Ressalta-se que, durante o processo de busca, foi verificada grande quantidade de artigos fora da temática, sendo assuntos relacionados a fórmulas de alimentação complementar na infância, fórmula infantil, nível de obesidade na infância, depressão pós-parto, fatores de risco para diabetes gestacional e perda de peso.

Dentre os artigos excluídos por não possuir nível de evidência 1 ou 2, os mesmos caracterizavam-se como estudos transversais, qualitativos, protocolos de ECR (que ainda não apresentavam resultados) e testes pilotos de ECR.

Os estudos que foram excluídos por não utilizarem intervenções por telefone, usaram sessões de aconselhamento, intervenção educativa em um CD-ROM, ou utilizaram o telefone apenas para avaliar os desfechos. O único artigo excluído pelo idioma encontrava-se publicado em árabe.

4.1.1 Caracterização dos artigos de acordo com os procedimentos metodológicos e intervenção educativa

Para a análise dos estudos incluídos nessa revisão sistemática é necessário caracterizar os procedimentos metodológicos utilizados nos ECR, o tipo de intervenção, provedor e período de realização da intervenção, perdas amostrais e técnicas de randomização utilizadas.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos de acordo com os procedimentos metodológicos. Fortaleza-CE, 2016. N=10.

Autor	Intervenção	Avaliação do Desfecho	Amostra inicial final/ Perdas (%)	Técnica de Randomização
Efrat <i>et al.</i> ; (2015)	Ligações do terceiro trimestre da gestação até o sexto mês pós-parto por profissional consultor em lactação	72 horas, 1º, 3º e 6º mês pós-parto	289/ 117 59,55%	Randomização em blocos utilizando algoritmo computacional
Bunik <i>et al.</i> (2010)	Ligações nas duas primeiras semanas pós-parto por enfermeiros treinados	1º, 3º e 6º mês pós-parto	341/ 249 27%	Randomização em blocos com uso de envelopes lacrados.
Norzakiah <i>et al.</i> , 2013	Ligações até o sexto mês pós-parto por enfermeiros consultores em lactação	1º, 4º e 6º mês pós-parto	357/318 10,9%	Randomização em blocos, utilizando um software
Ganga <i>et al.</i> , 2015	Ligações até o quarto mês realizada por Pares	1º e 6º mês pós-parto	120/103 14,2%	Randomização em blocos, utilizando um software
Rasmussen <i>et al.</i> (2011)	Ligação no pré-parto, e no pós-parto com 24 e 72 horas realizado por um consultor em lactação	7, 30, 90 dias	50/40 20%	Houve a randomização em dois grupos: Grupo controle e Grupo intervenção.
Reeder <i>et al.</i> (2016)	Ligações até quatro meses pós-parto realizada por pares	1º, 3º e 6º mês pós-parto	1948/1885 3,2%	Randomização estratificada por idioma (inglês e espanhol) para o grupo controle, aconselhamento de baixa frequência e de alta frequência.
Fu <i>et al.</i> (2014)	Ligações até a quarta semana pós-parto realizada por enfermeiros consultores em lactação	1º, 2º, 3º e 6º mês pós-parto	724/722 0,3%	Randomização em grupo (o hospital era a unidade de randomização) com uso da tabela de números aleatórios
Carlsen <i>et al.</i> (2013)	Ligações até o sexto mês pós-parto por consultor em lactação	1º, 3º e 6º mês pós-parto	226/207 8,5%	Randomização um por um, utilizando um software de distribuição aleatória
Flax <i>et al.</i> (2016)	Sessões de aconselhamento, mensagens de texto e de voz por telefone até o sexto mês pós-parto	1º, 3º e 6º mês pós-parto	484/461 4,8%	Randomização em blocos utilizando a variável Bernoulli criada pelos pesquisadores
Pugh <i>et al.</i> (2010)	Ligações até o sexto mês por pares + visitas hospitalares e domiciliares por enfermeiros consultor em lactação	6 semanas, 3º e 6º mês pós-parto	467/328 30%	Uso de algoritmo no SPSS sendo utilizado a técnica dos envelope selado.

Em relação à população dos estudos, percebeu-se que as intervenções ocorreram tanto com mulheres ainda na gestação, como com mulheres no puerpério imediato. O pré-natal se configura como um importante momento em que diversas orientações devem ser trabalhadas com a puérpera de forma a prepará-la para vivenciar o parto, o puerpério e os cuidados com a criança, o que inclui a alimentação do recém-nascido (GANGA *et al.*, 2015;

REEDER *et al.* 2016). De acordo com Catafesta *et al.*, (2009) o período pós-parto é de maior dificuldade para as mulheres, por isso também é um período em que os profissionais de saúde devem trabalhar com estratégias de educação em saúde para a promoção do AM, sendo importante que essa educação inicie logo no puerpério imediato.

Em relação à amostra dos estudos, de modo geral, foi composta por mulheres que tiveram gestação única, com bebês saudáveis a termo, sem complicações no puerpério ou contra-indicações para amamentar e que tivesse ao menos um contato telefônico.

Outro aspecto importante a ser observado nos ECR é a perda amostral ao longo do seguimento dos estudos, uma vez que isso pode impactar na análise dos efeitos da intervenção e na comparação dos grupos. Os estudos tiveram taxas de perda, variando de 0,3% até 59,55% da amostra. Nos ECR é importante considerar a perda de amostra que pode ocorrer ao longo dos estudos, uma vez que a maioria envolve períodos longos de acompanhamento dos sujeitos, porém deve-se buscar ao máximo prevenir essa ocorrência tendo em vista que a literatura enfatiza que ECR com perdas acima de 20% não são confiáveis (NOBRE *et al.*, 2004).

Outro aspecto importante é a randomização dos sujeitos, que consiste na alocação aleatória nos grupos intervenção e controle (HULLEY *et al.*, 2008). Percebeu-se que a maioria dos estudos relatou ter utilizado técnicas de randomização (em blocos, estratificada ou em grupos) e apenas os estudos de Rasmussen *et al.* (2011) e Reeder *et al.* (2016) não referiram a técnica de randomização utilizada.

A descrição do tipo de randomização é uma informação importante para avaliação da qualidade da pesquisa, haja vista que um dos pilares para a construção de um ECR consiste na randomização. A mesma determina a formação dos grupos que serão estudados de forma aleatória ou “por sorteio”, garantindo a composição de grupos com características homogêneas. Dessa maneira, os grupos estudados tornam-se equivalentes e, portanto, ideais para comparação (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009).

Em relação ao provedor da intervenção, na maioria dos estudos (7) foram enfermeiros, com experiência clínica em amamentação e educação em saúde. Dentre esses estudos, em seis os profissionais de saúde também eram consultores em lactação certificados por órgãos internacionais, demonstrando competência para conduzir a intervenção (EFRAT *et al.*, 2015; NORZAKIAH *et al.*, 2013; RASMUSSEN *et al.* 2011; FU *et al.*, 2014; CARLSEN *et al.*, 2013).

Nos outros três estudos incluídos, a intervenção foi realizada por pares, que são mulheres que tinham experiências de sucesso com a amamentação. É importante ressaltar que

esses pares eram treinados pelos pesquisadores antes de iniciar a intervenção (GANGA *et al.*, 2015; REEDER *et al.*, 2016; PUGH *et al.*, 2010).

O suporte por pares na área da amamentação consiste em orientações e depoimentos realizados por pessoas que vivenciaram experiência positiva no processo de amamentar. Esse tipo de pesquisa vem sendo desenvolvida a nível internacional. No Brasil, existem poucos registros de estudos utilizando essa metodologia, sendo interessante o desenvolvimento de novas intervenções que utilizem esse tipo de interveniente no público brasileiro.

Em relação às informações abordadas nas ligações telefônicas estavam: apoio ao início e manutenção do AME, reforço do conhecimento do pré-natal, motivação da mulher para o AM, questões culturais e dificuldades do AM, suporte da família e retorno às atividades fora do lar, como trabalho e estudos (EFRAT *et al.*, 2015; GANGA *et al.*, 2015; PUGH *et al.*, 2010; FLAX *et al.*, 2016).

Ressalta-se que nenhum dos estudos analisados tiveram como objetivo a abordagem da autoeficácia em amamentar. Logo, percebe-se a necessidade de focar esse relevante aspecto para o processo de amamentar.

Além da intervenção educativa por telefone, alguns estudos associaram outros tipos de intervenção, como visitas aos centros de saúde (BUNIK *et al.*;2010), visita na maternidade e visita domiciliar (PUGH *et al.*, 2010), e aconselhamento presencial e mensagens de texto (FLAX *et al.*, 2016).

Os estudos dessa revisão não informaram se utilizaram referencial teórico para subsidiar as suas intervenções, somente o estudo de Bunik *et al.* (2010) referiu ter utilizado literaturas de referência sobre o AM.

Quanto ao período de intervenção, percebe-se uma grande variedade dentre os estudos: um estudo realizou a intervenção educativa até 72 horas pós parto; um realizou até duas semanas pós-parto; um até quatro semanas pós-parto; dois estudos até o quarto mês pós-parto e cinco até o sexto mês pós-parto.

4.1.2 Avaliação dos Efeitos das Intervenções por Telefone

Nesta sessão serão abordados os efeitos das intervenções educativas por telefone na duração e exclusividade da amamentação para responder a questão de pesquisa que norteou essa intervenção. É importante ressaltar que nenhum destes estudos avaliou a autoeficácia como desfecho.

Nesta revisão, optou-se por apresentar os resultados de acordo com os efeitos das intervenções para compreender melhor aqueles estudos que tiveram impacto positivo no aleitamento materno. Desse modo, esse tópico será subdividido em duas categorias: 1) Efeito das intervenções na duração da amamentação 2). Efeitos das Intervenções na exclusividade da amamentação.

Tabela 1 – Efeitos das Intervenções Educativas por telefone na duração e exclusividade da amamentação. Fortaleza-CE, 2016.

Autor	Duração do AM	Exclusividade do AM
Efrat <i>et al.</i> ; (2015)	A intervenção foi eficaz para o aumento da duração do AM no GI. O GI teve uma média de 20,2 semanas de amamentação, enquanto o GC de 13,7 semanas (p=0,024).	As taxas de AME foram mais elevadas no GI do que no GC, embora não significativo: 1º mês – 31,4% do GC e 32,4% do GI (p=0,97); 3º mês – 23,2% no GC e 30,9% no GI (p=0,35); 6º mês – 8,2% no GC e 22,2% no GI (p=0,06).
Bunik <i>et al.</i> (2010)	O GI e GC não tiveram diferenças quanto as taxas de amamentação, e a duração do aleitamento materno Taxas de AM em 0 mês: GI: 74%, GC: 74% (p=0,9), 3 meses: GI: 49%, GC: 54% (p=0,38) e 6 meses: GI: 28%, GC: 37% (p=0,16).	Não houve diferença na taxa de amamentação exclusiva entre o GI e GC: Taxas de AME em 1mês: GI: 48%, GC: 48% (p=0,82), em 3 meses: GI: 27%, GC:35% (p=0,13) e 6 meses: GI: 17%, GC: 25% (p=0,10).
Norzaki <i>ah et al.</i> , 2013	Não houve diferença significativa nas taxas de AM entre o GI e GC. Taxas de AM em 1 mês: GI= 95,8% GC= 92,6% (p= 0,304) 4 meses: GI= 90,1% GC= 87,4% (p= 0,555) 6 meses: GI= 90,6% GC = 86,1% (p= 0,276).	No primeiro mês pós-parto, a taxa de AME no GI foi maior que no GC (1º mês: GI: 84,3%; GC: 74,7% p= 0,042). As taxas de AME no quarto e sexto mês pós-parto foram semelhantes no GI e GC.
Ganga <i>et al.</i> , 2015	Não houve diferença significativa entre o GI e GC na duração da amamentação, sendo a média de 6 semanas (GI = 7,0 semanas, GC = 6,0 semanas).	Não houve diferença significativa nas taxas de AME entre o GI e o GC com 1 mês (p= 0,51) e 6 meses (p=0,51).
Rasmus <i>sen et al.</i> (2011)	A duração do AM foi 4,3 semanas mais curto no GI do que no GC. O GI teve média de 8,6 semanas de duração, e o GC 12,9 semanas (p=0,08)	A duração do AME foi 4,7 semanas mais curto no GI do que no GC. O GI teve média de 3,4 semanas de AME, e o GC 8,1 semanas (p=0,08).
Reeder <i>et al.</i> (2016)	Não houve diferença na duração do AM. O aconselhamento aumentou em 22% a probabilidade da amamentação não exclusiva com três meses no GI (RR: 1,22); 1mês (RR: 1,19); 6 meses (RR: 1,18).	Não houve diferença significativa entre o GI e GC em relação ao aleitamento materno exclusivo.
Fu <i>et al.</i> (2014)	A intervenção aumentou significativamente a duração do AM nos primeiros 6 meses (p=0,01). As taxas de AM até o sexto mês foram superiores no GI quando comparado com o GC, sendo o GI significativamente mais propenso a continuar qualquer amamentação tanto com 1 mês (GI= 76, 2% GC = 67,3% OR = 1,63 p=0,01), como com 2 meses (GI = 58,6% GC= 48,9% OR= 1,48,	Em relação ao AME, o GI foi mais propenso a continuar amamentando exclusivamente quando comparado com o GC com 1 mês (GI= 28,4% GC= 16,9% OR= 1,89 p=0,003), 2 meses (OR=1,43 p= 0,12), 3 meses (OR=1,25 p=0,43), 6 meses (OR=1,21 p=0,49), embora só tenha sido significativo no 1º mês.

	95% p =0,03).	
Carlsen et al. (2013)	A intervenção foi efetiva para aumentar a duração do AM. O AM foi mantido por uma média de 184 d (92-185 d) no GI em comparação com 108 d (16-185 d) no GC (p = 0,002).	A intervenção foi efetiva para aumentar o AME. O GI amamentou exclusivamente por uma média de 120 d (percentis 25 a 75th: 14-142 d) em comparação com 41 d (3-133 d) para indivíduos controle (p = 0,003).
Flax et al. (2016)	Não avaliou a duração do AM	As chances de AME no GI foi maior do que no GC com 3 meses (71% versus 58%, OR: 1.8 IC: 1.1-3.0 p<0,05) e 6 meses (64% versus 43%, OR: 2.4 IC: 1.4-4.0 p<0,01)
Pugh et al. (2010)	A intervenção aumentou as taxas de AM, porém não foi significativo: 6 semanas: GI teve o valores maiores de AM do que o GC (66,7% vs 56,9% p=0,05); 3º mês: (49,4% vs 40,6% p=0,07); 6º mês: (29,2% vs 28,1% p=0,46).	Não foi avaliado a exclusividade

Fonte: Autor

4.1.3 Efeitos das intervenções na duração do aleitamento materno

Dentre os estudos incluídos nessa revisão, apenas três apresentaram influenciaram na duração do AM, cinco estudos não apresentaram resultados favoráveis na duração, um estudo denotou resultados negativos no GI e um estudo não investigou esse desfecho.

Em relação aos estudos que repercutiram na duração do AM no grupo intervenção, o ECR de Fu et al. (2014) foi realizado em vários hospitais da China com uma amostra de 1446 puérperas, que receberam ligações até quatro semanas pós-parto por consultores de lactação. A duração do AM aumentou nos primeiros seis meses no GI (p=0,01).

O estudo de Efrat et al. (2015) realizou um suporte por telefone provido por consultores em lactação a 406 mulheres com ligações do pré-natal até o sexto mês pós-parto. A intervenção foi eficaz para o aumento da duração do AM no GI, com média de 20,2 semanas de amamentação, enquanto o GC com 13,7 semanas (p=0,024).

Já no estudo de Carsel *et al.* (2013) com 453 puérperas obesas, as mulheres receberam ligações por consultores em lactação até o sexto mês pós-parto. A intervenção foi efetiva para aumentar a duração do AM no GI, com média de 184 dias em comparação ao GC com média de 108 dias (p=0,002).

Diante desses achados, compreende-se que a presença dos enfermeiros consultores em lactação com vasta experiência em amamentar foi um fator contribuinte para a efetividade das intervenções.

Dentre os cinco estudos que não apresentaram impacto significativo na duração do AM, em três deles os provedores da intervenção foram os pares. O estudo de Ganga et al.

(2015) que foi um ECR realizado com 120 gestantes, em que as mulheres receberam ligações por pares até o quarto mês pós-parto mostrou que não houve diferença na duração da amamentação entre o GI e GC, com uma média de seis semanas (GI = 7,0 semanas, GC = 6,0 semanas).

O estudo de Reeder *et al.* (2016) também utilizou o aconselhamento por pares por meio do telefone a 1948 gestantes, divididas em três grupos, um controle e dois intervenções (aconselhamento de baixa frequência e de alta frequência). Não evidenciou-se diferença significativa na duração do AM entre o GI e o GC em ambos os tipos de aconselhamento.

O último estudo que utilizou o aconselhamento por pares foi o de Pugh *et al.* (2010) realizado com 467 puérperas, com ligações até o sexto mês pós-parto, associado a visitas hospitalares e domiciliares. Não houve diferença nas taxas de AM entre o GI e o GC com seis semanas pós-parto ($p=0,05$), três ($p=0,07$) e seis meses ($p=0,46$).

Na revisão em questão pode-se perceber que intervenções tendo como provedor os pares não apresentaram resultados satisfatórios quando comparado a pesquisas que envolveu outra fonte como responsável pela intervenção.

Em relação aos dois estudos que não apresentaram efeitos significativos na duração do AM e que tiveram como provedores da intervenção consultores em lactação está o estudo de Norzakiah *et al.* (2013), em que testou o suporte por telefone até o sexto mês pós-parto a 675 puérperas. Não houve diferença nas taxas de AM entre o GI e o GC (6 meses: GI= 90,6% versus GC = 86,1% $p= 0,276$).

Já o estudo de Bunik *et al.*, (2010) os enfermeiros realizaram ligações durante as duas primeiras semanas pós-parto a 590 puérperas. Observou-se que não houve diferenças significativas entre o GI e o GC quanto as taxas de amamentação e a duração do AM (1 mês: GI: 74% vs GC: 74% ($p=0,9$)).

Nesta revisão, apenas um estudo apresentou resultados negativos em relação à duração do AM no grupo intervenção, que foi o estudo de Rasmussen *et al.*, (2010). Nesse estudo, 50 puérperas obesas receberam ligações até 72 horas pós-parto por consultores de lactação. A duração do AM foi 4,3 semanas mais curto no GI do que no GC ($p= 0,08$).

Percebe-se que o estudo de Rasmussen *et al.*, (2010) teve diversas limitações que podem ter interferido nos seus resultados, como o reduzido número amostral, o público específico de obesas (obesidade já é um fator que dificulta a prática do AM) e o período do acompanhamento por telefone curto (mulheres receberam ligações somente até três dias pós-parto) não sendo suficiente para promover a manutenção do AM, uma vez que o primeiro mês

pós-parto é o período que a mulher necessita de mais suporte e apoio dos profissionais (BAKER *et al.*, 2007; KATZ, NILSSON, RASMUSSEN, 2010).

4.1.4 Efeitos das intervenções na exclusividade do aleitamento materno

Nessa revisão, quatro estudos apresentaram efeitos significativos na exclusividade do AM, quatro estudos não apresentaram resultados favoráveis na exclusividade, um não investigou esse desfecho e um estudo apresentou resultados negativos quanto a esse desfecho.

Dentre os estudos que apresentaram efeitos significativos na exclusividade está o de Fu *et al.* (2014), que foi um ECR realizado na China com uma amostra representativa de puérperas. A intervenção foi realizada por consultores até a quarta semana pós-parto. Os resultados mostraram que a intervenção aumentou o AME somente com 1 mês (GI= 28,4% GC= 16,9% OR= 1,89 p=0,003).

No estudo de Norzakiah *et al.*, (2013) o suporte por telefone realizado até o sexto mês pós-parto por consultores foi eficaz para aumentar a taxa de AME no GI somente no primeiro mês pós-parto (GI: 84,3% vs GC: 74,7% p= 0,042), embora as mulheres que receberam a intervenção também tenham sido mais propensas a continuar o AME com 4 e 6 meses pós-parto (1mês OR: 1,83; 4º mês OR:1,13; 6º mês OR: 1,04).

Outro estudo em que o suporte por telefone ocorreu até o sexto mês pós-parto foi realizado por consultores de lactação. A intervenção foi capaz de aumentar significativamente a duração do aleitamento exclusivo, com o GI apresentando média de 120 dias de AME, enquanto o GC de somente 41 dias (p=0,003), apesar da população ter sido constituída por mulheres obesas (CARSEL *et al.*, 2013).

Concordando com os achados visto na duração do AM, acredita-se que a presença dos enfermeiros consultores em lactação possa ter contribuído para a efetividade das intervenções.

