

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFC/UFPE**

MARLY JAVORSKI

**EFEITOS DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA NA AUTOEFICÁCIA PARA
AMAMENTAR E NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
AOS DOIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**

FORTALEZA
2014

MARLY JAVORSKI

**EFEITOS DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA NA AUTOEFICÁCIA PARA
AMAMENTAR E NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
AOS DOIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes

COORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Luciana Pedrosa Leal

FORTALEZA
2014

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

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

- J11e Javorski, Marly.
Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo aos dois meses de vida da criança / Marly Javorski. – 2014.
125 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
Orientação: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes.
1. Autoeficácia. 2. Aleitamento materno. 3. Enfermagem. 4. Tecnologia educacional. 5. Educação em saúde. I. Título.

CDD 610.73

MARLY JAVORSKI

**EFEITOS DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA NA AUTOEFICÁCIA PARA
AMAMENTAR E NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
AOS DOIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**

Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Regina Cláudia Melo Dodt
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof.^a Dr.^a Cleide Maria Pontes
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Francisca Marcia Pereira Linhares
Universidade Federal de Pernambuco

DEDICATÓRIA

*"Eu segurei muitas coisas em minhas mãos, e eu perdi tudo;
mas tudo que eu coloquei nas mãos de Deus eu ainda possuo" (Martin Luther King).*

Coloquei nas mãos de Deus a minha família, e Ele me concedeu a graça de dedicar-lhes este trabalho:

Aos meus pais Estanislau Javorski e Wanda Kowaleski Javorski (*in memória*) que tiveram determinação em buscar alternativas para que mais uma geração de descendentes de imigrantes poloneses, ucranianos e lituanos fosse além do trabalho no campo.

As minhas filhas: Andreyana, sinônimo de coragem e generosidade, obrigada por ter assumido o 'papal' de mãe de Maria Clara na minha ausência e pela ajuda preciosa com as traduções. Você é minha fortaleza e certamente um alento para os doentes que Deus lhe confia diariamente. Natassia, sinônimo de superação e amor a Deus, quando estava cansada, lembrava que mesmo sobre os efeitos devastadores da quimioterapia você encontrava forças para estudar e enfrentar o vestibular. Você é minha inspiração e minha guerreira. Maria Clara meu pequeno grande tesouro, que veio ao mundo nos ensinar o que é felicidade, você é minha fonte de luz.

A Sidney Martins da Costa Neto, você foi determinante para que eu completasse esta jornada. Obrigada pelo seu amor, companheirismo e generosidade. Só uma alma altruísta como a sua é capaz de sair da cena para que o outro possa brilhar. Você é um exemplo de dignidade e amor a sua família.

A minha pequena, porém unida família Kowaleski, Javorski, sangue de guerreiros determinados. O amor fraterno que nos une ultrapassa as fronteiras geográficas deste imenso país.

As minhas companheiras de jornada nesta terra "tão, tão distante": Marlene Javorski, Marcia Regiane Javorski e Bárbara Javorski Calixto, o amor de vocês é reconfortante como o "chocolate quente" que tomávamos nos dias de inverno em outras terras "tão, tão distante".

A João Alberto Rodrigues, amigo e pai de minhas filhas Andreyana e Natassia, pelo cuidado e carinho dedicado a elas e a Maria Clara, que se tornou sua filha de coração.

A professora Joana Araújo da Rocha Barros (Joaninha) grande incentivadora deste trabalho. Obrigada por estar sempre ao meu lado, disposta a ouvir, partilhar e me apoiar nos momentos mais difíceis de minha vida. Estamos juntas, há 17 anos, sei que somos mais que amigas, temos uma ligação espiritual que levaremos por toda a eternidade.

AGRADECIMENTOS

Há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre (Cecília Meireles).