O ECR realizado por Flax *et al.*, (2016) com 945 mulheres integrantes de comunidades nigerianas, testou um aconselhamento por telefone para a promoção do AM realizado por parceiros de uma organização não-governamental, associado a essa intervenção os autores utilizaram mensagens de texto e dramatizações. A intervenção foi eficaz em relação ao AME com 3 meses (71% versus 58%, p<0,05) e 6 meses (64% versus 43%, p<0,01).

Entre os quatro estudos que não apresentaram efeitos significativos na exclusividade do AM, está o estudo de Bunik *et al.*, (2010), o qual testou o suporte por telefone até duas semanas pós-parto realizado por enfermeiros a puérperas latinas. Não houve

diferença em relação a taxa de aleitamento materno exclusivo entre o GI e o GC. Dentre os fatores que podem ter contribuído para esses resultados estão as características socioculturais da população, uma vez que se trabalhou com puérperas latinas de baixa renda, sendo este um fator que contribui para o desmame precoce, além disso, apesar do provedor da intervenção ter sido enfermeiros treinados, eles não eram do mesmo país e nem da mesma realidade sociocultural das participantes do estudo.

Assim como foi evidenciado na categoria da duração do AM, os três estudos que utilizaram aconselhamento por pares para a promoção do AM também não apresentaram efeitos significativos na exclusividade do AM (GANGA *et al.*, 2015; REEDER *et al.*, 2016., EFRAT *et al.*, 2015).

No estudo de Ganga *et al.*, (2015) não houve diferença nas taxas de AME entre o GI e o GC tanto com 1 mês ($p=0,51$), quanto com 6 meses ($p=0,51$). Já no estudo de Reeder *et al.* (2016), apesar do aconselhamento de alta frequência ter aumentado em 22% a probabilidade da amamentação não exclusiva aos três meses no GI (RR: 1,22), não evidenciou-se diferença significativa na duração do AM ou no AME entre o GI e o GC em ambos os tipos de aconselhamento. Por fim, o estudo de Efrat *et al.*, (2015) apesar das taxas de AME terem sido mais elevadas no GI do que no GC, o efeito não foi significativo (3º mês – 23,2% no GC e 30,9% no GI ($p=0,35$); 6º mês – 8,2% no GC e 22,2% no GI $p=0,06$).

O único estudo que teve resultados negativos no grupo intervenção quanto a exclusividade do AM também foi o estudo de Rasmussen *et al.* (2010) com puérperas obesas. A duração do AME foi de 4,7 semanas mais curto no GI que no GC ($p=0,08$), e as taxas de aleitamento exclusivo também foram piores no grupo intervenção. Conforme mencionado na categoria anterior, esse estudo teve diversas limitações que podem ter contribuído para esses resultados, como a reduzido número amostral, a população específica e as características da intervenção.

4.1.5 Considerações Finais da Revisão

Percebeu-se por meio da análise das duas categorias que os estudos que tiveram efeitos significativos no aumento da duração ou exclusividade do AM no grupo intervenção foram ensaios clínicos bem delineados, com amostras representativas e realizados por profissionais de saúde com experiência clínica com a amamentação. Os estudos que utilizaram aconselhamento por pares, ou que tiveram limitações como amostras pequenas, e

grande perda amostral não foram eficazes para impactar na duração do AM e AME nas mulheres que participaram da intervenção por telefone.

Por meio dessa revisão, percebeu-se que muitos estudos utilizaram intervenções que tiveram continuidade no decorrer do puerpério, e que a maioria apresentou resultados positivos em relação à promoção do AM. Porém, foi possível evidenciar que somente três estudos utilizaram intervenções por telefone até o primeiro mês do puerpério, sendo que um desses estudos teve resultados positivos tanto para a duração como para a exclusividade do AM, e nos dois em que não houve impacto no aleitamento materno houve muitas limitações e fatores diferenciais que podem ter contribuído para esses resultados.

Diante do reduzido número de estudos que investigaram esse tipo de intervenção e das limitações apresentadas por estes, as evidências não são suficientes para tirar conclusões acerca desse tipo de intervenção. Assim, surge a necessidade de desenvolver um ECR bem delineado e com uma amostra representativa para investigar melhor o efeito de uma intervenção educativa, realizada até o primeiro mês pós-parto, na duração e exclusividade do AM. As características dos estudos incluídos nessa revisão, assim como as suas limitações irão contribuir para o nortear o desenvolvimento desse estudo.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Autoeficácia em Amamentar e a Promoção do Aleitamento Materno

A autoeficácia foi estudada por Albert Bandura, sendo considerada a crença na habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas tarefas ou comportamentos, com resultado desejável (BANDURA, 1997). Este autor enfatiza que as pessoas precisam de firme confiança para que possam organizar e manter determinados comportamentos.

Para explicar a autoeficácia, Bandura defende que um dos processos que pode interferir no comportamento é a motivação, sendo esta, relacionada com a atuação e persistência do comportamento. A primeira fonte de motivação é a capacidade para representar futuras consequências, ou seja, é a antecipação de que assumir um determinado comportamento acarretará em uma determinada consequência. E a segunda fonte da motivação é o tipo de objetivo que se deseja alcançar e a reação de autoavaliar seus desempenhos diante do objetivo traçado (BANDURA, 1977).

Assim, entende-se que a autoeficácia é um componente da motivação que tem importância na aquisição e mudança de comportamento. Logo, refere-se a uma análise que a pessoa faz de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio (BANDURA, 1986).

A expectativa da autoeficácia é alimentada por quatro fontes, a saber: (BANDURA, 1977):

- Experiência Pessoal – é considerada a fonte mais poderosa tendo em vista que se baseia em situações vividas pelos próprios indivíduos. As experiências de sucesso proporcionam ao indivíduo uma concretização ao sentimento de autoeficácia, enquanto que as experiências repetidas de insucesso diminuem esse sentimento. Logo, se uma mulher amamentou anteriormente e obteve sucesso, ela irá sentir-se mais segura, confiante para realizar novamente, porém, caso tenha uma experiência negativa se sentirá insegura na próxima tentativa e terá maior probabilidade de desmamar precocemente.

- Experiência Observacional – essa experiência é mais fraca que a experiência pessoal tendo em vista que o indivíduo apenas observa. Porém, acredita-se que a experiência das outras pessoas também possa ser fonte importante para o desenvolvimento da autoeficácia. Assim, quando as mulheres vivenciam a amamentação de outras mães no alojamento conjunto, ou na família/parente, elas têm a oportunidade de trocar experiências, dúvidas, buscando melhorar suas habilidades nessa prática.

- Persuasão Verbal – baseia-se na informação dada para persuadir o indivíduo a acreditar que é capaz e de que pode executar uma ação de maneira eficaz. O sucesso dessa fonte depende das características de quem vai persuadir. Logo, os profissionais de saúde das instituições que prestam assistência às mulheres que amamentam, devem realizar essa prática no intuito de reforçar a autoeficácia da mãe.

- Estado Emocional e Fisiológico – os sentimentos de ansiedade e estresse tendem a enfraquecer as expectativas de autoeficácia. Por outro lado, o estado de bem estar físico e mental tende a aumentar. Assim, temos que incentivar momentos prazerosos, sentimentos que promovam a felicidade, o bem estar dessa clientela que, por vezes, já se encontra emocionalmente abalada devido às mudanças vivenciadas.

Com efeito, Bandura notou que a autoeficácia medeia os comportamentos de saúde, pois as pessoas precisam acreditar que elas podem aderir a um comportamento saudável para que assim, possam empreender os esforços necessários para alcançá-los.

Dentro dessa perspectiva, a enfermeira canadense Cindy Lee Dennis, correlacionou os pressupostos da Teoria de Autoeficácia com o processo de AM, delineando um conceito referente à confiança da mãe na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso a amamentação (DENNIS, 1999). Assim, a confiança no ato de amamentar consiste na crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2006).

A Enfermeira Dennis (1999, p.196) fundamentou-se na Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977) para estudar a confiança da mulher no aleitamento materno, e definiu:

A autoeficácia é um processo cognitivo da confiança do indivíduo em sua habilidade percebida para regular sua motivação, processo de pensamento, estado emocional e ambiente social em realizar um comportamento específico. A autoeficácia é um fator imperativo na realização de um comportamento específico, pois ela reflete a percepção do indivíduo em relação à sua habilidade e não necessariamente suas verdadeiras habilidades. Estas percepções de autoeficácia estão relacionadas às crenças nas habilidades de realizar um comportamento específico em uma situação particular e não se refere a uma característica da personalidade que opera independentemente a fatores contextuais. Assim, as expectativas de autoeficácia de um indivíduo são diversas e específicas para cada situação.

No intuito de obter um instrumento capaz de avaliar de forma mais objetiva a autoeficácia materna na amamentação, Dennis e Faux (1999) construíram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) de modo a permitir que o profissional de saúde pudesse conhecer, previamente, a autoeficácia que cada mulher tem para a prática da amamentação.

A BSES é uma escala composta por dois domínios (habilidades técnicas e intrapessoais). O primeiro domínio enfatiza aspectos técnicos da amamentação como: posição correta, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento da boa lactação, sucção dos mamilos, término da mamada, dentre outros. O segundo domínio focaliza o desejo da mãe em amamentar, sua motivação, experiência com a amamentação, entre outros. A escala possui 33 itens e assume o padrão de resposta tipo Likert com pontuação variando de 1-5 pontos, dependendo da concordância da mãe. Assim, a pontuação final pode variar de 33 a 165 pontos, sendo as mães com maior pontuação as que possuem maior autoeficácia no ato de amamentar.

Embora a escala tenha sido desenvolvida no Canadá, a mesma já tem sido aplicada em outros países de língua inglesa (CREEDY *et al.*, 2003), chinesa (DAY; DENNIS, 2003), polonesa (WUTKE; DENNIS, 2006) e portuguesa (ORÍÁ *et al.*, 2009), sendo considerado um instrumento confiável e válido para medir a autoeficácia em amamentar.

Pesquisa que validou e traduziu a BSES para o Brasil, apontou que a mesma é a adequada para *screening* da confiança materna no seu potencial para amamentar, sendo de fácil compreensão, obtendo-se o índice de validação de conteúdo de 0,84 e o coeficiente alfa de Cronbach = 0,90 (ORÍÁ; XIMENES, 2010).

Os resultados dos estudos utilizando a BSES levaram a autora da escala a refletir sobre a presença de itens redundantes, sendo então proposta uma versão reduzida da escala - *Breastfeeding Self-EfficacyScale – Short Form* (BSES-SF), a qual é composta por 14 itens que variam de 1-5 pontos, totalizando um valor de 14-70 pontos.

O uso de ambas as escalas permite ao profissional de saúde conhecer, previamente, a confiança que cada mulher tem para a prática da amamentação. Assim, a identificação de mulheres com menores chances de amamentar, possibilita que o profissional conheça a área em que a mulher tem menor nível de confiança, possibilitando, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno, minimizando o risco de não amamentar ou desmamar precocemente (ORÍÁ; XIMENES, 2010).

O estudo que validou a BSES-SF para o Brasil concluiu que a escala é um instrumento válido para medir a confiança das mulheres brasileiras em sua capacidade de amamentar. Sendo possível de ser usada por profissionais de saúde para planejar as

intervenções orientadas para as mulheres que mais necessitam de apoio para reduzir a interrupção precocemente (DODT *et al.*, 2012).

Estudo realizado com 100 gestantes adolescentes no Canadá buscou medir a confiabilidade e validade da BSES-SF. Os resultados apontaram que a escala é um instrumento válido e confiável também entre as adolescentes, o qual pode prever o início, a duração e a exclusividade da amamentação nessa população (DENNIS, HEAMAN, MOSSMAN, 2011).

Estudos que avaliaram a autoeficácia em amamentar nas mulheres do Nordeste do Brasil mostrou que as mesmas possuem elevada autoeficácia (CHAVES *et al.*, 2012; DODT, 2008, ORIÁ, 2008). Corroborando com esses achados, pesquisa realizada no Sul do Brasil apontou mães com média e elevada autoeficácia em amamentar (RODRIGUES, 2014).

Nessa perspectiva, pesquisadores buscam explorar fatores que interferem na autoeficácia da mulher em amamentar. Um estudo chinês envolvendo 201 gestantes no pré-natal avaliou a predição da autoeficácia, e revelou que a maioria das mulheres apresentou níveis moderados de autoeficácia. Além disso, apontou como fatores predisponentes à percepção de apoio social, a experiência anterior da amamentação, a experiência anterior de assistir outras mulheres amamentarem, a decisão materna de amamentar, e a suposta atitude do marido para com a amamentação (ZHU *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada em uma maternidade pública de referência em Fortaleza, envolvendo 155 puérperas, revelou que quanto maior a idade das puérperas, mais elevada era a sua autoeficácia ($p = 0,006$) (TAVARES *et al.*, 2010). Sobre o estado civil da mãe, percebeu-se que o fato de as mães conviverem com um parceiro influencia na autoeficácia materna em amamentar, pois a participação do parceiro no apoio à essas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal favorece na duração e manutenção da amamentação (UCHÔA *et al.*, 2014).

Quanto ao aspecto financeiro, a literatura aponta que quanto maior a renda familiar mais elevada é a autoeficácia da mulher em amamentar o seu filho, o que repercute na menor chance de desmame precoce (TAVARES *et al.*, 2010).

Em relação a influência dos antecedentes obstétricos na autoeficácia em amamentar, a literatura evidencia que mulheres que realizaram mais de seis consultas apresentam maior chance de autoeficácia em amamentar (UCHOA *et al.*, 2016). Quanto ao tipo de parto, pesquisa realizada no Brasil para comparar as médias dos escores de autoeficácia em amamentar das mulheres no pré-natal e no pós-parto com as variáveis

obstétricas mostrou que mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram maior autoeficácia ($p=0,03$) (UCHOA *et al.*, 2016).

Na Região Sul do Brasil, pesquisa realizada com 322 puérperas revelou que a maioria das mulheres apresentou elevada autoeficácia para amamentação, sendo significativa a associação entre a autoeficácia em amamentar e o fato do bebê ter sido colocado para sugar após a primeira hora de vida (RODRIGUES; PADOIN; GUIDO, 2014). Em pesquisa longitudinal que comparou a autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto evidenciou também que mães que amamentaram na primeira hora de vida (sala de parto ou alojamento conjunto) apresentaram maior autoeficácia em amamentar (UCHOA *et al.*, 2016).

Diante desses achados, percebe-se o enfermeiro dever enfatizar esse aspecto relevante desde o pré-natal até o período puerperal buscando o sucesso da amamentação de suas clientes. Sendo imprescindível que o mesmo faça uso das tecnologias educativas como recurso para auxiliar na assistência a essa clientela, buscando melhores resultados na confiança, adesão e manutenção do AM.

Assim, a *Academy for Education Development* define tecnologia educativa como:

Um forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução, em termos de objetivos específicos, baseados nas pesquisas sobre a aprendizagem e a comunicação humana, empregando uma combinação de recursos humanos e materiais, com o objetivo de obter uma instrução mais efetiva (ZAMORA, 1982, p.16).

Martinez (2006) afirma que a tecnologia não se limita a um conhecimento técnico que o homem acumula, mas a mesma refere-se a capacidade e a arte de estudar, projetar, produzir ou reutilizar técnicas, equipamentos e objetos. O autor acredita que as tecnologias devem ser capazes de criar, modificar materiais, recursos, a natureza como um todo, o homem e a sociedade, por meio de suas novas ações, suportes, e, principalmente, se nela estiverem envolvidas ambas as partes (habilidade técnica e relações humanas).

Assim, percebe-se que no uso das tecnologias educativas sobressai a ideia de tecnologia como conhecimento e processo de mudança, sendo referente a tudo que foi inventado pelo homem com o objetivo de simplificar o trabalho, aprimorar as relações humanas e melhorar o ensino aprendizagem (SOUZA; CUNHA, 2009).

Nos tempos modernos, o processo de construção e organização do conhecimento precisa ser mais interativo, flexível e amplo, sendo exigido um processo educacional que promova integração dos participantes, bem como seu papel ativo, colocando-se em patamar igualitário ao do educador (DANIEL, 2003).

Em ensaio clínico realizado com 110 primíparas canadenses o qual realizou uma oficina com 2,5 horas de duração, foi encontrado melhores escores de autoeficácia e menos desmame precoce no grupo que recebeu a intervenção (NOEL-WEISS *et al.*, 2006).

Na Austrália, pesquisa que realizou intervenção educativa com 90 gestantes no terceiro trimestre utilizando uma cartilha, embasada nas quatro fontes de autoeficácia, apontou aumento significativo dos escores da BSES-SF. Ressalta-se que este achado implicou diretamente no número de dias de AM para o GI (NICHOLS *et al.*, 2009).

Estudo realizado na China avaliou os efeitos de uma intervenção centrada no AM e na autoeficácia materna em amamentar entre mães primíparas. As participantes do GI mostraram aumentos significativos da autoeficácia para amamentar, exclusividade e duração quando comparadas às participantes do grupo de controle em 4 e 8 semanas após o parto (WU *et al.*, 2014).

ECRC realizado em Ahvaz-Irã envolveu 120 mulheres grávidas nulíparas com o objetivo de determinar o efeito do programa educativo sobre a autoeficácia em amamentar e duração do aleitamento materno exclusivo. Os resultados apontam que autoeficácia em amamentar no GI aumentou significativamente em comparação com o GC, e a duração do AME foi significativamente maior no GI (ANSARI *et al.*, 2014).

Pesquisa realizada com 100 puérperas em Fortaleza-CE, a qual tinha o objetivo de verificar a autoeficácia da puérpera em amamentar antes e após a intervenção educativa com o álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” mostrou que a intervenção educativa promoveu a elevação da autoeficácia materna para amamentar, o que pode repercutir nas taxas de amamentação (DODT *et al.*, 2013).

Estudo experimental que envolvendo 201 puérperas utilizando a mesmo álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” mostrou que essa tecnologia foi eficaz no aumento da autoeficácia materna em amamentar e na duração da amamentação (DODT *et al.*, 2015).

Pesquisa quase-experimental que avaliou os efeitos do uso do álbum seriado como intervenção educativa na melhoria da autoeficácia materna na amamentação entre mães do interior do Ceará mostrou que o álbum seriado teve efeito positivo na elevação da autoeficácia posto que após intervenção educativa, todas as puérperas do GI apresentaram autoeficácia elevada (CHAVES *et al.*, 2015).

Otsuka *et al.* (2013) realizaram uma intervenção incluindo mulheres desde o terceiro trimestre gestacional, que tiveram seus partos em hospitais japoneses credenciados como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com as que pariram em hospitais sem este credenciamento. O estudo indicou que a intervenção aumentou a autoeficácia materna e o índice de amamentação exclusiva em quatro semanas após o parto, porém apenas nas participantes do HIAC.

No Japão, Awano e Shimada (2010) conduziram um estudo quase experimental para medir a autoeficácia materna a partir da versão japonesa da BSES-SF, antes e após intervenção envolvendo folhetos e materiais audiovisuais. A pesquisa foi realizada com um GC e um GI formados por primíparas recrutadas no momento do parto. A taxa de amamentação após o parto foi de 90% para o grupo de intervenção e 89% para o controle. Em menos de um mês de puerpério, a taxa de amamentação diminuiu significativamente para 65% no GC e no GI se manteve, com 90% das mulheres em amamentação. Logo, sugere-se que a intervenção aumentou a duração do AM, reflexo da melhora da autoeficácia materna na amamentação (AWANO; SHIMADA, 2010).

Em um ensaio clínico randomizado (ECR) conduzido por Edwards *et al.* (2013) foi desenvolvido e aplicado um agente de computador interativo e animado, projetado para fornecer informações e apoio a amamentação. A pesquisa foi um piloto envolvendo 15 mulheres, sendo oito no GC e sete no GI. As mulheres que utilizaram o agente de computador interativo e animado (GI) apresentaram maiores intenções de amamentar exclusivamente.

Diante do exposto, reconhece-se a necessidade de ampliar os cuidados em saúde do binômio mãe-filho por meio dos profissionais de saúde, os quais devem estar preparados para trabalhar com estratégias educativas que busquem a promoção da saúde, nesse caso específico, do AM, gerando resultados positivos nas taxas de AM e AME, e consequentemente, na saúde materno-infantil.

6. REFERENCIAL METODOLÓGICO

6.1 O uso da Entrevista Motivacional para promoção da saúde

Amamentar é um ato que depende da decisão materna, ou seja, do seu comportamento. Porém, a mudança comportamental depende do esforço do indivíduo, mas também do apoio do profissional de saúde, o qual deve levar em conta o contexto cultural, a motivação para mudar e a criação da autonomia, sendo fatores essenciais para a efetividade da intervenção (DIAS; NONATO; CHAVES, 2010).

As intervenções focadas na mudança de comportamento buscam aumentar as habilidades dos pacientes e reduzir barreiras para obter êxito. O conhecimento prático tem evidenciado que raramente é eficaz dizer às pessoas o que fazer, ou como fazer. Com efeito, as recomendações atuais tendem a incentivar os profissionais a explorarem uma gama de questões que possam auxiliar essa mudança (HOHMAN, 2012).

Nesse sentido, vislumbra-se a Entrevista Motivacional (EM), a qual é uma intervenção a nível psicológico, sendo utilizada inicialmente em 1983 em pacientes alcoólatras na busca de trabalhar sua motivação para alcançar mudanças no comportamento. Em meados da década de 90, essa estratégia começou a ser utilizada em outros problemas de saúde, como as doenças cardiovasculares, diabetes, dieta, psicose, dentre outras (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Essa abordagem é baseada no cliente, buscando ativar sua própria motivação para a mudança e adesão ao tratamento. A mesma é voltada para a resolução da ambivalência em relação a um comportamento de saúde e para aumentar a autoeficácia para a mudança (COLBY *et al.*, 2012).

A EM visa estabilizar a ambivalência através de uma visão humanista e construtivista diante da mudança de comportamento, tendo o profissional atuante que apoiar o paciente e suas motivações para a mudança, e, de forma nenhuma, impor rótulos diagnósticos e tratamentos punitivos (HOHMAN, 2012; FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

Trata-se de uma metodologia a qual visa direcionar o paciente. Não é uma técnica que leva os indivíduos a fazerem algo que não querem. Pelo contrário, ela busca evocar nos pacientes suas motivações positivas para a mudança de comportamento frente sua situação de saúde. Pode se dizer que ela tem um “espírito” colaborativo, evocativo e com respeito pela autonomia do paciente.

O espírito colaborativo baseia-se na parceria cooperativa e colaborativa estabelecida entre o paciente e o profissional, realizando o tratamento de forma passiva. O

evocativo busca evocar do paciente algo que eles já possuem, mediante sua própria motivação e recursos para mudança. Quanto ao respeito pela autonomia do paciente, essa se faz por intermédio do respeito pela decisão do paciente, de deixá-lo fazer suas escolhas sobre sua saúde, cabendo ao profissional apenas informar, aconselhar e, até mesmo, advertir (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Dessa forma, a EM segue quatro princípios norteadores, a saber: resistir ao reflexo de consertar as coisas (não querer mudar o hábito do paciente de forma imperativa); entender e explorar as motivações do paciente (saber por que ele gostaria de mudar e como pode fazer, ao invés de dizer como ele deve fazer); escutar com empatia (o deixar se sentir importante por meio de sua atenção em escutá-lo); fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo (essa habilidade fortalece o paciente) (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Na prática da EM faz-se necessário o uso das três habilidades comunicativas básicas: perguntar, escutar e informar. Assim, o profissional deve fazer uso dessas habilidades de forma variável, sendo algo para lhe ajudar durante a conversa com o paciente. O uso correto dessas habilidades tende a tornar uma intervenção em saúde mais produtiva e eficiente (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A formulação de perguntas busca desenvolver uma compreensão sobre o problema do paciente, porém, deve ser levado em consideração o tom, o ritmo, as palavras e a clareza do questionamento. Adicionado a isso, a habilidade de escutar também influencia na intervenção, pois a mesma ajuda no processo de obtenção de informações importantes, bem como gera um vínculo entre paciente e profissional. O ato de informar é primordial para a mudança de comportamento, pois é a partir dela que o profissional transmite seus conhecimentos, sendo importante que seja feita de maneira correta para gerar resultados satisfatórios (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Assim, a EM possui duas estratégias para fornecer informações aos pacientes. A primeira estratégia é de “informar-verificar-informar”, na qual o profissional inicialmente transmite informações, depois verifica se o paciente entendeu e posteriormente fornece mais informações. Esse tipo de estratégia visa essencialmente verificar o entendimento do paciente, de forma respeitosa, antes de avançar para as próximas informações. Na etapa de verificação busca-se a perspectiva do paciente, ou seja, saber o que o paciente pensa sobre as informações, se existe alguma parte que não tenha entendido, dentre outras. Pode-se perceber que essa estratégia envolve bastante o paciente em seu tratamento, sendo ele um indivíduo ativo e não apenas receptor de informações (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A outra estratégia utilizada é o modo “evocar-fornecer-evocar” que envolve uma postura mental mais colaborativa em que o profissional não apenas transmite as informações, mas ajuda o paciente a perceber o sentido das informações, tomar decisões adequadas sobre seu comportamento e aderir a elas. Para isso, devem-se conhecer as preocupações daquele paciente, a base de conhecimento atual e os interesses do paciente em saber mais. Essa estratégia é bastante utilizada quando se busca a mudança de comportamento nas situações de saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Nesse sentido, pesquisas apontam que a EM trata-se de uma intervenção eficiente a qual respeita a singularidade e autonomia do paciente e é facilmente aplicável em qualquer ambiente de saúde ou na comunidade (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014; CLARO; OLIVEIRA; PAGLIONE, 2013).

Outro benefício dessa estratégia consiste no tempo, que por ser breve de intensidade e de duração, é vantajosa quando aplicada em ambientes com grande demanda de atendimento e pouca disponibilidade de tempo e profissionais, sendo entendida como de baixo custo financeiro e de fácil acesso e treinamento de terapeutas (CLARO; OLIVEIRA; PAGLIONE, 2013).

A EM tem sido utilizada em diversas pesquisas realizadas em todo o mundo (Canadá, Estados Unidos, Suíça, Itália, África do Sul), tanto com o público adolescente como o adulto, com problemas distintos, a saber: redução de risco de HIV, nutrição, populações minoritárias, alcoolismo, uso de drogas e tabagismo (MURPHY *et al.*, 2004; BABOR, 2004; KOBLEN *et al.*, 2004; STOTTS *et al.*, 2002; RESNICOW *et al.*, 2001; KENNERLEY, 2000). Assim, pode se perceber sua viabilidade nas diversas populações e problemas, devendo ser estimulada sua prática.

Pesquisa realizada nos Estados Unidos com 162 adolescentes fumantes utilizando os princípios da EM associado a um reforço via telefone com o intuito de aumentar os índices de abandono do cigarro, mostrou uma queda nas taxas de fumantes que participaram do grupo da EM quando comparadas com o grupo de aconselhamento convencional (COLBY *et al.*, 2012).

Estudo que envolveu 222 usuários de drogas mostrou que o grupo que recebeu a EM apresentou mudanças mais favoráveis na sua motivação para procurar ajuda. Vale ressaltar que eles relataram participação mais ativa no processo de tratamento (LONGSHORE; GRILLS, 2000).

Em uma revisão integrativa, incluindo 22 artigos, que buscou informações acerca da eficácia da EM para uso com adolescentes usuários de álcool e outras drogas, apontou que

a mesma teve poder de diminuir o padrão de uso de drogas pelos adolescentes estudados (CLARO; OLIVEIRA; PAGLIONE, 2013).

A EM não se restringe aos problemas de saúde, a mesma também atua na área intercultural e de capacidade, buscando gerar efeitos benéficos. Pesquisadores utilizaram a EM na atuação do consumo de frutas e vegetais de 1.011 afro-americanos. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em três grupos e os resultados evidenciaram que o consumo de frutas, legumes e verduras foi maior no grupo que utilizou a EM, do que no grupo de autoajuda e no de comparação (RESNICOW *et al.*, 2001).

Diante das definições, dos princípios e do papel do terapeuta, a presente pesquisa utilizou a EM na intervenção educativa por telefone, considerando que a mesma proporciona técnicas que auxiliam o terapeuta no processo de mudança de comportamento do paciente, possibilitando a este sua participação no tratamento. O respeito ao cliente e o estímulo a sua motivação são princípios essenciais no cuidado ao cliente, cabendo ao profissional fazer o uso correto dessas habilidades para tornar a intervenção eficiente e, conseqüentemente, obter resposta satisfatória no processo de mudança de comportamento.

Diante do exposto optou-se por utilizar a EM na intervenção educativa por telefone em puérperas internadas no alojamento conjunto, pois esta estratégia pode ser eficaz na mudança de comportamento frente à autoeficácia em amamentar e na escolha do tipo de dieta do bebê.

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo experimental, do tipo Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC). Pesquisas experimentais são as melhores ferramentas para testar uma hipótese de relação causa-e-efeito, sendo o pesquisador um agente ativo, mais do que um observador passivo. Devido às suas propriedades especiais de controle, um experimento oferece maior corroboração do que qualquer outra abordagem de pesquisa de que a variável independente afeta a variável dependente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

No ECR, o investigador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos, sendo utilizada a alocação aleatória, que pode eliminar a influência de variáveis confundidoras, e do cegamento, que pode eliminar a possibilidade de os efeitos observados serem explicados por diferenças no uso de co-intervenção nos grupos de tratamento e controle (HULLEY *et al.*, 2008).

Os delineamentos intergrupos sempre incluem um grupo que recebe uma intervenção a ser testada e outro que recebe tratamento não-ativo (de preferência placebo) ou um tratamento de comparação. A melhor comparação entre os grupos ocorre quando não há co-intervenções – medicações, terapias ou comportamentos (que não a intervenção sob estudo), porém nem sempre é possível deixar de dar qualquer tipo de tratamento que não seja a intervenção do estudo. Uma opção poderia ser a oferta de uma intervenção-padrão para todos os participantes do estudo (HULLEY *et al.*, 2008). No caso desta pesquisa, há comparação entre dois grupos: o grupo que recebeu a intervenção educativa por telefone e o grupo que recebeu a intervenção-padrão oferecida pelos profissionais da instituição pesquisada.

O presente estudo utilizou as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para a descrição metodológica e dos resultados. O CONSORT consiste em um conjunto de critérios que auxilia os autores a aperfeiçoar a descrição dos achados através de uma lista de checagem de 25 itens e um diagrama representando o fluxo dos participantes durante cada etapa da pesquisa. Dessa forma, evitam-se possíveis emissões de erros sistemáticos que comprometem a validade e confiabilidade dos resultados, e, conseqüentemente, do contexto da medicina baseada em evidências (CONSORT, 2010).

Diante da especificidade desta pesquisa, foi utilizado o CONSORT para Intervenções Não-Farmacológicas que leva em consideração aspectos como dificuldade de cegamento e a complexidade da intervenção.

7.2 Local do estudo

O estudo propôs como intervenção educativa o uso do telefone para melhoria da autoeficácia em amamentar, da duração e da exclusividade do AM, seguindo os princípios da EM, para puérperas onde quer que elas estivessem. O recrutamento das mulheres envolvidas neste estudo ocorreu em uma unidade de alojamento conjunto (AC) do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, que integra a unidade de saúde da Secretaria Executiva Regional VI (SERVI), no município de Fortaleza.

A Prefeitura de Fortaleza garante atendimento de emergência e tratamento para problemas de saúde mais complexos através da sua rede hospitalar, tendo como referência para atendimento de parto os três Gonzaguinhas, a saber: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará e Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter.

A escolha por esse local se deu pelo mesmo ser referência na rede municipal de saúde pela atenção secundária e terciária em ginecologia, obstetrícia e pediatria. Atualmente, suas principais conquistas alcançadas foram a construção do centro de parto humanizado; a ampliação do centro cirúrgico; a construção da unidade neonatal e a implantação do programa “parto que te quero perto”, que estimula a participação do homem ao longo de todo o processo gestacional, fortalecendo o vínculo com a mulher, o bebê e o hospital.

Para a promoção do AM, a instituição possui banco de leite funcionando 24 horas, bem como o serviço de atenção específica e qualificada das técnicas de enfermagem destinadas apenas ao cuidado com o AM. O Hospital recentemente passou por um processo avaliativo quanto ao credenciamento de HIAC e aguarda resultado.

7.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por puérperas internadas no AC do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres no puerpério imediato, que segundo Rezende e Montenegro (2008) é considerado o período entre o 1º -10º dia após o parto;
- Puérperas com, no mínimo, seis horas de pós-parto, posto que as primeiras horas após o parto é caracterizado por estresse emocional para a mãe, tornando-o ainda mais difícil devido as alterações fisiológicas que ocorrem (STRIGHT; HARRISON, 1998). Logo, é

importante esperar pelo menos por seis horas para a puérpera se recuperar física e emocionalmente.

- Puérperas com gestação única, a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas; < 41 semanas);
- Puérperas com recém-nascidos internados em alojamento conjunto;
- Puérperas que estivessem realizando a prática do AM;
- Puérperas que tivessem pelo menos um contato telefônico.

E como critérios de não-inclusão:

- Puérperas que apresentassem algum tipo de contraindicação para amamentar (síndrome da Imunodeficiência Adquirida, dependência química);
- Puérperas com restrições mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento;
- Puérperas com filhos internados na unidade de terapia intensiva, tendo em vista que o setor abriga recém-nascidos com condições clínicas críticas que impossibilitam a amamentação;
 - Puérperas cujos filhos nasceram com deficiências que impedem a amamentação (fenda palatina, atresia de esôfago);
 - Puérperas portadoras de deficiência auditiva.

Como critérios de descontinuidade, foram considerados:

- Desistência da mãe em participar da pesquisa após início da coleta;
- Falecimento da mãe ou da criança no decorrer do estudo;
- Ausência da prática do aleitamento materno até o término da intervenção;
- Recém-nascido oferecido para adoção;
- Mudança de telefone após o acompanhamento;
- Não atender as ligações telefônicas após três tentativas em dias e horários distintos.

As mulheres que compuseram a amostra foram alocadas randomicamente em dois grupos:

- GRUPO 1 – COMPARAÇÃO: grupo de lactantes que receberam as orientações de rotina, ou seja, atividades educativas individuais e grupais rotineiras do serviço

- GRUPO 2 – INTERVENÇÃO EDUCATIVA POR TELEFONE: grupo de lactantes no qual foi oferecido uma intervenção educativa por telefone, seguindo os princípios da EM (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009), além das orientações individuais e grupais da rotina do serviço.

7.4 Cálculo da amostra

Para o cálculo amostral foi considerado a proporção de 30% de possibilidade do desfecho no GC e de 55% no GI (HULLEY et al., 2008). Utilizou-se como referenciais os estudos de Tavares et al (2010) e DODT (2008), que categorizaram a autoeficácia em baixa (14 a 32 pontos), autoeficácia média (33 a 51 pontos) e autoeficácia alta (52 a 70 pontos).

Desse modo, foi utilizada a fórmula a seguir recomendada para comparação de dois grupos (HULLEY et al., 2008):

Onde:

$$n = \frac{[Z\alpha\sqrt{(p_1q_1+p_2q_2)} + Z\beta\sqrt{(p_1q_1+p_2q_2)}]^2}{(p_2-p_1)^2}$$

n= tamanho da amostra

Coefficiente de Confiança = 95%

Poder do teste = 80%

z5% = 1,96

z20% = 0,84

p1= proporção do desfecho no controle de 30%

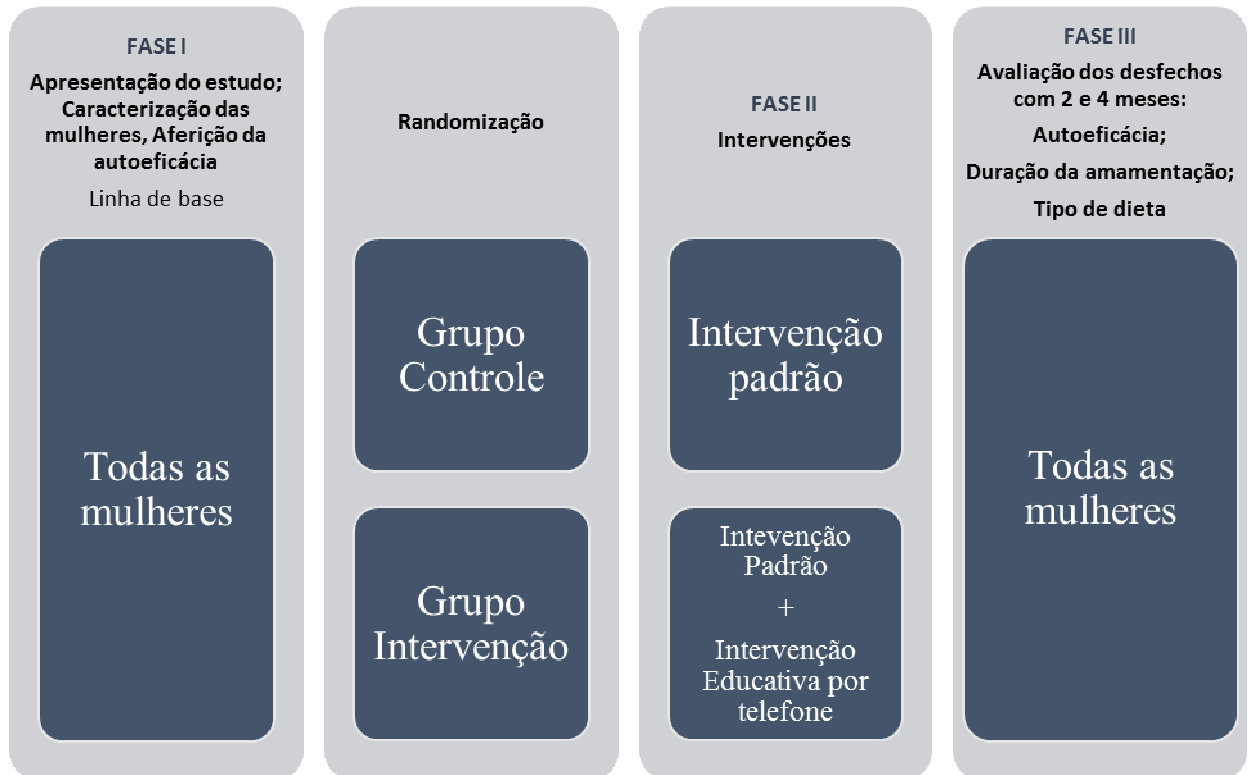
p2 = proporção do desfecho no experimento de 55%

Aplicada a fórmula, o tamanho da amostra foi igual a 57 puérperas para cada grupo. Adicionou-se 15% para eventuais perdas, resultando no tamanho amostral igual a 131 puérperas. Foram abordadas 132 puérperas, em que foi realizada estratificação equitativa em relação aos dois grupos: 66 para o GI e 66 para o GC.

7.5 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de Maio/2015 a Novembro/2015, sendo o recrutamento no período de Maio a Agosto e o acompanhamento de Maio a Novembro, conforme as etapas destacadas na Figura 1.

Figura 1 - Representação gráfica das etapas da coleta de dados. Fortaleza – CE, 2016.



Fonte: Autora

Fase I: Linha de Base

O recrutamento das puérperas ocorreu no AC do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana por um período de três meses nas segundas, quartas e sextas no período diurno. Foi realizada essa escolha devido ao fato da mulher ficar internada no mínimo de 24 a 48 horas após o parto, para reduzir a probabilidade de abordar de forma repetida as puérperas.

As participantes foram abordadas na enfermaria obstétrica, sendo explicado o objetivo da pesquisa e seus benefícios, bem como eram obtidos seus consentimentos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Ressalta-se que essa fase foi realizada por enfermeiras e acadêmicas de enfermagem bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Ceará, as quais participam do grupo de pesquisa da pesquisadora e foram treinadas previamente quanto ao uso dos instrumentos aplicados nesse momento.

Inicialmente, todas as participantes responderam um formulário adaptado de Dodt (2011), contendo características sociodemográficas (idade, raça, estado civil, escolaridade,

ocupação, renda familiar, número de moradores no domicílio, fumante, alcoolista), obstétricas (número de gestação, parto, aborto, paridade, história de prematuridade, prática anterior da amamentação, motivos e dificuldades para amamentar), e variáveis relacionadas a gravidez atual, parto e puerpério (gravidez planejada, realizou pré-natal, incentivo para amamentar (quem incentivou e orientou), tipo de parto, bebê amamentou imediatamente após o parto, local que o bebê foi amamentado) (APÊNDICE B).

Além deste instrumento, foi aplicada a *BSES-SF* (ANEXO A), para avaliar a autoeficácia das puérperas. Optou-se pela versão reduzida da escala por ser de fácil aplicabilidade e demandar pouco tempo para sua aplicação, tornando viável seu uso no alojamento conjunto e por telefone.

Ressalta-se que a aplicação da *BSES-SF* nesse momento, além de servir para posterior comparação, também teve o intuito de promover o diagnóstico inicial das necessidades de cada puérpera e nortear a aplicação da intervenção, sinalizando os itens que deveriam ser priorizados.

Randomização

A randomização ocorre quando o indivíduo é assinalado para um grupo com base no acaso, ou seja, tem igual chance de ser distribuído para qualquer um dos grupos de comparação (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009). Desse modo, as pessoas são designadas aleatoriamente, não existindo parcialidade sistemática nos grupos, com respeito aos atributos que possam afetar a variável dependente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Sabendo que a randomização é a base para um ECRC, é importante que a mesma seja feita de forma correta. Dessa forma, optou-se pela randomização em blocos, a qual comumente é utilizada para garantir que o número de participantes seja igualmente distribuído entre os grupos.