Muitas pessoas marcaram a concretização do DINTER e da conclusão desta tese, meus agradecimentos especiais:

Aos todos os professores do Departamento de Enfermagem da UFPE que foram além do sonho e construíram a proposta do Doutorado Interinstitucional (DINTER), em especial as professoras Cleide Maria Pontes, Vânia Pinheiro Ramos, Ana Márcia Tenório Cavalcante e ao professor Anísio Brasileiro.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, e da UFPE, que contribuíram com a nossa formação, em especial às professoras Ana Fátima Carvalho Fernandes, Ana Karina Bezerra Pinheiro, Vânia P. Ramos e Ana Marcia T. Cavalcante que aceitaram o desafio de coordenar o DINTER pela UFC e UFPE.

A Dr.^a Reniga Dodt e Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes pelo desprendimento em ceder a tecnologia educativa avaliada nesta tese; bem como agradecer a disponibilidade e a colaboração do Dr. Paulo César de Almeida na condução análise da estatística do banco de dados.

A Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) por financiar o programa e incentivando a formação de novos pesquisadores;

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC: Joelna Elyne Lacerda, Jaqueline Vasconcelos e Valma Costa, pelo acolhimento e respeito demonstrado durante nossa estada na UFC.

Ao secretário do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, Glivson L. de Santana que não mediu esforços para facilitar o caminho de professores e doutorandas.

Aos docentes e a todos os funcionários do departamento de Enfermagem da UFPE que vibraram com cada passo de nossa conquista; em especial aos meus colegas de área que assumiram minhas atividades acadêmicas.

As professoras Antônia Silva Santos, Ana Marcia Cavalcante, Eliane Vasconcelos, Cleide Maria Pontes, Francisca Marcia Linhares, Luciana Leal, Luciane Lima, Maria Gorete Vasconcelos, dentre outros, que não desistiram em mim. Quando você irá fazer o seu doutorado? A pergunta, quase diária, às vezes vinha antes mesmo do bom dia.

A Deus por possibilitar a aproximação com uma guerreira: Sheyla Costa. A convivência nos tornou amigas e só nós sabemos como esta aproximação foi

importante. Caminhar a seu lado em todas as disciplinas me fez crescer como profissional e ser humano.

As amigas Aloísia Pimentel e Jackline Diniz, duas pessoas que marcaram minha vida para sempre. Obrigada pelo apoio em todos os momentos, sem vocês ao meu lado o caminho teria sido mais complicado. Obrigada pela generosidade, cumplicidade e pela confiança.

A coordenação de atenção básica do Distrito Sanitário IV e a todos os enfermeiros e enfermeiras que reorganizaram sua rotina de trabalho para facilitar a excussão da pesquisa.

A todas as mulheres que aceitaram participar do estudo deixo registrado o meu agradecimento, confirmei uma tese que não é minha, "a mulher precisa de informações e apoio para amamentar".

Por fim meu agradecimento especial a Albaneide dos Santos Ferreira, um presente que a vida me concedeu, se não fosse pela sua generosidade e desprendimento, a construção desta tese teria sido muito mais árdua.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*O segredo é não correr atrás das borboletas...
É cuidar do jardim para que elas venham até você (Mario Quintana).*

Não sei se cultivei um jardim, mas tenho certeza que nesta caminhada encontrei lindas borboletas: as minhas orientadoras.

Professora Lorena Barbosa Ximenes, uma mulher que traz no coração o amor a Deus o qual distribui com quem está por perto. Durante a minha caminhada se revelou sensata, ética e generosa. Mestreza capaz de ensinar sua orientanda sair do casulo para voar com suas próprias asas. Obrigada pela sublimidade de compartilhar comigo os seus conhecimentos, tenho orgulho de ter sido sua aluna. No momento em que mais precisei você me deixou pousar em suas mãos e com um sopro firme mostrou a estrada que deveria percorrer. Eu sempre me senti segura em suas mãos, pois uma de suas maiores virtudes é ajudar na reconstrução quando seu aluno se vê diante do caos. Que Deus continue atuando em sua vida, de forma que possa visitar outros jardins.