Nesta pesquisa a randomização foi feita em “blocos”, sendo realizado 13 blocos de 10 puérperas e um bloco de duas puérperas. A aleatorização ocorreu através de um algoritmo computadorizado (HULLEY *et al.*, 2008). Assim, à medida que 10 formulários eram preenchidos, um primeiro estatístico gerava a sequência da alocação. A randomização em bloco foi importante também para a operacionalização das etapas seguintes distribuindo de forma equitativa o número de mulheres nos grupos.

Fase II: Intervenção educativa segundo os princípios da Entrevista Motivacional

A pesquisa se propôs a realizar uma intervenção educativa para melhoria da autoeficácia materna, duração e exclusividade da amamentação realizada por telefone por um período de um mês. Optou-se por esse período devido ser um momento em que a mulher deixa o ambiente hospitalar seguro, onde tem o apoio dos profissionais de saúde, para ter um novo desfecho em domicílio, no qual as dificuldades aparecem, e as mulheres estão susceptíveis a interromper a lactação precocemente (REBIMBAS; PINTO; PINTO, 2010; PEREIRA *et al.*, 2011).

Os dois primeiros contatos foram realizados com intervalos de sete dias, por acreditar que esse período é de adaptação e possíveis dificuldades no pós-parto. Posteriormente, o último contato foi com o intervalo de 15 dias, por considerar um período não tão curto, que possa inviabilizar o contato a todas as participantes, nem tão longo, que possibilite o esquecimento das informações fornecidas em cada contato.

Dessa forma, totalizaram-se três contatos: o primeiro com sete dias pós-parto, o segundo com 15 dias e o terceiro com 30 dias. As ligações eram realizadas em dias e horários previamente estabelecidos entre a pesquisadora e as pacientes.

Todas as ligações foram realizadas apenas pela pesquisadora principal para diminuir os riscos de abordagens diferenciadas entre as participantes. Ressalta-se que a pesquisadora trabalha com autoeficácia na amamentação desde o mestrado.

As ligações foram realizadas de um celular comprado para esse fim, a partir do chip da operadora Oi, no plano “Off –PromoFev/15”, o qual ofertava: ligações ilimitadas, locais e DDD para celulares e fixo da Oi. Para ligações para outras operadoras foi necessária a recarga de trinta reais mensal. Vale ressaltar que todas as ligações foram gravadas através do aplicativo *Automatic Call Recorder* (baixado gratuitamente), no intuito de garantir segurança ao pesquisador sobre as informações coletadas caso necessitassem rever alguma informação.

No primeiro contato telefônico a paciente foi lembrada quanto a primeira abordagem realizada no alojamento conjunto, bem como o passo a passo da pesquisa. A pesquisadora utilizou técnicas comunicativas com o intuito de estabelecer vínculo com a paciente, adquirindo sua confiança e fidelização.

Em cada ligação da intervenção era preenchido um formulário criado pela própria pesquisadora, o qual indagava sobre dados referentes ao contato, número de tentativas, dias pós-parto, duração do contato, se estava amamentando, tipo de dieta da criança, estado fisiológico e afetivo da puérpera e itens que seriam abordados naquela sessão (APÊNDICE C).

Após esse momento inicial, era realizada a intervenção educativa através de um formulário adaptado de Nicolau (2015) que aborda a EM (APÊNDICE D), sendo utilizada a técnica evocar-informar-evocar, que é indicada para mudar comportamentos dos pacientes de forma colaborativa através de sua motivação.

Ressalta-se que a EM, que é implementada presencialmente, tem demonstrado resultados satisfatórios na mudança de comportamento ao ser empregada por telefone e até em grupos de *chats* na *internet* (FINGER; POTTER, 2011).

Durante a EM foi utilizado um instrumento para guiar os momentos em que foram necessários usar a técnica informar. O instrumento é baseado nos 14 itens da BSES-SF, que é centrada na Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1977) e no conceito de autoeficácia em amamentar (DENNIS, 1999); no Álbum Seriado “Eu posso amamentar meu filho” (DODT, 2008) e em algumas literaturas pertinentes sobre a temática (BRASIL, 2009b; ORSHAN, 2010; CARVALHO, 2010) (APÊNDICE E).

A cada sessão da intervenção, a pesquisadora buscava abordar dois itens da escala os quais as pacientes tinham apresentado menor autoeficácia no recrutamento. Porém, por vezes as mulheres apresentavam deficiência em outro item ou dúvidas sobre outras questões, e a pesquisadora deixava de informar sobre o item previamente estabelecido e buscava sanar a dúvida da paciente relacionada a outro item da escala.

Salienta-se que nas ligações subsequentes a pesquisadora perguntava sobre alguma dificuldade relatada em contatos anteriores, buscando estabelecer vínculo e dar atenção ao cuidado com a paciente.

Fase III e IV: Avaliação do Desfecho com 2 e 4 meses

Após a intervenção educativa a avaliação dos desfechos da pesquisa ocorreu através de um contato telefônico aos dois e quatro meses para ambos os grupos. Esse contato foi realizado pelas mesmas enfermeiras e acadêmicas de enfermagem bolsista PIBIC que realizaram o recrutamento. Vale ressaltar, que as bolsistas eram cegas quanto ao grupo que estavam ligando.

Para avaliação dos desfechos, foi necessário realizar a compra de três aparelhos telefônicos e três chips que foram fornecidos às bolsistas. Estes celulares tinham os mesmos planos e custos descritos anteriormente.

Na ocasião, foi aplicado um formulário criado pela própria pesquisadora (APÊNDICE F) o qual continha os seguintes dados: tipo de aleitamento materno, duração e

exclusividade da amamentação. Também foi aplicado novamente a BSES-SF, com o intuito de comparar a autoeficácia entre os grupos ao longo do processo de amamentar.

7.6. Cegamento

O cegamento consiste em manter a intervenção realizada desconhecida pelos participantes, profissionais de saúde que administram e aqueles coletando os dados clínicos e analisando os resultados. No cegamento dos pacientes, tenta-se prevenir o viés de execução resultante de efeitos não associados com a intervenção. No cegamento dos profissionais de saúde que administram a intervenção, também se busca prevenir o viés de execução, enquanto que o cegamento daqueles que coletam as variáveis de resposta e analisam os resultados previne o viés de detecção, evitando-se que disponham de atitudes e estímulos diferenciados aos pacientes por reconhecer para qual intervenção ele foi assinalado (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

Porém, em alguns casos o cegamento é difícil ou até mesmo impossível, seja por motivos técnicos ou de ordem ética. Um exemplo disso são as intervenções educacionais, sendo necessário limitar e padronizar o máximo as potenciais co-intervenções e cegar a equipe responsável pela avaliação e concessão dos desfechos (HULLEY *et al.*; 2008).

Dessa forma, na presente pesquisa, não foi possível cegar o pesquisador responsável pela intervenção e as pacientes. Porém, a equipe que avaliou os desfechos (autoeficácia, duração da amamentação e tipo de dieta) e a satisfação foram cegados, bem como o estatístico responsável pela análise.

7.7 Definição operacional das variáveis

7.7.1 Variável dependente (desfecho)

Foram eleitos três aspectos como variáveis dependentes:

1. Autoeficácia: avaliada pela *BSES-SF*. Esta escala é composta por 14 itens relacionados a confiança materna na amamentação que tem como padrão de resposta uma escala do tipo Likert que varia de 1 a 5 pontos, perfazendo um total de 14-70 pontos. Os itens estão organizados de forma aleatória, sendo constituída por dois domínios: Técnica (08 itens) e Pensamentos Intrapessoais (06 itens). Os escores totais da escala são classificados da seguinte maneira:

- ✓ Baixa eficácia: 14 a 32 pontos;
- ✓ Média eficácia: 33 a 51 pontos;

✓ Alta eficácia: 52 a 70 pontos.

Essa escala foi validada no Brasil pela enfermeira Dodt (2008), apresentando Alfa de Cronbach de 0,74 e média do Coeficiente de Correlação Intraclasse entre 0,69 e 0,78, mostrando ser um instrumento confiável.

2. Duração do AM: Avaliada através do instrumento criado para avaliar os desfechos aos 2 e 4 meses. Foi feita a pergunta: Você está amamentando? Podendo a puérpera responder Sim ou Não. Para análise estatística foi necessário categorizar da seguinte forma:

Está amamentando ≤ 2 meses; Está amamentando > 2 meses; Está amamentando ≤ 4 meses; Está amamentando > 4 meses;

3. Exclusividade do AM: Avaliada através do instrumento criado para avaliar os desfechos aos 2 e 4 meses. Foi feita a pergunta: Você está amamentando exclusivo? Podendo a puérpera responder Sim ou Não. Para análise estatística foi necessário categorizar da seguinte forma:

Está amamentando exclusivo ≤ 2 meses; Está amamentando exclusivo > 2 meses; Está amamentando exclusivo ≤ 4 meses; Está amamentando exclusivo > 4 meses.

Ressalta-se que foram utilizadas as definições do Ministério da Saúde (2015) para classificar os tipos de dieta: **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

7.7.2 Variáveis independentes (explanatórias)

Consideraram-se as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gravidez atual, parto e puerpério, telemonitoramento realizado com 7, 15 e 30 dias e satisfação com a intervenção. No tocante às variáveis sociodemográficas foram incluídos: idade, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e número de moradores no domicílio.

Para as variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos foram consideradas: número de gestações, aborto e parto, paridade, história anterior de prematuridade, prática anterior de amamentação, motivos para amamentar o filho, dificuldade para amamentar o filho. As variáveis sobre gravidez atual, parto e puerpério foram: gravidez planejada, realização de pré-natal, incentivo para amamentar (quem incentivou e orientou), tipo de parto, bebê amamentou imediatamente após o parto, local em que o bebê foi amamentado.

Durante as sessões de intervenções foram avaliadas: número de tentativas, dias pós-parto, duração do contato, se estava amamentando, tipo de aleitamento materno, estado fisiológico e afetivo da mulher, itens trabalhados nas sessões.

A satisfação com relação à intervenção foi analisada através de uma escala do tipo likert de cinco pontos, em que 1 significa discordo totalmente e 5 concordo totalmente, contendo 10 itens com informações sobre os benefícios, duração e método de aplicação da intervenção e a satisfação em ter participado da pesquisa.

7.8 Instrumentos de coleta de dados

Para registro dos dados coletados foram utilizados seis instrumentos. O primeiro foi adaptado de Dodt (2011), no qual se registrou as informações referentes à caracterização sociodemográfica, obstétrica e da gravidez atual, parto e puerpério das pacientes. O segundo instrumento, consistiu na *BSES-SF* (DODT, 2008).

O terceiro foi criado pela própria pesquisadora, o qual foi utilizado durante a intervenção educativa contendo dados referentes ao contato, como: número de tentativas, dias pós-parto, duração do contato, se estava amamentando, tipo de dieta da criança, estado fisiológico e afetivo da puérpera e itens que seriam abordados naquela sessão. O quarto consistiu em um instrumento adaptado de Nicolau (2015) o qual aborda a EM, sendo utilizada a técnica evocar-informar-evocar, que é indicada para mudar comportamentos dos pacientes de forma colaborativa através de sua motivação.

O quinto foi utilizado durante a técnica de evocar da EM, sendo criado pela pesquisadora e validado. O mesmo foi baseado nos 14 itens da BSES-SF, a qual é centrada na Teoria Social de Aprendizagem (BANDURA, 1977) e no conceito de autoeficácia em amamentar (DENNIS, 1999); e no Álbum Seriado “Eu posso amamentar meu filho” (DODT, 2008) e em algumas literaturas pertinentes sobre a temática (BRASIL, 2009b; ORSHAN, 2010; CARVALHO, 2010) (APÊNDICE E).

Por fim, foi aplicado um instrumento criado pela própria pesquisadora para avaliar o tipo de dieta aos 2 e 4 meses.

7.9 Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows, e, posteriormente apresentados em tabelas, gráficos e quadros, com discussão subsidiada no referencial teórico e com as evidências científicas da literatura.

As variáveis contínuas foram expressas como medianas e as categóricas em frequências absoluta e relativa. Foi visto que a distribuição dos dados contínuos não seguiu a normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov (FIELD, 2009).

Os grupos foram comparados no alojamento conjunto, dois e quatro meses pós-parto. Para essas comparações, foram utilizados os testes qui-quadrado, Fisher e Pearson (variáveis categóricas) e Teste de Kruskal-Wallis e Teste U de Mann-Whitney (variáveis numéricas).

A comparação da mediana dos dias pós-parto para ligação do desfecho foi realizada por meio do teste de U de Mann-Whitney.

A razão de chance (RC) e o intervalo de confiança de 95% foram calculados para as principais variáveis dependentes. Consideraram-se como estatisticamente significante as análises inferenciais com valores de $p < 0,05$.

7.10 Aspectos éticos

Inicialmente, foi solicitada uma autorização à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Fortaleza (ANEXO B). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo CAAE: nº 1.026.156 (ANEXO C) e registrado na base de dados de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos Brasileiros (ReBEC).

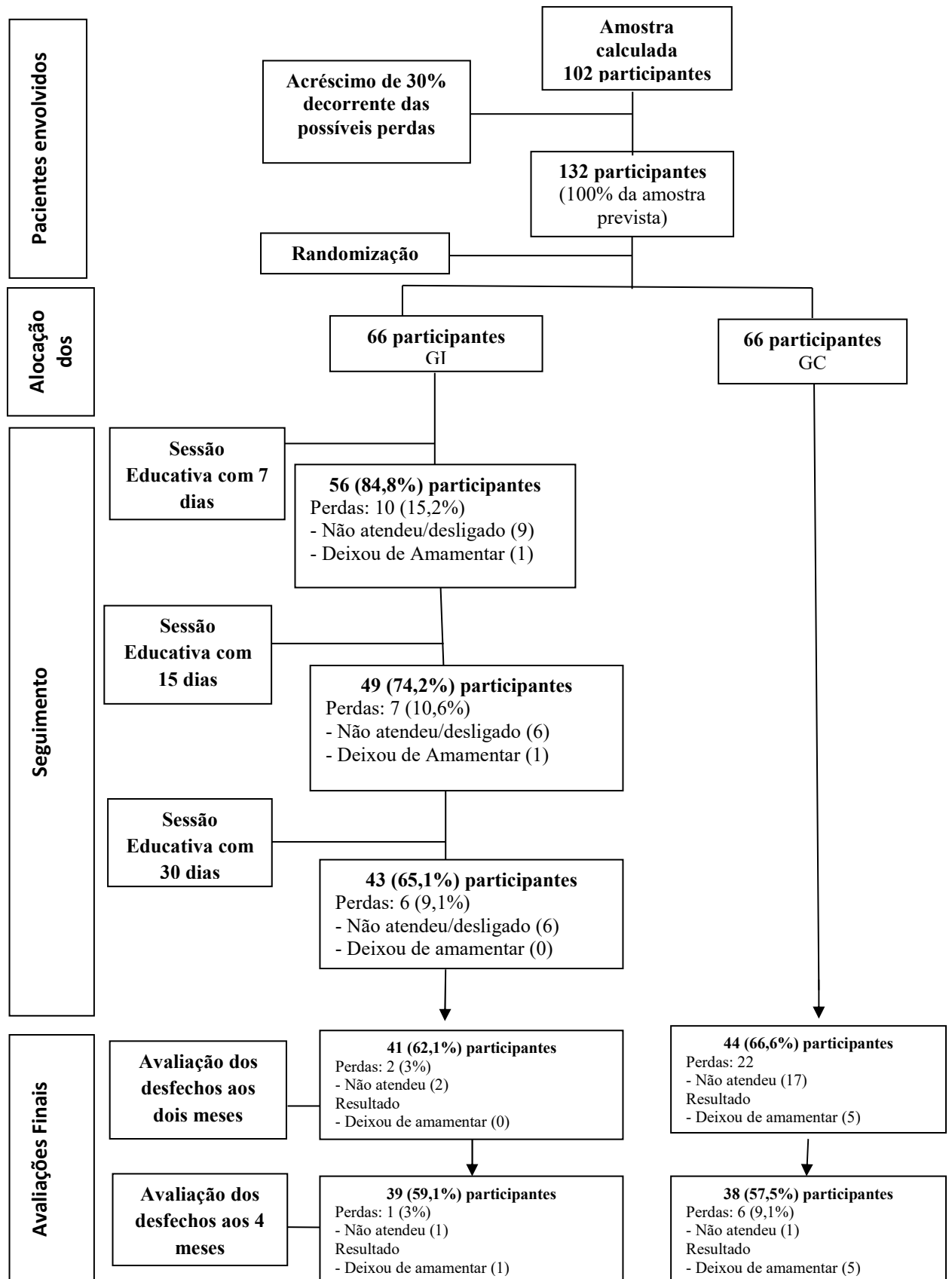
Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, quer sejam do GI ou controle, quando de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes assegurado o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo, segundo as normas da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Ressalta-se que para as mulheres menores de dezoito anos foi solicitada a assinatura do responsável.

8. RESULTADOS

8.1 Captação das lactantes

A pesquisa foi realizada em três fases (Linha de Base, Intervenção, Avaliação dos desfechos aos 2 e 4 meses), sendo elegível 132 lactantes para serem abordadas, porém devido aos critérios de descontinuidade houve 40,9% de perda. A Figura 2 apresenta o seguimento dos participantes em cada fase do estudo.

Figura 2 - Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza-CE, 2016.



As razões mais comuns para exclusão foram não possuir contato telefônico, bebê internado em unidade de terapia intensiva neonatal, e para a descontinuidade consistiu em não atender as ligações telefônicas/desligado após três tentativas em dias e horários distintos.

8.2 Caracterização sociodemográfica

A fim de garantir que as diferenças entre os grupos não excedam o que poderia ser esperado pelo acaso, foi realizada uma comparação das variáveis básicas que poderiam influenciar no desfecho (autoeficácia, duração e exclusividade do AM) (Tabela 2 e 3).

Tabela 2. Distribuição dos dados segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza - CE, 2016.

Variáveis numéricas	GI (n=66) Md (±EP)	GC (n=66) Md (±EP)	Valor p
Idade (anos)	24,5 ± 7,4	22,0 ± 6,4	0,484*
1º quartil P25	19,5	19	
3º quartil P75	29	29,0	
Faixa de escolaridade (anos de estudo)	11,0 ± 3	11,5 ± 2,9	0,237*
1º quartil P25	08	09	
3º quartil P75	13	13	
Renda familiar (R\$)	788 ± 467,3	788 ± 697,9	0,656*
1º quartil P25	788	788	
3º quartil P75	1576	1350	
Variáveis categóricas	66 (%)	66 (%)	Valor p
Raça			0,885**
Parda	50 (75,8)	50 (75,8)	
Amarela	01 (1,5)	01 (1,5)	
Negra	05 (7,6)	03 (4,5)	
Branca	10 (15,2)	12 (18,2)	
Estado Civil			0,018**
Casada / União estável	57 (86,4)	45 (68,2)	
Outros	9 (13,6)	21 (31,6)	
Ocupação			0,738**
Do lar	37 (56)	30 (42,7)	
Empregada	15 (22,7)	16 (24,2)	
Outra	14 (21,2)	20 (30,3)	

*Teste Mann-whitney ** Teste exato de Fisher

A comparação das variáveis avaliadas evidenciam que os grupos são estatisticamente semelhantes e, portanto, comparáveis ($p>0,05$), com exceção do estado civil no qual foi visto que as mulheres casadas ou que vivem em união estável apresentam maiores médias de escores de autoeficácia em amamentar ($p=0,018$).

Embora mães do GC tenham apresentado mediana de idade menor e mães do GI terem apresentado maior predominância de ocupação dona do lar, estas diferenças não foram significativas para impactar na autoeficácia.

Tabela 3. Distribuição dos dados segundo os antecedentes obstétricos. Fortaleza - CE, 2016.

Variáveis	GI (n=66)		GC (n=66)		Valor p
	n	%	n	%	
Paridade					0,541*
Primípara	34	51,5	40	60,6	
Múltipara	32	48,5	26	39,4	
Prática da amamentação anterior					0,080**
Sim	31	96,9	21	80,8	
Não	1	3,1	5	19,2	
Motivo para amamentar Anteriormente					0,488**
Recebeu ajuda e apoio			2	9,5	
Desejou amamentar	21	67,7	13	61,9	
Outros	10	32,3	6	28,6	
Gravidez Planejada					0,282*
Sim	28	42,4	22	33,3	
Não	38	57,6	44	66,7	
Realizou Pré-Natal					1,000**
Sim	65	98,5	65	98,5	
Não	1	1,5	1	1,5	
Recebeu Incentivo para amamentar					0,853*
Sim	44	66,7	45	68,2	
Não	22	33,3	21	31,8	
Tipo de Parto Atual					0,592*
Vaginal	27	40,9	24	36,4	
Cesáreo	39	59,1	42	63,6	
Amamentou na primeira hora após o parto					0,862*
Sim	33	50,0	32	48,5	
Não	33	50,0	34	51,5	

* Teste de Qui-quadrado

** Teste exato de Fisher

Foi evidenciado que não houve diferença entre os grupos no que se refere aos antecedentes obstétricos ($p>0,05$). Apesar do GC apresentar maior número mulheres primíparas e menor número de mães que amamentaram anteriormente, isso não repercutiu de forma significativa nas medianas dos escores da autoeficácia em amamentar.

8.3 Avaliação dos efeitos da intervenção educativa por telefone na autoeficácia materna em amamentar

A intervenção ocorreu por meio de três contatos telefônicos com 7, 15 e 30 dias após a abordagem no alojamento conjunto. Conforme exposto anteriormente, houve perdas e apenas 43 lactantes concluíram todas as etapas da intervenção (65,1% da amostra do GI).

Em relação ao número de tentativas para se obter o êxito do contato para sessões de intervenção, o mesmo variou de 1 a 3, com média de 1 em todos os períodos (7, 15 e 30 dias). A duração do contato durante cada intervenção apresentou mediana de 7 minutos nos três momentos abordados.

A mediana dos dias pós-parto das mulheres em cada sessão de intervenção foi de 7 dias no primeiro momento, 15 no segundo e 30 no terceiro. Logo, percebe-se que esses valores foram iguais aos dos dias pós-parto que foi inicialmente previsto para as ligações de intervenção.

O intervalo de dias pós-parto em que as mulheres foram abordadas quanto ao desfecho foi semelhante aos dois meses, porém apresentou uma pequena diferença estatisticamente significativa aos quatro meses devido ao fato das mulheres do GI atenderem a ligação mais tardiamente (Tabela 4).

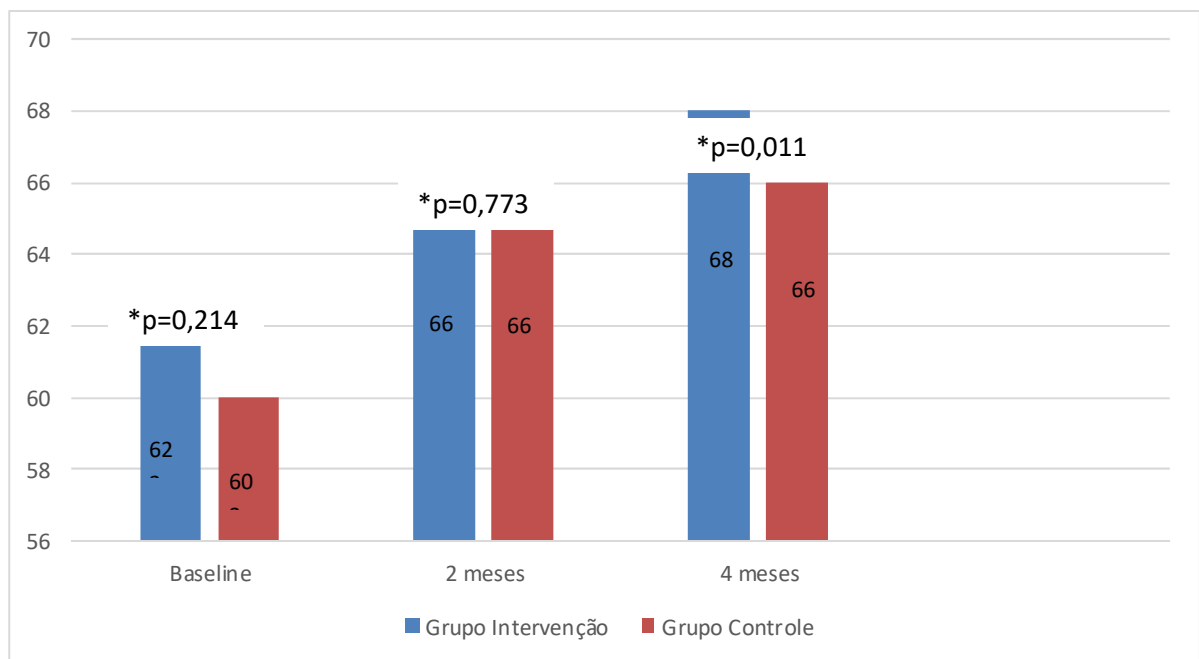
Tabela 04. Distribuição do comparativo entre grupos da mediana dos dias pós-parto durante avaliação dos desfechos aos dois e quatro meses. Fortaleza - CE, 2016.

	GC (n=44) Mediana	Valor p	GI (n=40) Mediana	Valor p
2 meses	62 (62,0-62,5)		62 (60,0-62,5)	0,665
	GC (n=38) Mediana	Valor p	GI (n=39) Mediana	Valor p
4 meses	122 (122,0-127,0)		124 (122-130,0)	0,014

* Teste de U de Mann-Whitney

Evidenciou-se que a mediana dos escores da escala de autoeficácia em amamentar foi a mesma aos dois meses. No entanto, aos quatro meses o GI apresentou níveis mais elevados em comparação com o GC, sendo significativa essa diferença ($p=0,011$). Desse modo, percebe-se que a intervenção educativa por telefone consegue impactar na autoeficácia das mulheres em amamentar a longo prazo (Gráfico 1).

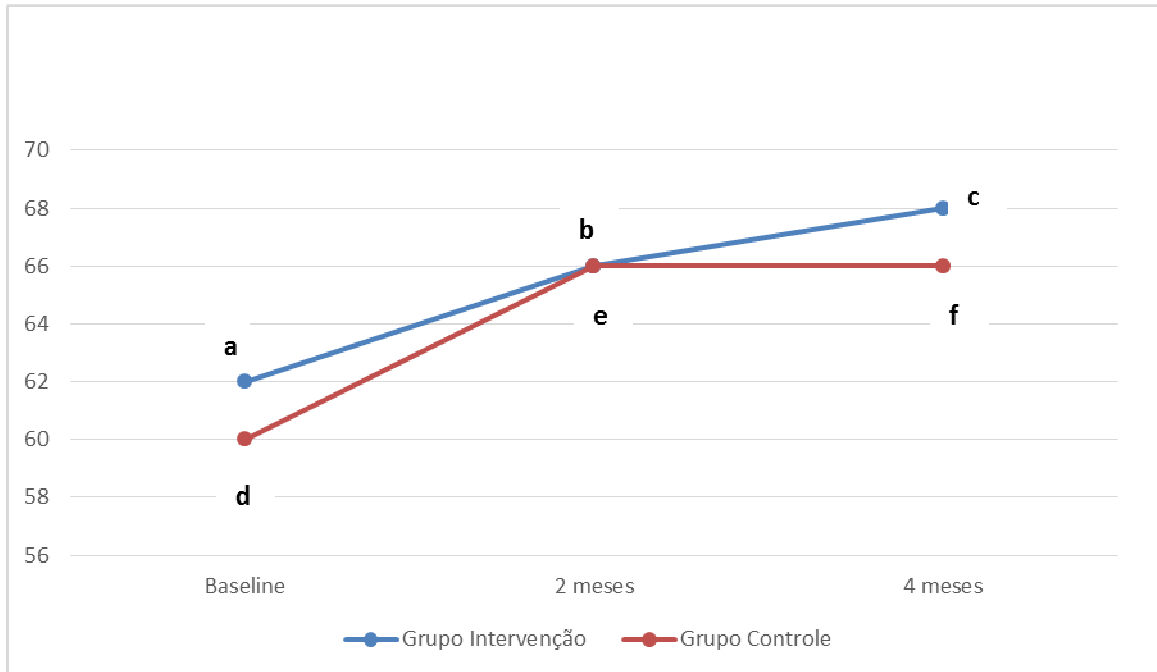
Gráfico 01 - Comparação Intergrupo da mediana dos escores de autoeficácia em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2016.



** Teste de U de Mann-Whitney

A intervenção educativa foi avaliada quanto ao seu efeito na autoeficácia em amamentar intragrupal, como pode ser visto nos gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 - Comparação Intragrupo da mediana do escores de autoeficácia em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2016.



*Teste de U de Mann-Whitney

(a<b p=0,68/ b<c p=0,00/ d<e p=0,00/ e=f p=9,25)

A partir dessas dados foi possível evidenciar que a autoeficácia em amamentar elevou-se aos dois meses em ambos os grupos, porém sendo significativo apenas no GC (p=0,000). Desse modo, percebe-se que com o passar do tempo as mulheres tendem a elevar sua eficácia independente de intervenção.

Porém, identificou-se que houve aumento significativo da autoeficácia em amamentar de dois para quatro meses apenas no GI (p=0,000). Logo, evidencia-se que a intervenção educativa foi capaz de não apenas elevar, mas também manter a confiança da mulher em amamentar seu filho.

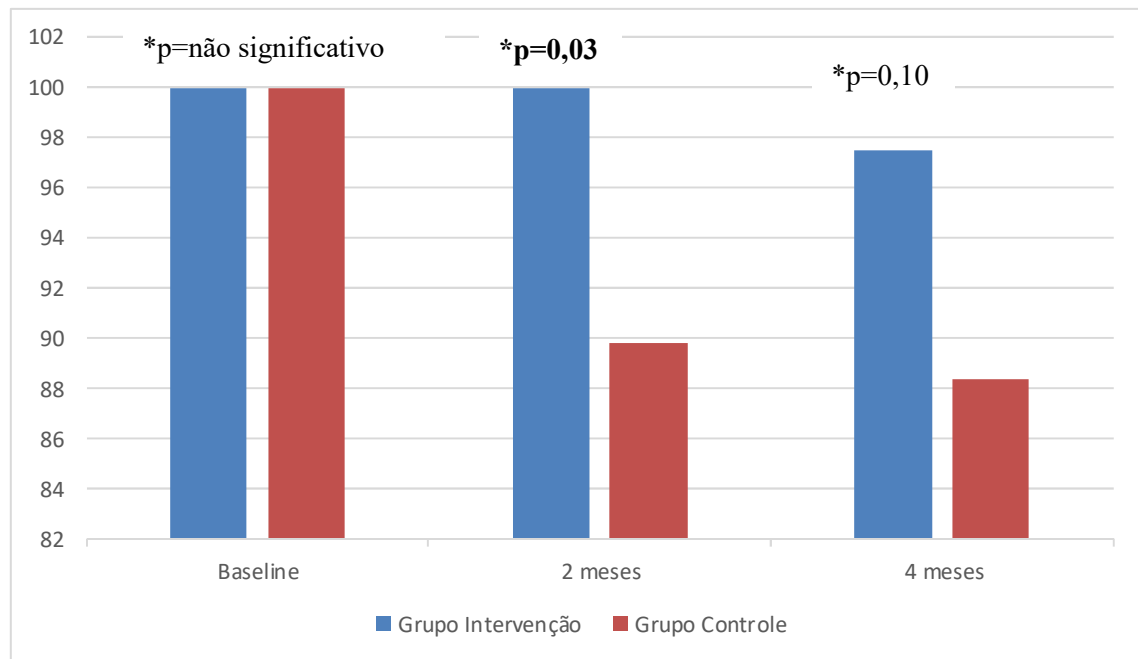
8.4 Efeito da intervenção educativa por telefone na duração e exclusividade do aleitamento materno

No Gráfico 3, a comparação da duração do AM entre grupos apontou que a intervenção educativa foi capaz de manter o AM até dois meses de forma significativa

($p=0,035$) no GI (100% das mães continuaram amamentando), enquanto que no GC houve queda.

Em relação ao quarto mês, também foi possível perceber que o GI manteve maior duração do AM do que o GC ($p=0,109$).

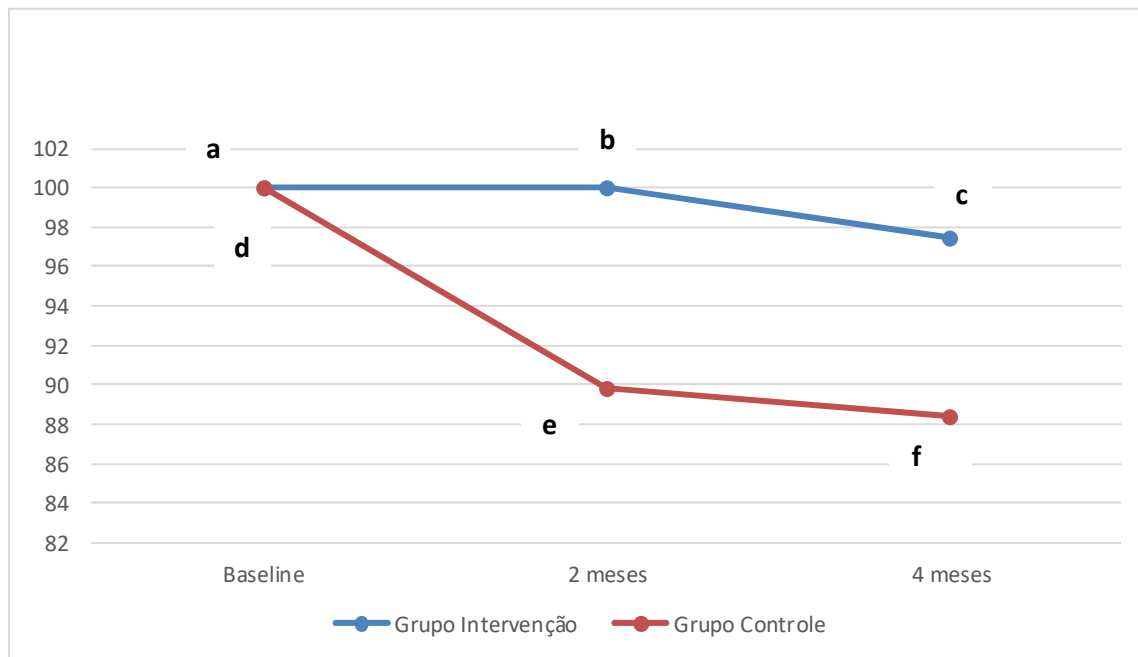
Gráfico 03 - Comparação Intergrupo da duração do aleitamento materno com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2016.



* Teste de U de Mann-Whitney

O gráfico 4 apresenta as comparações da duração do AM intragrupos com o decorrer do tempo.

Gráfico 04 - Comparação Intragrupo da duração em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2016.



*Teste de U de Mann-Whitney

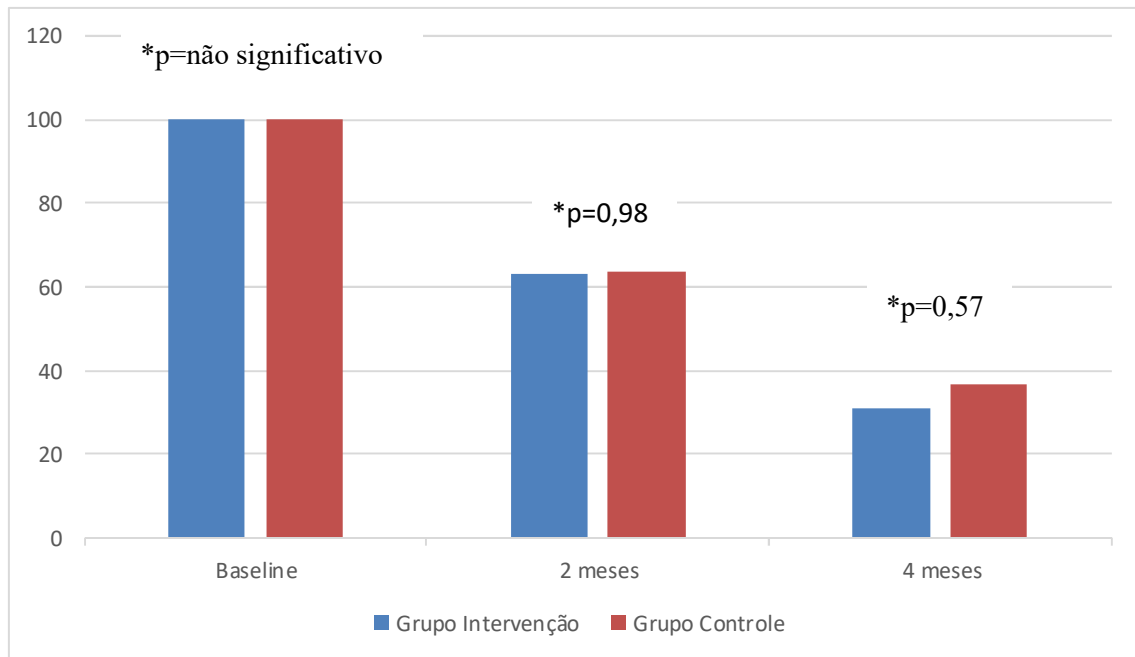
(a=b p= não significativo / b>c p= 0,900/ d>e **p= 0,008** / e>f p= 0,827)

Conforme se percebe, o GI não apresentou queda significativa na duração do AM do baseline para dois meses (p=não significativo). E apesar de ter tido uma leve queda de dois para quatro meses, a mesma não foi significativa (p=0,990). Dessa forma, pode-se afirmar que a intervenção conseguiu impactar na duração do AM tanto a curto (2 meses) como a longo prazo (4 meses).

Por outro lado, o GC apresentou uma diminuição significativa no AME do baseline para os dois meses (p=0,008) e de dois para quatro meses a queda permaneceu (p=0,827).

Para mostrar a comparação entre os grupos quanto a exclusividade do AM foi construído o gráfico 5.

Gráfico 05 – Comparação Intergrupo da exclusividade do aleitamento materno com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2016.

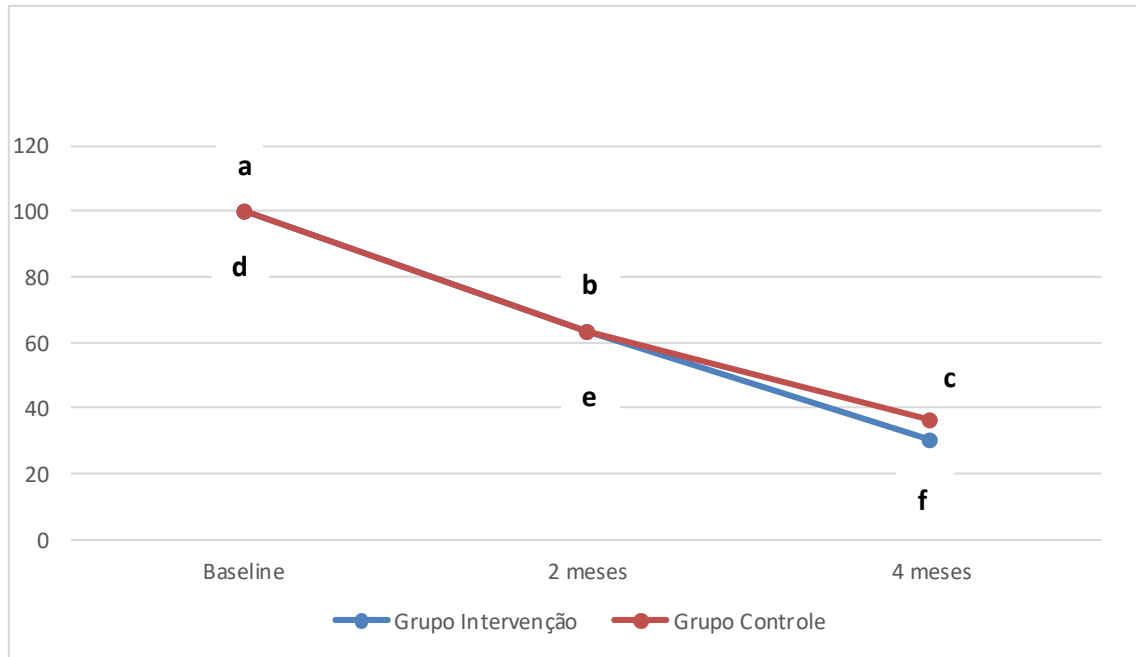


* Qui-Quadrado de Pearson

Em relação a amamentação exclusiva os dados demonstram que o GI e o GC apresentaram pequenas diferenças em relação a exclusividade aos dois e quatro meses ($p=0,983/p=0,573$). Logo, permite-se afirmar que a intervenção educativa não impactou na exclusividade do AM, haja vista que ambos os grupos apresentaram valores aproximados tanto aos dois como aos quatro meses.

O Gráfico 6 mostra as comparações da exclusividade do AM intragrupo com o decorrer do tempo.

Gráfico 06 - Comparação Intragrupo da exclusividade do aleitamento materno com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, 2016.



* Qui-Quadrado de Pearson

($a > b$ $p=0,000$ / $b > c$ $p=0,003$ / $d > e$ $p=0,000$ / $e > f$ $p=0,015$)

O Gráfico 6 indica que ambos os grupos apresentaram uma queda significativa da exclusividade aos dois ($p=0,000$; $p=0,000$) e quatro meses ($p=0,003$; $p=0,015$), sendo evidenciado que a intervenção educativa não foi eficaz em manter o aleitamento exclusivo.