Professora Luciana Pedrosa Leal, você pode ser leve e delicada como uma borboleta, mas é segura, forte e protetora como o casulo, quando a situação exige. Talvez você não tenha a dimensão do quanto foi importante no processo de construção do meu doutorado. Sempre discreta e respeitosa. Quando era preciso, pousava ao meu lado suavemente para olhar, pensar, refletir e sugerir um novo contorno no caminho que havíamos planejado. Como orientanda, observei a sua dedicação e seriedade com que conduz a construção dos caminhos de seus alunos. Obrigada pelas contribuições importantes para esta tese, obrigada por ter sido meu casulo quando precisei me proteger, obrigada pela sua dedicação e carinho que sempre foram além do profissional.

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses contribui para a Promoção da Saúde da mulher e da criança. Contudo, muitas mães interrompem o AME por falta de confiança. A autoeficácia materna para amamentar é um forte preditor de risco para o desmame precoce. Portanto, a educação em saúde pautada no conceito de autoeficácia pode favorecer o AME. Neste sentido, a pesquisa objetivou avaliar os efeitos da utilização, do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", na autoeficácia materna para amamentar, no pré-natal e puerpério e a sua repercussão no AME nos primeiros dois meses de vida da criança. Trata-se de um ensaio clínico controlado randomizado realizado com 112 gestantes no terceiro trimestre de gestação, distribuídas de forma aleatória no grupo intervenção (GI) e controle (GC). A intervenção caracterizou-se pela educação em saúde utilizando um álbum seriado no GI e os efeitos comparados nas gestantes do GC. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas presenciais no pré-natal e por contato telefônico na 2ª, 4ª e 8ª semana pós-parto. Foi utilizada *Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form* (BSES-SF) para mensurar os escores de autoeficácia. Além da BSES-SF foram usados três formulários para investigar perfil socioeconômico, antecedentes obstétricos e gestação atual; variáveis associadas ao parto, nascimento e alimentação do recém nascido; e o padrão alimentar das crianças nos primeiros dois meses de vida. Na análise foi utilizada estatística descritiva; bivariada por meio de testes de comparação de proporções e médias; e avaliação do risco relativo. Foi observada homogeneidade entre os grupos na linha de base para variáveis socioeconômicas e experiência com amamentação. Não houve diferença na média dos escores da BSES-SF, antes da intervenção, entre os grupos ($p=0,408$). Constatou-se diferença estatística significativa nas médias dos escores de autoeficácia entre as mulheres do GI quando comparadas as do GC ($p<0,001$), na 2ª, 4ª e 8ª pós-parto. A probabilidade das mulheres do GI atingirem escores de eficácia alta na oitava semana pós-parto foi maior que as do GC (RR 1,4; IC 1,13-1,68). Verificou-se também diferença estatística significativa ($p<0,001$) nas taxas de AME entre os grupos na oitava semana pós-parto, a probabilidade de amamentar exclusivamente no GI foi 2 vezes maior que no GC (RR 2,2 IC 1,51-3,21). O AME entre primíparas no GI também foi maior que no GC (RR 2,7 IC 1,37-5,23). Os resultados do estudo indicam que a intervenção educativa com um álbum seriado, elaborado a partir do conceito da autoeficácia para amamentar, aplicada às gestantes repercutiu positivamente na autoeficácia para amamentar e na manutenção do AME nas mulheres do GI. Ademais observou-se associação positiva entre os escores de autoeficácia e as taxas mais elevadas de AME nos primeiros dois meses de vida da criança.

Descritores: Autoeficácia. Aleitamento materno. Enfermagem. Tecnologia educacional. Educação em saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The exclusive breastfeeding until the child is six months old it's contribute to the child and mother health promotion. However, many mothers interrupt the exclusive breastfeeding because of the lack of confidence to breastfeed. The maternal self-efficacy to breastfeed it's a strong risk predictor for weaning. Therefore, the health education based on the self –efficacy concept may favor the exclusive breastfeeding. Thus, this research had as objective to evaluate the impact of a show album “I can breastfeed my sun” in the maternal self-efficacy to breastfeeding, in the prenatal and postnatal period, and its repercussion in the exclusive breast feeding in the first second two months of child life. It's about an randomized controlled clinical trial performed with 112 pregnant women in the third semester of gestation, distributed randomly between intervention group (IG) and control group (CG). The intervention was characterized based on health education using a show album in the IG and the effects compared with the CG pregnant women. The data collection was performed through interviews in the prenatal period and by phone calls in the second, fourth and sixth week postpartum. We used the Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form (BSES-SF) to measure the self-efficacy scores. Beyond the BSES-SF were used three forms to investigate the socioeconomic profile, obstetric history and current pregnancy; variables associated with parturition, birth and child feeding; and the child dietary pattern in the first two months of life. In the analyses we used descriptive statistics; bivariate by comparison ratio test and averages; and the evaluation of relative risk. It was observed the homogeneity between the groups in basis such as socioeconomic variables and breastfeeding experience. There was no difference between the BSES-SF scores, before the intervention, among the groups ($p=0,408$). It was found important statistic difference in the average score of self-efficacy among IG women when compared with CG ($p<0,001$), in the second, fourth and eighth week postpartum. The probability of IG women to reach high self-efficacy scores in the eighth week postpartum was bigger than in the CG (RR 1,4; IC 1.13-1,68). It has also been found an important statistic difference ($p<0,001$) in the exclusive breastfeeding rate between the groups at the eighth week postpartum, the probability to exclusive breastfeeding in the IG was twice as bigger than in the CG (RR 2,2 IC 1,51-3,21). The exclusive breastfeeding in IG primiparous was also bigger than in the CG (RR 2,7 IC 1,37-5,23). The study results indicate that a show album educative intervention, elaborated from the breastfeeding self-efficacy concept, applied to pregnant women positively reverberated in the self-efficacy to breastfeeding and in the maintenance of exclusive breastfeeding in IG women. Furthermore, it was observed the positive association between the self-efficacy scores and the higher rates of exclusive breastfeeding in the first two months of a child life.

Keywords: Self-efficacy. Breastfeeding. Nursing. Educational technology. Health education. Health promotion