8.5 Avaliação dos fatores relacionados a duração e exclusividade do aleitamento materno

Das 132 mães avaliadas no início da pesquisa, 47 deixaram de amamentar aos dois meses e 55 aos 4 meses. Diante desse contexto, é importante analisar os fatores que estão ligados ao perfil das mulheres e que podem estar associados a maior duração e exclusividade do AM.

A Tabela 5 aponta os fatores relacionados a que estão relacionados a duração do AM.

Tabela 05. Identificação dos fatores relacionados a duração do aleitamento materno. Fortaleza-CE, 2016.

Variáveis	AM até dois meses		RC (IC 95%)	Valor p	AM até quatro meses		RC (IC 95%)	Valor p
	Sim	Não			Sim	Não		
Faixa etária								
Menos de 18 anos	9 (45)	11 (55)	1	0,183**	10 (50)	10 (50)	1	0,737*
18 a 25 anos	37 (61,7)	23 (38,3)	1,97 (0,71 - 5,47)		34 (56,7)	26 (43,3)	1,31 (0,47 - 3,61)	
26 a 35 anos	29 (72,5)	11 (27,5)	3,22 (1,05 - 9,89)		25 (62,5)	15 (37,5)	1,67 (0,56 - 4,93)	
36 anos ou mais	9 (75)	3 (25)	3,67 (0,76 - 17,73)		8 (66,7)	4 (33,3)	2 (0,45 - 8,84)	
Estado Civil								
Com parceiro	67 (65,7)	35 (34,3)	1,46 (0,64 - 3,36)	0,367*	62 (60,8)	40 (39,2)	1,55 (0,68 - 3,51)	0,292*
Sem parceiro	17 (56,7)	13 (43,3)	1		15 (50)	15 (50)	1	
Escolaridade								
Baixa	5 (100)	-	-	0,016**	5 (100)	-	-	0,014**
Média	11 (42,3)	15 (57,7)	1		10 (38,5)	16 (61,5)	1	
Alta	68 (67,3)	33 (32,7)	2,81 (1,16 - 6,79)		62 (61,4)	39 (38,6)	2,54 (1,05 - 6,17)	
Amamentou anteriormente								
Sim	33 (63,5)	19 (36,5)	1,74 (0,32 - 9,48)	0,664**	29 (55,8)	23 (44,2)	1,26 (0,23 - 6,84)	1,000**
Não	3 (50)	3 (50)	1		3 (50)	3 (50)	1	
Gravidez Planejada								
Sim	35 (70)	15 (30)	1,57 (0,74 - 3,32)	0,235*	35 (70)	15 (30)	2,22 (1,06 - 4,68)	0,631**
Não	49 (59,8)	33 (40,2)	1		42 (51,2)	40 (48,8)	1	
Recebeu Incentivo para Amamentar								
Sim	57 (64)	32 (36)	1,06 (0,5 - 2,25)	0,888*	54 (60,7)	35 (39,3)	1,34 (0,64 - 2,8)	0,433*
Não	27 (62,8)	16 (37,2)	1		23 (53,5)	20 (46,5)	1	
Tipo de Parto Atual								
Vaginal	35 (68,6)	16 (31,4)	1,43 (0,68 - 3)		32 (62,7)	19 (37,3)	1,35 (0,66 - 2,76)	0,415*
Cesáreo	49 (60,5)	32 (39,5)	1	0,344*	45 (55,6)	36 (44,4)	1	
Amamentou na primeira hora de vida								
Sim	47 (72,3)	18 (27,7)	2,12 (1,02 - 4,38)	0,041*	45 (69,2)	20 (30,8)	2,46 (1,21 - 5,02)	0,012*
Não	37 (55,2)	30 (44,8)	1		32 (47,8)	35 (52,2)	1	

* Teste de Qui-quadrado ** Teste de Mann-Whitney

Evidenciou-se que as mulheres com alta escolaridade e as que amamentaram na primeira hora de vida apresentam maiores chances de amamentar por mais tempo (tanto aos

dois meses, quanto aos quatro meses). A Tabela 06 aponta os fatores que podem estar relacionados a exclusividade do aleitamento materno.

Tabela 06. Identificação dos fatores relacionados a exclusividade do aleitamento materno.

Variáveis	AME até dois meses		RC (IC 95%)	Valor p	AME até quatro meses		RC (IC 95%)	Valor p
	Sim	Não			Sim	Não		
Faixa etária								
Menos de 18 anos	5 (50)	5 (50)	1		1 (10)	9 (90)	1	
18 a 25 anos	23 (62,2)	14 (37,8)	1,64 (0,4 - 6,71)	0,673**	10 (29,4)	24 (70,6)	3,75 (0,42 - 33,63)	0,174**
26 a 35 anos	19 (65,5)	10 (34,5)	1,9 (0,44 - 8,16)		12 (48)	13 (52)	8,31 (0,91 - 75,73)	
36 anos ou mais	7 (77,8)	2 (22,2)	3,5 (0,47 - 25,9)		3 (37,5)	5 (62,5)	5,4 (0,44 - 66,67)	
Estado Civil								
Com parceiro	44 (64,7)	24 (35,3)	1,28 (0,43 - 3,8)	0,652*	24 (38,7)	38 (61,3)	4,11 (1,23 - 19,81)	0,048*
Sem parceiro	10 (58,8)	7 (41,2)	1		2 (13,3)	13 (86,7)	1	
Escolaridade								
Baixa	4 (80)	1 (20)	4,8 (0,4 - 58,02)	0,339**	2 (40)	3 (60)	2,67 (0,25 - 28,44)	0,649**
Alta	45 (65,2)	24 (34,8)	2,25 (0,62 - 8,14)		22 (35,5)	40 (64,5)	2,2 (0,43 - 11,28)	
Média	5 (45,5)	6 (54,5)	1		2 (20)	8 (80)	1	
Amamentou anteriormente								
Sim	23 (69,7)	10 (30,3)	4,6 (0,37 - 56,75)	0,253**	10 (34,5)	19 (65,5)	1,05 (0,08 - 13,08)	1,000**
Não	1 (33,3)	2 (66,7)	1		1 (33,3)	2 (66,7)	1	
Gravidez Planejada								
Sim	27 (75)	9 (25)	2,44 (0,95 - 6,27)	0,060*	13 (37,1)	22 (62,9)	1,32 (0,51 - 3,4)	0,567*
Não	27 (55,1)	22 (44,9)	1		13 (31)	29 (69)	1	
Tipo de Parto Atual								
Cesáreo	32 (64)	18 (36)	1,05 (0,43 - 2,57)	0,914*	16 (35,6)	29 (64,4)	1,21 (0,46 - 3,19)	0,694*
Vaginal	22 (62,9)	13 (37,1)	1		10 (31,3)	22 (68,8)	1	
Amamentou na primeira hora de vida								
Sim	33 (70,2)	14 (29,8)	1,91 (0,78 - 4,67)	0,155*	17 (37,8)	28 (62,2)	1,55 (0,58 - 4,13)	0,377*
Não	21 (55,3)	17 (44,7)	1		9 (28,1)	23 (71,9)	1	

Fortaleza - CE, 2016.

* Teste de Qui-quadrado ** Teste de Mann-Whitney

Na população estudada apenas o estado civil influenciou na exclusividade do AM. Logo, as mulheres que vivem com o parceiro apresentam mais chance de praticar o AME aos quatro meses.

9. DISCUSSÃO

9.1 Caracterização das participantes e sua relação com o processo de autoeficácia em amamentar

Quando a temática consiste da utilização de práticas educativas para a mudança de comportamento relacionados a amamentação, as variáveis sociodemográficas e obstétricas das participantes são importantes aspectos a serem considerados. Referida importância está no fato de que a partir do conhecimento dessas características pode-se realizar o melhor planejamento das ações, sobretudo no que diz respeito à adequação do perfil da clientela, buscando, dessa forma, planejar ações específicas, de acordo com a realidade da população envolvida.

Desse modo, de acordo com os testes estatísticos aplicados, foi possível averiguar que o GI e o GC são semelhantes quanto as características sociodemográficas e obstétricas, exceto no que diz respeito ao estado civil, no qual foi evidenciado que mulheres casadas ou vivendo em união estável apresentam maiores escores na autoeficácia em amamentar ($p=0,018$).

O fato de as mães conviverem com um parceiro pode auxiliar favoravelmente para aumento da autoeficácia em amamentar (DODT *et al.*, 2013), pois o suporte do pai faz a mulher sentir-se confiante, sendo fator fundamental para decisão da mulher em amamentar (SILVA, SANTIAGO, LAMONIER, 2012; HENRY *et al.*; 2010).

O apoio do parceiro às mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal favorece a duração e manutenção da amamentação, sendo considerado fator protetor da amamentação ($p<0,05$) (UCHÔA *et al.*, 2014) (BARBOSA *et al.*, 2009). Logo, percebe-se a necessidade do enfermeiro dispor de atenção especial a esse público específico, no sentido de promover a confiança desde o pré-natal, para que esse aspecto não venha a contribuir de modo negativo no início e duração do AM.

A idade não influenciou na autoeficácia em amamentar, mesmo o GC apresentando mulheres com média de idade menor que o GI. No entanto, há evidências de que mães mais jovens tendem a amamentar por período mais curto, sendo necessário estímulo mediante de estratégias de educação em saúde para que mantenham a amamentação até os seis meses (ORIÁ, 2010; UCHÔA *et al.*, 2014).

O trabalho dentro do lar contribui para adesão ao AM, visto que essa aproximação favorece o vínculo entre a mãe e filho e ainda propicia maior disponibilidade da mãe para amamentar o seu filho (FRAGOSO, FORTE, 2011). Apesar das mães do GI ter apresentado predominância de ocupação dona do lar, esta diferença não foi significativa. Porém, é

importante ressaltar que esse aspecto pode ser considerado como fator de proteção para o AME, posto que mulheres que trabalham fora do lar tendem a ficar mais preocupadas com a adaptação da criança e oferecem precocemente a mamadeira (ISSLER *et al.*, 2010).

A maioria das mulheres do GC era primípara, porém não houve diferença entre os grupos para impactar na autoeficácia em amamentar. Importante salientar que a autoeficácia pode ser influenciada pela primiparidade como fator de risco para baixa autoeficácia em amamentar, bem como para o desmame precoce ($p= 0,020$) (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014; UCHOA *et al.*;2014).). Daí a importância das primíparas receberem aconselhamento e diferentes estímulos, para que obtenham êxito em sua primeira experiência de amamentar, posto que a experiência pessoal é considerada a fonte mais poderosa da autoeficácia em amamentar, sendo imprescindível que esse momento se faça de maneira eficaz para que o sucesso da prática do AM perdure para os próximos filhos.

Evidenciou-se na pesquisa em questão que um menor número de mães do GC havia amamentado anteriormente em comparação com o GI, porém não repercutindo estatisticamente nas medianas dos escores da autoeficácia em amamentar. No entanto, é pertinente enfatizar que mães com experiência anterior de amamentação apresentam níveis mais elevados de autoeficácia ($p= 0,034$) (DODT *et al.*; 2013; DENNIS *et al.*, 2011).

Por outro lado, a literatura aponta que dentre os fatores associados ao abandono do AM durante os primeiros seis meses de vida, a ausência da experiência com a amamentação foi a variável com maior risco para o abandono da AM (ROIG *et al.*, 2010). Nesse sentido, este aspecto deve ser considerado pelos profissionais de saúde em atividades desenvolvidas em unidades de cuidados primários, mediante o diálogo compartilhado em que uma paciente com experiência de amamentar positiva compartilha suas experiências com mulheres que nunca amamentaram, ou que tiveram prévia experiência negativa em amamentar.

9.2 Efeitos da Intervenção Educativa para Autoeficácia em Amamentar, Duração e Exclusividade do Aleitamento Materno

Após a análise dos desfechos apenas 77 puérperas concluíram todas as etapas do estudo, havendo perda de 65,1% da amostra inicial. Essa perda é considerada alta devido ao fato que autores apontam que ECR com perdas acima de 20% não deveriam ser aceitos (NOBRE *et al.*, 2004). Entretanto, pesquisas que utilizam o telefone como método de acompanhamento da amamentação gera perdas significativas durante o processo de

intervenção (variando de 25,7% a 61,2%) (FU *et al.*; 2014, BUNIK *et al.*; 2010, CARLSEN *et al.*; 2013).

Não ter conseguido o contato com as participantes foi o principal motivo relacionado a tecnologia do telefone que levou a perdas da amostra durante as sessões de intervenções, sendo esse achado semelhante aos de outros estudos que também expressaram perdas elevadas (BUNIK *et al.*; 2010, CARLSEN *et al.*; 2013).

Dessa forma, percebe-se que apesar do telefone ser uma tecnologia acessível nos dias atuais (IBGE, 2013), e de pesquisas apontarem o telefone como uma estratégia viável e benéfica para intervenções em saúde (HANNULA; KAUNONEN; TARKA, 2008; LAVENDER *et al.*, 2013), o mesmo possui algumas limitações, como a interrupção do cuidado prestado pela dificuldade na comunicação.

O tempo dedicado a cada intervenção variou de 5-13 minutos, com a média nas três sessões em torno de 7 minutos. Em ECR o utilizando acompanhamento telefônico diário realizado por uma equipe de amamentação até 14 dias pós-parto, apresentou duração média das ligações de 3 minutos, e revelou aumento de 23% nas taxas de amamentação e de 22% no AME no GI em 6-8 semanas pós-parto (HODINOTT *et al.*; 2012). Logo, infere-se que o contato breve é suficiente para gerar impacto nas taxas de AM.

Evidenciou-se que a intervenção educativa realizada nessa pesquisa proporcionou elevação da autoeficácia materna em amamentar aos dois e, especialmente aos quatro meses ($p=0,011$).

Esses achados assemelham-se aos de pesquisa internacional na qual uma intervenção educativa centrada na autoeficácia em amamentar realizada por telefone em mulheres primíparas apontou que não houve diferença entre os grupos na autoeficácia em amamentar a curto prazo, apesar de mães do GI terem apresentado maior média de pontuação da BSES-SF a 4 (58,4 vs 55,0) e 8 semanas pós-parto (59,0 vs 54,9) do que o GC (MCQUEEN *et al.*, 2011).

Portanto, percebe-se que a curto prazo as mães elevam sua autoeficácia em amamentar independente de intervenção, acredita-se que em razão de fatores pré-existentes como a experiência anterior da amamentação e orientações recebidas ao longo do pré-natal, sendo imprescindível intervenções como essa para buscar manter a confiança por um longo período como é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009).

A intervenção educativa foi capaz de manter o AM até dois meses ($p=0,035$), indicando a melhor performance posto que 100% das mães continuaram amamentando nesse período em comparação com o GC que teve queda significativa ($p= 0,008$). Aos quatro meses

também foi possível perceber que o GI manteve maior duração do AM do que o GC ($p=0,109$).

Assim, afirmar-se que a intervenção proposta conseguiu impactar na duração do AM tanto a curto prazo (2 meses) como a longo prazo (4 meses), mostrando que as intervenções que tem como proposta promover a autoeficácia da mãe em amamentar conseguem impactar na duração do AM.

Em relação a exclusividade do AM, evidenciou-se que a intervenção realizada não repercutiu nesse aspecto nem a curto nem a longo prazo. Esse achado nos remete a pensar o quanto o AME envolve outros fatores e não apenas a autoeficácia, não sendo suficiente trabalhar apenas esse fator para impactar no tipo de dieta da criança.

Portanto, os resultados expostos comprovam que a tese de que “a aplicação de intervenção educativa realizada pela enfermeira via telefone centrada na autoeficácia em amamentar e através da abordagem da entrevista motivacional eleva a autoeficácia das mães em amamentar, aumenta a duração do AM, porém não impacta na exclusividade do AM”.

Como visto na revisão sistemática apresentada nessa tese, atualmente, diversas pesquisas têm utilizado o telefone como tecnologia denotando resultados satisfatórios ou não quanto a duração e exclusividade do AM.

A intervenção educativa realizada nessa pesquisa foi de curta duração (4 semanas) e promovida por enfermeira treinada. Ao comparar essa intervenção com outras realizadas por um mesmo período de tempo, pode-se perceber que esta apresentou resultados melhores na duração e exclusividade do AM em relação ao estudos internacionais.

Estudo americano utilizando o suporte telefônico realizado por enfermeiros durante as duas primeiras semanas pós-parto evidenciou que ambos os grupos não tiveram diferenças significativas quanto as taxas de amamentação e a duração do AM em 1 mês ($p=0,9$), 3 meses ($p=0,38$) e 6 meses ($p=0,16$). Também não houve diferença em relação exclusividade da amamentação em um mês ($p=0,82$), 3 meses ($p=0,13$) e 6 meses ($p=0,10$) (BUNIK *et al.*, 2010).

Outro estudo americano avaliou se o aumento do apoio a amamentação realizado por consultores de lactação e através do suporte telefônico por 72 horas pós-parto em mulheres obesas era capaz de melhorar as taxas de AM e AME. Foi possível evidenciar que a duração da amamentação foi de 4,3 semanas mais curto no GI do que no GC ($p= 0,08$), sendo observado também aos 30 e 90 dias ($p =0,10$ e $p=0,08$, respectivamente). A duração do AME foi de 4,7 semanas mais curto no GI que no GC (RASMUSSEN *et al.*, 2010).

Apesar dos estudos acima apresentarem limitações importantes, tais como: reduzido número da amostra, público específico, não utilização de um referencial teórico; os achados nos permite perceber que intervenções educativas realizadas por um curto período de tempo (um mês) apresentam lacunas quanto a sua eficácia.

O estudo de Fu *et al.*; (2014) foi o único realizado a curto prazo que obteve efeito satisfatório na duração e exclusividade do AM. A intervenção consistiu em suporte telefônico centrado nos problemas das lactantes, sendo realizado por enfermeiros consultores em lactação até quatro semanas pós-parto. Os participantes do GI foram significativamente mais propensos a continuar a amamentação, tanto em um mês (76,2 versus 67,3%; OR: 1,63) como em 2 meses (58,6 versus 48,9%; OR: 1,48). A intervenção aumentou significativamente as taxas de AME com 1 mês (GI= 28,4% GC= 16,9% OR= 1,89 p=0,003), e o GI foi mais propenso a manter o AME até o sexto mês. Acredita-se que um fator importante para esses achados positivos foi a presença de enfermeiros treinados ou consultores em lactação, bem como a intervenção ter sido centrada nos problemas e dúvidas das puérperas.

Intervenções realizadas a longo prazo vêm mostrando-se uma estratégia eficaz para a promoção do AM. ECR realizado na Malásia envolvendo 675 puérperas testou a eficácia de um suporte telefônico realizado até o sexto mês pós-parto por consultores em lactação (NORZAKIAH *et al.*; 2013). Os resultados evidenciaram que as taxas de AM foram maiores no GI quando comparados com o GC (6 meses: GI= 90,6% versus GC = 86,1% p= 0,276). A intervenção proposta foi eficaz para aumentar a taxa de AME no GI somente no primeiro mês pós-parto (GI: 84,3% vs GC: 74,7% p= 0,042), embora as mulheres que receberam a intervenção também tenham sido mais propensas a continuar o AME com 4 e 6 meses pós-parto (4º mês OR:1,13; 6º mês OR: 1,04) (NORZAKIAH *et al.*, (2013)

Em outra pesquisa que envolveu 406 mulheres hispânicas foi utilizada intervenção educativa desde o último trimestre do pré-natal até seis meses pós-parto, sendo promovida também por consultores em lactação. A duração do AM no GI foi maior com uma média de 20,2 semanas de amamentação versus 13,7 semanas do GC (p=0,024). As taxas de AME apesar de terem sido mais elevadas no GI do que no GC, não foram significativas. No entanto, as mulheres do GI foram mais propensas a continuar o AME nos diversos períodos de avaliação (OR72hrs = 1,1, OR 1mês = 1,6, OR 3 meses = 1,7 e OR 6 meses = 2,6) (EFRAT *et al.*; 2015).

Em pesquisa realizada na Dinamarca (CARLSEN *et al.*; 2013) com 453 mulheres obesas aplicou-se a intervenção educativa por via telefônica por consultores em lactação até o sexto mês pós-parto, sendo abordado aspectos físicos e psicológicos relacionados à

amamentação. A intervenção mostrou-se efetiva na duração do AM, revelando uma média de 184 dias no GI e 108 dias no GC ($p=0,002$). Além disso, a intervenção foi capaz de aumentar a duração do aleitamento exclusivo, com o GI apresentando média de 120 dias de AME, enquanto o GC de somente 41 dias ($p=0,003$).

Apesar da maioria das intervenções a longo prazo apresentarem efeitos positivos na promoção do AM, é preciso atentar para outros aspectos relacionados a intervenção para conseguir efeitos satisfatórios. Nessa perspectiva, um ECR utilizando o suporte telefônico até o sexto mês não obteve diferença na duração da amamentação (63,9% versus 67,9%; RR:1.02, 95%), bem como na exclusividade entre os grupos aos seis meses (17,7% versus 16,6%; RR: 0:94, 95%). Acredita-se que esses resultados ineficientes podem ter ocorrido devido ao fato do suporte telefônico ter sido realizado por parteiras e não por profissionais treinados e certificados em lactação (MCDONALD *et al.*; 2010).

Nesse sentido, infere-se que a competência dos profissionais promotores da intervenção é algo essencial para a condução da intervenção, permeando aspectos desde o diálogo entre profissional e cliente até o domínio e a experiência, sendo fundamental o treinamento e capacitação dos profissionais responsáveis por intervir.

Em relação ao impacto do provedor de saúde nas intervenções para as taxas de AM e AME, pode-se perceber que intervenções realizadas por profissionais de saúde, treinados ou até mesmo certificados como consultores em lactação apresentam resultados mais satisfatórios em relação a intervenções realizadas por pares.

O suporte por pares consiste em orientações e depoimentos realizados por pessoas que vivenciaram uma experiência semelhante, é o chamado *peer support*, conhecido como suporte por conselheiros. No contexto da amamentação, pesquisas vêm utilizando mulheres com experiências de sucesso em amamentar para realizar as orientações.

Em ECR incluindo 120 gestantes foi desenvolvida uma intervenção mediante suporte telefônico realizado por conselheiros por pares até o quarto mês pós-parto no intuito de apoiar e orientar o AM. Os resultados apontaram que não houve diferença na duração da amamentação entre o GI e GC, em uma média de seis semanas (GI = 7,0 semanas, GC = 6,0 semanas). As taxas de amamentação do GI foram superiores ao GC somente com 1 mês (1mês: GI = 68% GC=53% $p= 0,14$). Também não houve diferença nas taxas de AME entre o GI e o GC com 1 mês ($p= 0,51$) e com 6 meses ($p=0,51$) (GANGA *et al.*, 2015).

Outro estudo proporcionou ao GI o aconselhamento telefônico por pares a 1948 gestantes participantes de um Programa de Nutrição, sendo comparado três grupos: GC= recebeu cuidados padrões de amamentação; GI1= aconselhamento com baixa frequência (4

ligações) e GI2= aconselhamento com alta frequência (8 ligações). Observou-se que apesar do aconselhamento de alta frequência ter aumentado em 22% a probabilidade do AME aos três meses no GI (RR: 1,22), não houve diferença entre os grupos de aconselhamento na duração e exclusividade do AM (REEDER *et al.*; 2016).

No estudo de Pugh *et al.*, (2010) a intervenção também testou um suporte por telefone realizado por pares até o sexto mês pós-parto, associado a visitas hospitalares e domiciliares realizadas por enfermeiros. Foi evidenciado que o GI apresentou taxas de AM maior com seis semanas após o parto (66,7% versus 56,9%; OR: 1,72; p=0,03). Porém, aos três e seis meses essas taxas foram semelhantes entre os dois grupos. Ressalta-se que na amamentação exclusiva não foi avaliada nessa pesquisa.

Apesar desses achados, a literatura aponta pesquisas que utilizaram intervenções do tipo aconselhamento por pares com resultados satisfatórios, contudo o suporte desses conselheiros estavam associado ao aconselhamento de forma presencial. Logo, percebe-se a necessidade de investir em treinamentos para que esse tipo de conselheiro possa atuar com sucesso no suporte telefônico.

Associação de intervenções também podem ter um efeito satisfatório na mudança de comportamento em saúde, pois para teóricos cognitivistas, esquecer ou ter dificuldade de lembrar da informação da memória de longo prazo é considerado uma das principais barreiras da aprendizagem (BASTABLE, 2010). Desse modo, é viável sugerir propostas de intervenções que aliem o componente educativo com o comportamental, no intuito de se obter melhores resultados.

Pesquisas atuais já vêm mostrando os efeitos positivos as associação de intervenções. Um ECR envolveu 945 nigerianas integrantes de um programa de microcrédito no qual foi implementado um aconselhamento com o objetivo de aumentar o início precoce do AM e manter a exclusividade do aleitamento. Esse aconselhamento era composto por sessões, acompanhamentos por telefone, mensagens de textos e uso de canções e dramatizações no momento dos encontros. Os achados demonstraram que a intervenção foi eficaz em relação ao AME, pois as chances de AME no GI foi maior do que no GC com 1 mês (73% versus 61%, OR: 1.6 IC: 0.6-1.8 p=0,10), 3 meses (71% versus 58%, OR: 1.8 IC: 1.1-3.0 p<0,05) e 6 meses (64% versus 43%, OR: 2.4 IC: 1.4-4.0 p<0,01), sendo significativo com 3 e 6 meses (FLAX *et al.*, 2016)

Diante do exposto, a contribuição mais relevante dessa pesquisa é tornar evidente que o suporte telefônico consiste em uma tecnologia viável de ser utilizada na promoção do

AM, principalmente se utilizado com o componente educativo, podendo ser idealizado e aplicado nos serviços de saúde com o intuito de melhorar as taxas de aleitamento materno.

No entanto, é importante salientar que o telefone deve ser considerado uma forma de suporte ou apoio na assistência ao binômio mãe-filho para promoção do aleitamento materno, não devendo nunca substituir o contato, a atenção e o cuidado direto dos profissionais ao binômio mãe-filho.

9.3 Avaliação dos fatores relacionados a duração e exclusividade do Aleitamento Materno

Foi evidenciado neste estudo a relação da escolaridade com a duração do AM aos dois ($p=0,016$; RC: 2,8; IC 95%: 1,16-6,79) e quatro meses ($p=0,014$; RC: 2,54; IC 95%: 1,05-6,17). Achados semelhantes a esses foram encontrados em pesquisa via inquéritos do Rio de Janeiro, conduzidos em 1998 e 2000, os quais evidenciaram que as mulheres com maior escolaridade apresentaram maiores prevalências de AME ($p=0,001$) (DAMIÃO, 2008).

Em estudo transversal realizado na unidade geral de internação pediátrica e no ambulatório de pediatria com 106 crianças apontou que das mães que apresentavam mais de 8 anos de estudo, 34 (61,8%) amamentaram por 4 meses ($p<0,327$) (SCHWARTZ *et al.*, 2012). Logo, pode-se reconhecer que a escolaridade é uma variável de relevância no contexto da amamentação, considerando que o menor nível de estudo também pode estar relacionado com o abandono mais rápido do AM (≤ 8 anos de estudo; $p=0,004$) (MARGOTTI, EPIFANIO, 2014; ROIG *et al.*; 2010; HENRY *et al.*, 2010).

Assim, percebe-se a necessidade da atuação dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro que é responsável pelo pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família, no que diz respeito a intensificar ações destinadas a esse público específico, sabendo que o mesmo apresenta maior risco de evoluir para o desmame precoce.

Observou-se que as mulheres que amamentaram na primeira hora de vida apresentaram maior duração do AM aos dois ($p=0,041$; RC: 2,12; IC 95%: 1,02-4,38) e quatro meses ($p=0,012$; RC: 2,46; IC 95%: 1,21-5,02), sendo um dado extremamente positivo posto que a amamentação na primeira hora de vida tem efeito protetor sobre a mortalidade neonatal ($p = 0,046$) (BOCCOLINI *et al.*, 2013). Logo, evidencia-se a importância das maternidades adotarem a amamentação na primeira hora de vida como prática essencial.

Diversos fatores foram apontados como influenciadores negativos da não amamentação na primeira hora de vida: baixa renda, idade materna menor que 25 anos, baixa

escolaridade, cesariana, ausência de consultas pré-natais, prematuridade e falta de orientação sobre amamentação no pré-natal. Dentre estes, a cesariana foi o fator de risco mais consistente para não amamentação na primeira hora de vida (ESTEVES *et al.*, 2014).

Sabendo que a decisão sobre o tipo de parto acontece ainda na gestação, aponta-se a necessidade do enfermeiro focar este aspecto desde o pré-natal, revelando para a gestantes os benefícios do parto vaginal e o quanto repercute positivamente na amamentação.

Em relação a exclusividade da amamentação, esta tese revelou que as mulheres que vivem com parceiros tiveram mais chance de praticar esse tipo de dieta do que as mulheres sem parceiro ($p=0,048$; RC: 4,11; IC 95%: 1,23-19,81). Em pesquisa também realizada no município de Fortaleza mostrou que das mulheres que eram casadas ou envolvidas em uma união estável, os maridos estavam mais envolvidos na vida familiar, e, conseqüentemente, no incentivo à prática do AM (HENRY *et al.*; 2010).

Com efeito, percebe-se a importância do papel do pai durante o ciclo-gravídico puerperal, repercutindo de forma positiva na saúde da criança. Logo, estratégias que busquem vincular o pai ao processo de AM devem ser estimuladas para melhorar as taxas de AME.

10. CONCLUSÃO

O presente estudo foi conduzido com a hipótese de que estratégias educativas realizadas por enfermeiros por meio de contatos telefônicos podem contribuir para melhorar a autoeficácia em amamentar, a duração e a exclusividade do aleitamento materno.

De acordo com a efetivação desse estudo, pode-se concluir que:

✓ As mães se sentem confiantes no ato de amamentar desde o início da amamentação, expressando elevada e média autoeficácia em amamentar, o que remete à boa expectativa delas com relação ao AM do filho. Porém, esses altos índices de autoeficácia não indicam a ausência de dificuldades, sendo necessário acompanhamento durante todo o período da amamentação posto que a autoeficácia é um fator susceptível à mudança.

✓ O estado civil foi fator influenciador na confiança das mulheres em amamentar. De modo que mulheres casadas ou vivendo em união estável apresentaram maiores escores na autoeficácia em amamentar do que mulheres solteiras ($p=0,018$). Logo, percebe-se a necessidade do profissional enfermeiro dispor de uma atenção especial a esse público específico, no sentido de promover a confiança desde o pré-natal, para que esse aspecto não venha a contribuir de forma negativa no início e duração do AM.

✓ A intervenção educativa realizada via suporte telefônico proporcionou elevação da autoeficácia materna em amamentar aos dois e quatro meses, sendo significativo seu poder de manter a elevação da confiança em amamentar a longo prazo (4 meses) ($p=0,011$). Assim, percebe-se que a curto prazo as mães elevam sua autoeficácia em amamentar independente de intervenção, acredita-se que devido a fatores pré-existentes como a experiência anterior da amamentação e orientações recebidas ao longo do pré-natal, sendo imprescindível intervenções como essa para manter a confiança por um longo período.

✓ A intervenção educativa foi capaz de manter o AM até dois meses ($p=0,035$), apontando que todas as mulheres continuaram amamentando nesse período em comparação com o GC que teve queda significativa ($p=0,008$). Aos quatro meses também foi possível perceber que o GI manteve maior duração do AM do que o GC ($p=0,109$).

✓ A intervenção realizada não conseguiu impactar nem a curto nem a longo prazo na exclusividade do aleitamento materno. Esse achado nos faz vislumbrar o quanto o AME envolve outros fatores influenciadores e não apenas a autoeficácia, não sendo suficiente focar apenas esse fator para impactar na exclusividade do AM.

✓ Portanto, os resultados expostos comprovam a tese de que “a aplicação de intervenção educativa realizada pela enfermeira via telefone centrada na autoeficácia em

amamentar e através da abordagem da entrevista motivacional eleva a autoeficácia das mães em amamentar, aumenta a duração do AM, porém não impacta na exclusividade do AM”.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbra-se a importância dos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, na atuação diante do puerpério imediato no AC e no acompanhamento do AM em consultas de puericultura, utilizando estratégias direcionadas de educação em saúde como ferramenta com o intuito de manter a confiança materna, bem como focar em aspectos que possam interferir nela.

Pode-se concluir que a aplicação de intervenção educativa de curto prazo realizada pela enfermeira via telefone centrada na autoeficácia em amamentar e através da abordagem da entrevista motivacional consegue elevar a autoeficácia das mães em amamentar, aumentar a duração do AM, porém não consegue impactar na exclusividade do AM.

Em relação à enfermagem, o uso do telefone surge como uma estratégia potencial para o cuidado holístico, ampliando as ações em saúde, representando uma evolução frente ao cuidado tradicional. Logo, acredita-se que a pesquisa pode contribuir com a inovação da metodologia de atendimento utilizada nos serviços de atenção primária, considerando que se trata de uma nova possibilidade de estratégia a ser agregada às já utilizadas. É fato que a metodologia utilizada, assim como outras, tem limitações, sendo esta a falha da comunicação devido aspectos relacionados ao telefone, como não atender ligações ou telefone estar desligado.

Reitera-se que, além da contribuição científica nacional, o estudo contribui com a prática da enfermagem, pois favorece a inserção de um novo campo de atuação para os enfermeiros, no qual eles possam exercer suas atividades fora do ambiente institucional e de maneira independente, realizando atividades de promoção da saúde materno-infantil buscando melhores índices de AM e AME que irão refletir em melhores índices de saúde, menor morbimortalidade e redução dos custos de saúde com doenças preveníveis na primeira infância para o país.

12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O reduzido número de participantes trata-se de uma limitação deste estudo, o que restringe generalização dos efeitos. No entanto, trata-se de uma iniciativa pioneira nesse público e nesse país, o que pode permitir não somente o preenchimento dessa lacuna na literatura, mas também o conhecimento de limitações que possam ser ajustadas em futuras replicações. Quanto a estas, espera-se que novas publicações sejam realizadas, sendo incluídos não somente um maior número de participantes, mas também outros aspectos aqui não abordados, como o custo-efetividade.

13. RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

A intervenção educativa conseguiu elevar a autoeficácia das mães em amamentar, aumentar a duração do AM, porém não consegue impactar na exclusividade do AM. Desse modo, percebe-se o quanto é desafiador para os profissionais de saúde manter o AME, sendo importante que novas pesquisas sejam realizadas no intuito de descobrir e transpor essas barreiras encontradas para que no futuro possamos evidenciar melhores taxas de AME.

REFERÊNCIAS

- ANSARI, S.; ABEDI, P. THE Effect of Interventional Program on Breastfeeding Self-Efficacy and Duration of Exclusive Breastfeeding in Pregnant Women in Ahvaz, Iran. **International Scholarly Research Notices**, 2014 <http://dx.doi.org/10.1155/2014/510793>. Acesso em 05/01 de fevereiro.
- AWANO, M.; SCHIMADA, K. Development and evaluation of a self careprogram on breastfeeding in Japan: a quasi-experimental study. **International Breastfeeding Journal**, v. 5, n. 9, p. 1-10, 2010.
- BABOR, T. F. Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings from a Randomized Multisite Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.72, p. 455–66, 2004.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Rev Psychol.**, v.84, n.2, p. 191-215, 1977.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York.: W. H. Freeman, 1997. 604p.
- BANDURA, A. **Social foundation of thought and action: a social cognitive theory**. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
- BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Factors associated with duration of breastfeeding for children of low-income families from southern Curitiba, Paraná State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.3, p. 596-604, 2009.
- BARBOSA, M. B.; PALMA, D.; DOMENE, S. M. A.; TADDEI, J. A. A. C.; LOPEZ, F. A. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 3, p. 272-81, 2009
- BARGE, S.; CARVALHO, M. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. **Rev Port Clin Geral**, v. 27, n.5, p. 518-525, 2011.
- BASTABLE, S.B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C. L.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S. M. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, v. 29, n. 4, p. 278-284, 2002.
- BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M. Relationship Between Breastfeeding and Hospitalization Due to Diarrheal Diseases Among Children Under one Year of Life in Brazilian State Capitals and the Federal District, 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1459 de 24 de junho de 2011. **Institui no Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Portaria MS no. 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS-, a Rede Amamenta Brasil**. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

CARLSEN, E.M. et al. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. **Am J Clin Nutr**, v.98, p. 1226-1232, 2013.

CHAVES, A. F. L.; LIMA, G. P.; MELO, G. M.; ROCHA, R. S.; VASCONCELOS, H. C. A.; ORIÁ, M. O. B. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 407-414, 2015.

COLBY, S. M.; NARGISO, J.; TEVYAW, T. O.; BARNETT, N. P.; METRIK, J.; LEWANDER, W.; WOOLARD, R. H.; ROHSENOW, D. J.; MONTI, P. M. Enhanced motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking cessation: results from a randomized clinical trial. **Addict Behav.** v. 37, n. 7, p. 817-23. jul., 2012

CREEDY, D. K. et al. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Research in Nursing e Health**, v.26, p.143-152, 2003

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

DAI, X.; DENNIS, C. L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 350-356, 2003.

DANIEL, J. **Tecnologia é a resposta: qual é a pergunta?** – A importância das novas tecnologias educacionais para a formação de professores para a educação básica. Palestra apresentada no *Fórum Brasil de Educação – 3º Encontro Nacional*. 2003. Disponível em: http://portal.unesco.org/education/en/ev.phpURL_ID=19398&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. Acesso em: 06 abr. 2015.

DIAS, R. B.; NONATO, S. M.; CHAVES, S. R. **Mudança comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas**. In: Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.

DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J Hum Lact.**, v.15, n.3, p.195-201, 1999.

- DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing & Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.
- DENNIS, C. L.; HODNETT, E.; GALLOP, R.; CHALMERS, B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled Trial. **CMAJ**, v. 166, n. 1, p. 21-28, 2002.
- DENNIS, C. L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assesment of the Short Form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n.6 ,p. 734-744, 2003.
- DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric Testing of the Breasfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **Journal of Adolescent Health.**, v. 49, n. 3, p. 265-71, 2011.
- DODT, R. C. M., ORIÁ, M. O.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. de; DENNIS, C. L. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-E/cacy Scale. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009.
- DODT, R. C. |M.; FERREIRA, A. M. V.; NASCIMENTO, L. A.; MACÊDO, A. C.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.
- DODT, R. C. M.; JOVENTINO, E. S.; AQUINO, P. S.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 23, n. 4, p. 725-732, 2015.
- DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; ORIÁ, M. O. B.; DENNIS, C. L. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample. **Journal of Nursing Education and Practice**, 2012, v. 2, n 3, 2012.
- DODT, Regina Cláudia Melo. **Aplicação e validação da Breastfeeding Self-EfficacyScale-Short Form (BSES-SF)**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.
- EFRAT, M.W. et al. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. **Health Education Journal**, v.74, n.4, p.424-441, 2015.
- EDWARDS, R. A.; BICKMORE, T.; JENKINS, L.; FOLEY, M.; MANJOURIDES, J. USE of an Interactive Computer Agent to Support Breastfeeding. **Matern Child Health J.**, n.17, p, 1961–1968, 2013.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Factors influencing breastfeeding decision and duration. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FIGLIE, N.B.; GUIMARÃES, L.P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 87, p. 472-489, 2014.

FRAGOSO, A. P. R.; FORTES, R. C. Factors associated with the practice of breastfeeding mothers in a public hospital in the Federal District. **J Health Sci Inst.**, v. 29, n. 2, p. 114-118, 2011.

FLAX, V.L. et al. Integrating Group Counseling, Cell Phone Messaging, and Participant-Generated Songs and Dramas into a Microcredit Program Increases Nigerian Women's Adherence to International Breastfeeding Recommendations. **The Journal of Nutrition Community and International Nutrition**, v.144, p.1120-1124, 2014.

FROTA, M. A.; COSTA, F. L.; SOARES, S. D.; SOUZA FILHO, A. O.; ALBUQUERQUE, C. M.; CASIMIRO, C. F. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 61-67, 2009.

FU, I.C.Y. et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. **BJOG**, v.121, p.1673-1684, 2014.

FUJIMORI, E.; MINAGUAWA, A. T.; LAURENTI, D.; MONTEIRO, R. M. J. M.; BORGES, A. L. V.; OLIVEIRA, I. M. V. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sócias? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 1, p. 39-49, 2010.

GANGA, L. et al. A Clinic-Based Breastfeeding Peer Counselor Intervention in an Urban, Low-Income Population: Interaction with Breastfeeding Attitude. **Journal of Human Lactation**, v.31, n.1, p.120-128, 2015.

GREGORY, A.; PENROSE, K.; MORRISON, C.; DENNIS, C. L.; MACARTHUR, C. Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse U.K. sample. **Public Health Nursing**, v. 25, n. 3, p. 278-284, 2008.

HOHMAN, M. Motivational interviewing in social work practice. **The Guildford Press**. 2012.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

ISSLER H, DOUEK PC, ANDRÉ LM, GOLDSTEIN SR, ISSA LJ, FUJINAMI PI, ZAIA PFV, HASHIMOTO S. Fatores socioculturais dos desmame precoce: estudo qualitativo. **Pediatria (São Paulo)**, v. 2, n. 32, p. 113-20, 2010.

KAUFMANN, C. C.; ALBERNAZ, E. P.; SILVEIRA R. B. DA; SILVA, M. B. DA; MASCARENHAS, M. L. W. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 2, p. 157-165, 2012.

KINGSTON, D.; DENNIS, C. L.; SWORD, W. Exploring breast-feeding self-efficacy. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 21, n. 3, p. 207-215, 2007.

KISHORE, M. S. S.; KUMAR, P.; AGGARWAL, A. K. Breastfeeding knowledge and practices among mothers in a rural population of north india: a community-based study. **J Trop Pediatr.**, v. 55, p. 183-188, 2009.

KENNERLEY, R. J. **The Ability of a Motivational Pre-group Session to Enhance Readiness for Change in Men who Have Engaged in Domestic Violence. Dissertation abstract. Dissertation Abstracts International Sec.B The Sciences and Engineering**, 60, 7B, 3569, US: Univ. Microfilms International. 2000.

LONGSHORE, D.; GRILLS, C. Motivating Illegal Drug Use Recovery: Evidence for a Culturally Congruent Intervention. **Journal of Black Psychology**, v. 26, n. 3, p. 288–301, 2000.

MAYA BUNIK, M.D. et al. Are 2 Weeks of Daily Breastfeeding Support Insufficient to Overcome the Influences of Formula? **Academic Pediatrics**, v.10, p.21-28, 2010.

MARTÍNEZ, I.M.; SALANOVA, M. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios financieros**, v.1, n. 45, 2006.

MCCARTER-SPAULDING, D. E.; DENNIS, C. L. Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a sample of black women in the United States. **Research in Nursing & Health**, v. 33, n. 2, p. 111-119, 2010.

McQUEEN, K. A.; DENNIS, C. L.; STREMLER, R.; NORMAN, C. D. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. **JOGNN**, v. 40, n. 1, p. 35-46; 2011.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2012.

MURPHY, J. E.; BENSON, T. A.; VUCHINICH, R. E.; DESKINS, M. M.; EAKIN, D.; FLOOD, A. M. A Comparison of Personalized Feedback for College Student Drinkers Delivered With and Without a Motivational Interview, **Journal of Studies on Alcohol** v.65, p. 200–3, 2004.

NICHOLS, J.; SCHUTTE, N. S.; BROWN, R. F.; DENNIS, C. L.; PRICE, I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. **Health Educ Behav**, v. 36, n. 2, p. 250-258, 2009.

NICOLAU, A.I.O.; **Efeitos de intervenção por telefone na adesão ao recebimento do laudo citopatológico**. 2015. 115f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2015.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte III – Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 221-8, 2004.

NOEL-WEISS, J.; RUPP, A.; CRAGG, B.; BASSETT, V.; WOODEND, A. K. Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. **JOGNN**, v. 35, n. 5, p. 616-624, 2006.

NORZAKIAH, M.T. et al. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v.50, p.16-25, 2013.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B; SOUZA, I.E.O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2005.

ORIÁ, M. O.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. de; GLICK, D. F.; DENNIS, C. L. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009.

ORIÁ, M. O.; XIMENES, L. B. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese **Acta Paul Enferm.**, n.23, v.2, p.230-238, 2010.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed: 2010.

OTSUKA, K.; TAGURI, M.; DENNIS, C.; WAKUTANI, K.; AWANO, M.; YAMAGUCHI, T.; JIMBA, M. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference?. **Matern Child Health J**, v. 18, p. 296–306, 2014.

PEREIRA, S. W.; TURCATO, C.; PEREIRA, G. W.; NICOLEIT, A. R.; PSENDZIUK, C.; SAKAE, T. M.; CUNHA, L. Situação do aleitamento materno em crianças de até 24 meses atendidas por um serviço de pediatria clínica municipal. **Jornal Paranaense de Pediatria**, v. 12, n. 1, p. 9-13, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUGH, L.C. et al. A Randomized Controlled Community-Based Trial to Improve Breastfeeding Rates Among Urban Low-Income Mothers. **Academic Pediatrics**, v.10, p.14-20, 2010.

RASMUSSEN, K.M. et al. Interventions to Increase the Duration of Breastfeeding in Obese Mothers: The Bassett Improving Breastfeeding Study. **Breastfeeding Medicine**, v.6, n.2, p.69-75, 2011.

REBIMBAS, S.; PINTO, C., PINTO, R. Aleitamento Materno - Análise da Situação num Meio Semi-urbano. **Nascer e Crescer**, v. 19, n. 2, p. 68-73, 2010.

- REEDER, J.A. et al. Telephone Peer Counseling of Breastfeeding Among WIC Participants: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, v.134, n.3, p.700-709, 2014.
- RESNICOW, K.; JACKSON, A.; WANG, T.; DE, A. K.; MCCARTY, F.; DUDLEY, W. N.; BARANOWSKI, T. A Motivational Interviewing Intervention to Increase Fruit and Vegetable Intake through Black Churches: Results of the Eat for Life Trial. **American Journal of Public Health**, v.91, n. 10, p. 1686–93, 2004.
- RODRIGUES, A. P.; PADOIN, S. M. M.; GUIDO, L. A. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 257-61, 2014.
- ROIG, A. O.; MARTÍNEZ, M. R.; GARCÍA, J. C.; HOYOS, S. P.; NAVIDAD, G. L.; ÁLVAREZ, J. C. F. et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 373-80, 2010.
- ROLLNICK, S; MILLER, W. R; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos**. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- SCHWARTZ, C.; CHABANET, C.; LAVAL, C.; ISSANCHOU, S.; NICKLAUS, S. Breast-feeding duration: influence on taste acceptance over the first year of life. **Br J Nutr.**, v.109, n. 6, p. 1154-61, 2013.
- SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; FOR THE CONSORT Group. **CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials**. [Ann Int Med, 2010.](#)
- SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev Paul Pediatr.**, v. 30, n.1, p. 122-30, 2012.
- SOUZA, A. G.; CUNHA, M. C. K. Reflexões sobre a tecnologia educativa: conceitos e habilidades. **Revista Horizontes de Linguística Aplicada**, v. 8, n. 1, p. 82-99, 2009.
- SOUSA, L. M. de; COSTA, T. H. M. da. Ações de incentivo e apoio a amamentação no período pós-natal no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p.1878-1893, 2013.
- STOTTS, A. L.; DICLEMENTE, C. C. AND DOLLAN-MULLEN, P. (2002) ‘One-to-one: A Motivational Intervention for Resistant Pregnant Smokers’, **Addictive Behaviors**, v.27, n. 2, p. 275–92, 2002.
- STRASSBURGER, S. Z.; VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; PITREZ, P. M.; JONES, M. H.; STEIN, R. T. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. **J Pediatr**, v. 86, n. 5, p. 391-399, 2010.
- STRIGHT, B. R.; HARRISON, B.R. **Série de estudos em Enfermagem: Enfermagem materna e neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1998. p.104-111

TAVARES, M. C.; AIRES, J. S.; DODT, R. C. M.; JOVENTINO, E. S.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to postpartum women in rooming-in care: a descriptive study. **OBJN**, v. 9, n. 1, 2010.

TOKAT, M.A.; OKUMUŞ, H.; DENNIS, C. L. Translation and psychometric assessment of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form among pregnant and postpartum women in Turkey. **Midwifery**, v.26, n. 1, p. 101-8, 2010.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2008.

TORRES, M. M.; TORRES, R. R. D.; RODRIGUEZ, A. M. P.; DENNIS, C. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Spanish: Data from a Puerto Rican population. **Journal of Human Lactation**, v. 19, n. 1, p. 35-42, 2003.

UCHÔA, J. L.; GOMES, A. L. A.; JOVENTINO, E. S. ORIÁ, M. B. O.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. Antecedentes sociodemográficos e obstétricos na autoeficácia materna em amamentar: estudo em painel. **OBJN**, v. 13, n. 4, p. 645-55, 2014.

UCHOA, J. L.; RODRIGUES, A. P.; JOVENTINO, E. S.; ALMEIDA, P. C.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. THE SELF-EFFICACY IN BREASTFEEDING OF WOMEN IN THE PRENATAL AND POSTPARTUM: LONGITUDINAL STUDY. **Rev. Enfer. UFSM**, v. 6, n. 1, p. 10-20, 2016.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; SCHUMACHER, M.; THORELL, M. R.; AMORETTI, A.; MULLER, L. *et al.* The Portuguese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n. 3, p. 297-303, 2010.

ZHU, J.; CHAN, W. C.; ZHOU, X. YE, B.; HE, HG. Predictors of breast feeding self-efficacy among Chinese mothers: a cross-sectional questionnaire survey. **Midwifery**, n. 30, v. 6, p. 705-11, 2014.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v.52, n.5, p. 546-53, 2005.

WHO – **WORLD HEALTH ORGANIZATION. NUTRITION: Infant and young Children: Exclusive breastfeeding.** Retrieved Novembro 13, 2009, from: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant_exclusive.html Acesso em: 19 de jul. de 2015.

WU, D. S.; HU, J.; MCCOY, T. P.; EFIRD, J. T. THE effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. **J Adv Nurs.**, v. 70, n. 8, p. 1867-1879, 2014.

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 8, p.1439-1446, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada por Anne Fayma Lopes Chaves, orientanda da profa. Mônica Oliveira Batista Oriá, a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “Intervenção educativa por telefone para melhoria da autoeficácia materna em amamentar: ensaio clínico randomizado controlado”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito de um acompanhamento telefônico realizado no puerpério para melhoria da autoeficácia materna, duração e exclusividade do aleitamento materno. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da autoeficácia materna entre as mães, repercutindo diretamente nas taxas de aleitamento materno.

Nesse sentido, a sua colaboração, caso aceite participar da pesquisa, será através de resposta a um formulário contendo perguntas relacionadas às condições sociodemográficas, econômicas e obstétricas. Em seguida, você e outras mães serão sorteadas através de uma sequência de distribuição para ficar em um de dois grupos. Caso você participe do grupo intervenção, você participará de um acompanhamento telefônico para melhoria da autoeficácia materna em amamentar através de três ligações, as quais ocorrerão em 7, 15, 30 dias após o parto, as quais serão gravadas. Posteriormente, receberá uma ligação com 2 e 4 meses para saber sobre sa autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno. Caso participe do grupo controle, será realizada uma ligação no segundo e quarto mês interrogando sobre a autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno.

Sua participação deverá ser de livre e espontânea vontade, portanto, você não será obrigada ou forçada a participar ou receberá qualquer tipo de pagamento pela mesma. Informo, ainda, que você tem o direito de não participar, se assim desejar, ou se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, você resolver desistir, terá a liberdade de sair, sem nenhum prejuízo no atendimento no serviço de saúde. Ressalto que será garantido o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgaremos nenhuma informação que possa identificar você.

Lembro ainda que, os procedimentos aos quais será submetida não provocarão danos morais, físicos, financeiros ou religiosos. Porém, ressalto sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa: tempo necessário para o fornecimento de suas informações no formulário e na escala e a duração dos telefonemas.

Este documento será emitido duas vezes, sendo uma delas deixada com você e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informe-lhe meu nome e endereço:

Anne Fayma Lopes Chaves
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448
E-mail: faymalopes@bol.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.
Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Data da Entrevista: ___/___/___

Código da participante: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Telefones: _____ / _____

1. Idade: _____

2. Raça: 1() Branca 2() Parda 3() Amarela 4() Negra 5()
Outros _____

3. Estado civil: 1() casada/união estável 2() solteira 3() divorciada
4() viúva

4. Escolaridade: _____ (anos de estudos concluído)

5. Ocupação: 1() Estudante 2() Do lar 3() Empregada 4() Desempregada
5() Aposentada 6() Outras: _____

6. Renda familiar: _____ (em reais)

7. N° de moradores em domicílio: _____ pessoas

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

09. Número de Gestações _____

10. Número de Aborto _____

11. Paridade: 1() Primípara 2() Secundípara 3() Multípara

12. História anterior de prematuridade: () 1 Sim () 2 Não

13. Realizou prática da amamentação anteriormente? () 1 Não () 2 Sim

14. Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos?

1() Sentiu obrigação 2() Desejou amamentar 3() Recebeu ajuda e apoio
4() Outros _____

15. Quais as dificuldades surgiram durante a amamentação dos outros filhos?

1() Retorno ao trabalho 2() Produção de leite 3() Problemas mamários
4() Outros _____

3. DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL/PARTO/PUERPÉRIO

16. Gravidez Planejada: 1() Sim 2() Não

17. Realizou Pré-Natal: 1() Sim 2() Não

18. Recebeu incentivo e orientações para amamentar? 1() Sim 2() Não

19. Quem incentivou e orientou? 1() Familiares 2() Amigos 3() Agente de saúde

4() Enfermeiro 5() Médico () Outros _____

20. Tipo de parto: 1() Vaginal 2() Cesáreo

3. DADOS SOBRE AMAMENTAÇÃO:

Amamentou na primeira meia hora de vida? 1() não 2() sim

Pretende amamentar exclusivamente? 1() não 2() sim. Quanto tempo: _____

Recebeu orientação sobre amamentação? 1() não 2() sim.

Se sim, onde? 1() Unidade Básica de Saúde no pré-natal 2() Maternidade 3()
Ambos 4() Outros _____

Por qual profissional? 1() enfermeiro 2() médico 3() ambos 4()
outro _____

Alimentação do recém-nascido na maternidade: 1() apenas leite materno 2()
leite materno + complemento ocasional 3() leite materno + complemento em todas as
alimentações

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA CADA SESSÃO DA INTERVENÇÃO

Código da participante: _____

Contato: () 1º () 2º () 3º

Tentativas:

1ª () Dia: _____ Horário: _____

2ª () Dia: _____ Horário: _____

3ª () Dia: _____ Horário: _____

Dias pós-parto: _____

Duração do contato: _____ minutos

Está amamentando: 1 () Sim 2 () Não

Tipo de amamentação: 1 () Aleitamento materno exclusivo 2 () Aleitamento materno predominante 3 () Aleitamento materno complementado

4 () Aleitamento misto ou parcial

Duração da amamentação: _____ dias

Duração da amamentação exclusiva: _____ dias

Estado geral fisiológico e afetivo:

Está sentindo dor: () sim () não

Está se sentindo ansiosa: () sim () não

Está se sentindo cansada: () sim () não

Intervenção centrada nos itens:(marque os itens abordados neste contato)

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10() 11() 12() 13() 14()

Anotações importantes:

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

✓ USO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

1. APROXIMAÇÃO COM PACIENTE/ SOLICITAÇÃO DA PERMISSÃO

Profissional: Bom dia/Boa tarde/Boa Noite Dona _____. Quem está falando é a enfermeira _____. Estou lhe ligando, pois a senhora foi entrevista por uma enfermeira lá no Gonzaguinha de Messejana e ficou de receber um acompanhamento por telefone sobre autoeficácia (confiança) em amamentar, lembra? (Apresentação)

Paciente: _____

Profissional: Como a senhora está? (questão aberta)

Paciente: _____

Profissional: Observamos que a senhora apresentou dificuldade em relação a _____ (item da escala com escore baixo para autoeficácia) A senhora confirma esse isso?(Pergunta fechada)

Paciente: _____

Profissional: Podemos conversar um pouco sobre essa sua dificuldade e lhe fazer perguntas?(Pedindo permissão)

Paciente: _____

2- EVOCAÇÃO/ INFORMAÇÃO

Profissional: Dona _____, agora gostaria de perguntar, o que a senhora já sabe sobre _____ (item da escala de autoeficácia que apresenta dificuldade)? (Evocar/ Pergunta aberta)

Paciente: _____

Profissional: As três habilidades de perguntar, escutar e informar serão aplicadas no desenvolvimento do diálogo sobre o item da escala de autoeficácia que a mesma apresenta dificuldade)(Fornecer informação)

* Os temas serão abordados a partir das prioridades e anseios das usuárias sem necessariamente seguir uma sequência linear.

3- EVOCAÇÃO

Profissional: O que a senhora entende de todas essas informações? (Evocar / pergunta-chave)

Paciente: _____

Profissional: A senhora acredita ser importante melhorar essa dificuldade para que se tenha sucesso na amamentação? (Evocar/ Pergunta fechada).

Paciente: _____

4- AGENDAMENTO DO PRÓXIMO CONTATO/CONCLUSÃO

Profissional: Dona _____. Estaremos lhe retornando essa ligação daqui a _____ dias. Qual seria o melhor dia para a senhora nos atender? (pergunta fechada).

Paciente: _____

Profissional: Obrigada pela atenção Dona _____ e até o dia _____. Tenha um bom dia/boa tarde/boa noite.

Anotações Importantes:

APÊNCIDE E – Intervenção de Suporte Telefônico para 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, quiexo 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 decidirá as ações a serem executadas na condução do aleitamento materno. Assim, a prioridade percebida pela mãe é 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
Lípídeos	Suficiente em ácidos graxos, 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. Conseqüentemente, 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.

**APÊNCIDE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APÓS REALIZAÇÃO
DA INTERVENÇÃO**

Grupo: _____ **Código da participante:** _____

Contato: () 1º

Tentativas: 1ª () **Dia:** _____ **Horário:** _____

2ª () **Dia:** _____ **Horário:** _____

3ª () **Dia:** _____ **Horário:** _____

Dias pós-parto: _____

Duração do contato: _____ minutos

➤ **ABORDAGEM DA PACIENTE**

Profissional: Bom dia/Boa tarde/Boa Noite Dona _____. Quem está falando é a _____, que lhe entrevistou no alojamento conjunto do Gonzaguinha de Messejana lembra?

Estou lhe ligando para avaliar sua autoeficácia (confiança) em amamentar e o tipo de dieta que está realizando com seu filho. Pode me responder nesse momento?

Está amamentando? 1 () Sim 2 () Não

Qual o tipo de amamentação? 1 () Aleitamento materno exclusivo 2 () Aleitamento materno predominante 3 () Aleitamento materno complementado

4 () Aleitamento misto ou parcial

ANEXOS

ANEXO – A
ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA


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

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

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

13.	Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com as necessidades do bebê).	1	2	3	4	5
14.	Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

ANEXO – B Anuência para Coleta de Dados

 Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Numero do processo: P428520/2014

Titulo do projeto de pesquisa: "TELEMONITORAMENTO PARA MELHORIA DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO".

Pesquisadoras responsáveis: ANNE FAYMA LOPES CHAVES E MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORIÁ.

Instituição proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e em ato parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 28 de janeiro de 2015.

Maná Ivanília Tavares Timbo
Maná Ivanília Tavares Timbo
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da SMS

Rua Antônio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil

ANEXO – C Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TELEMONITORAMENTO PARA MELHORIA DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO

Pesquisador: Anne Fayma Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42495114.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.026.156

Data da Relatoria: 16/04/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado que enfatiza a autoeficácia materna na amamentação utilizando tecnologia em saúde. Proposta de Ensaio clínico randomizado, apresentando texto coerente, claro. Apresenta aspectos específicos do aleitamento materno, hipóteses e objetivos coerentes com a metodologia. Aspectos éticos explícitos no texto.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar os efeitos de um telemonitoramento realizado no puerpério para melhoria da autoeficácia materna, duração e exclusividade do aleitamento materno.

Específicos

Comparar a autoeficácia materna em amamentar entre as mães que receberam o telemonitoramento e as que não receberam.

Comparar as taxas de aleitamento materno e exclusivo entre as mães que receberam o

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.026.156

telemonitoramento e as que não receberam.

Associar os escores de autoeficácia materna em amamentar com as variáveis sociodemográficas e obstétricas da população estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estão voltados ao estudo da autoeficácia materna no aleitamento materno como forma de promover o aleitamento exclusivo. Os riscos são mínimos, podendo ocorrer desconfortos por se tratar de estudo que vai necessitar utilizar certo tempo da mulher ao telefone, o que pode de alguma forma gerar cansaço e interrupção de alguma atividade considerada importante pela mãe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A introdução versa sobre o aleitamento materno, suas vantagens, recomendações de órgãos nacionais e internacionais explicitando aspectos de políticas públicas e aleitamento materno. Cita estudos internacionais que usaram metodologias semelhantes à proposta no estudo (telemonitoramento). Apresenta a tese de que o uso de uma intervenção telefônica no período puerperal pautada nos princípios da autoeficácia é capaz de elevar a autoeficácia materna em amamentar, bem como de promover a maior duração e exclusividade do aleitamento materno. Estudo do tipo ensaio clínico randomizado a ser desenvolvido com mães no puerpério, quando se investigará o uso de intervenção para autoeficácia materna no aleitamento materno. A coleta de dados ocorrerá no período de abril a dezembro de 2015, na unidade de alojamento conjunto do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, conhecido popularmente como Gonzaguinha, pertencentes ao município de Fortaleza. Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula para estudos com grupos comparativos (POCOCK, 1983), totalizando ao final 132 puérperas, sendo 66 para o grupo experimental e 66 para o grupo controle. O Grupo Intervenção será composto por puérperas que receberão a intervenção educativa (telemonitoramento), além do atendimento habitual da maternidade, conforme a rotina de cada instituição; Grupo Controle será composto por puérperas que não receberão a intervenção educativa (telemonitoramento), somente o atendimento habitual da maternidade, conforme a rotina de cada instituição. Para a coleta além de instrumentos de caracterização das participantes, se usará a forma abreviada da escala de autoeficácia materna para amamentar (BSES-SF) para avaliar a autoeficácia das

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.026.156

FORTALEZA, 16 de Abril de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