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Diagrama de fluxo da pesquisa.....	42
Figura 2 -	Mapa das Regiões Político-Administrativas que correspondem aos Distritos Sanitários da cidade de Recife-PE, 2006.....	44
Figura 3 -	Fluxograma do seguimento das mulheres durante a realização da pesquisa. Recife-PE, 2012-2013.....	46
Quadro 1 -	Distribuição das Unidades e do número das Equipes de Saúde da Família no Distrito Sanitário IV por Territórios de Saúde que formaram os conglomerados para randomização do estudo. Recife-PE, 2013.....	48
Figura 4 -	Diagrama do fluxo da composição dos conglomerados para alocação aleatória nos grupos de pesquisa.....	49
Figura 5 -	Fluxograma da operacionalização da coleta de dados. Recife-PE, 2012-2013.....	62
Figura 6 -	Mediana dos escores da BSES-SF e padrão alimentar da criança na 2ª semana e 8ª semana no grupo intervenção. Recife-PE, 2012/2013.....	71
Figura 7 -	Mediana dos escores da BSES-SF e padrão alimentar da criança na 2ª semana e 8ª semana no grupo controle. Recife-PE, 2012/2013.....	72
Figura 8 -	Comportamento do AME entre os grupos na segunda, quarta e oitava semana pós-parto. Recife-PE, 2013/2013.	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas das gestantes segundo os grupos de pesquisa. Recife-PE, 2012/2013.....	67
Tabela 2 - Características obstétricas e experiência com amamentação segundo os grupos de pesquisa. Recife-PE, 2012-2013.....	68
Tabela 3 - Comparação entre os grupos quanto aos escores de autoeficácia (média e alta) no momento basal e na oitava semana pós-parto. Recife-PE, 2012/2013.....	69
Tabela 4 - Comparação das médias BSES-SF total entre os grupos e entre os momentos da avaliação. Recife-PE, 2012-2013.....	70
Tabela 5 - Comparação das médias BSES-SF total entre as primíparas do GI e GC. Recife-PE, 2012-2013.....	70
Tabela 6 - Incidência do AME na 8ª semana pós-parto entre as primíparas dos grupos de pesquisa. Recife, 2012/2013.....	71
Tabela 7 - Comparação do padrão alimentar das crianças entre os dois grupos de pesquisa no seguimento pós parto. Recife-PE, 2012/2013.....	73
Tabela 8 - Efeito da intervenção na incidência de AME entre os grupos de pesquisa na 8ª semana. Recife-PE, 2012/2013.....	74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AM	Aleitamento Materno
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AMM	Aleitamento Materno Misto ou Parcial
AA	Aleitamento Artificial
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Dapes/SAS/MS	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas de Atenção à Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
IAHC	Hospital Amigo da Criança
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form</i>
GI	Grupo Intervenção
GC	Grupo Controle
MR	Microrregiões
RPAs	Regiões Político-administrativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Famílias
UBSs	Unidade Básicas de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários
POP	Procedimento Operacional Padrão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
8ª SPP	Oitava Semana Pós-parto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Delimitação do objeto de estudo	14
1.1.1	<u>Promoção da saúde e aleitamento materno</u>	14
1.1.2	<u>Autoeficácia materna para amamentar e as intervenções educativas na promoção e incentivo do aleitamento materno</u>	25
2	OBJETIVOS	36
2.1	Objetivo geral	37
2.2	Objetivos específicos	37
3	HIPÓTESES	38
4	MÉTODO	41
4.1	Desenho do estudo	41
4.2	Local do estudo	42
4.3	População e amostra	45
4.4	Amostragem	46
4.5	Instrumento de coleta de dados	51
4.5.1	Definição das variáveis.....	51
4.5.1.1	<u>Variáveis dependentes</u>	51
4.5.1.2	<u>Variáveis independentes</u>	51
4.6	Operacionalização da coleta de dados	52
4.7	Análise dos dados	63
4.8	Aspectos éticos da pesquisa	64
5	RESULTADOS	66
6	DISCUSSÃO	75
7	CONCLUSÕES	88
9	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	91
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	106
	Apêndice A - Formulário I.....	106
	Apêndice B - Formulário II.....	107
	Apêndice C - Formulário III.....	108
	Apêndice D - Procedimento operacional padrão para aplicação da escala de autoeficácia - forma abreviada.....	109
	Apêndice E - Procedimento operacional padrão para aplicação formulários I, II, III.....	111
	Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
	Apêndice G - Cronograma de seguimento do estudo.....	115
	Apêndice H - Capacitação da pesquisadora com álbum seriado e a aplicação da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form</i>	116
	ANEXOS	117
	Anexo A - <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form</i>	117
	Anexo B - Parecer consubstanciado do CEP.....	118
	Anexo C - Ficha roteiro: Versos do álbum seriado.....	120
	Anexo D - Ficha roteiro: Anversos do álbum seriado.....	121
	Anexo E - Escala de Autoeficácia entregue às mulheres.....	124

1 INTRODUÇÃO

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquentada e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem (Guimarães Rosa).

1.1 Delimitação do objeto de estudo

1.1.1 Promoção da Saúde e aleitamento materno

O aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança é uma prática recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo Ministério da Saúde (MS). Entretanto, os índices do AME ainda permanecem abaixo do esperado, como demonstrado pelos dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (AM) nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a). Embora tenha sido verificada uma evolução em relação à mediana do AM, o mesmo não ocorreu com as taxas do AME, pois foi constatada acentuada queda na probabilidade das crianças estarem em amamentação exclusiva já nos primeiros dias de vida em todas as regiões brasileiras, especialmente na região Nordeste. Nesta região encontrou-se a pior situação, com uma estimativa de 40% de interrupção da amamentação exclusiva antes de seis meses de vida da criança. Vale ressaltar que a prevalência de AME aos 180 dias, que embora apresente uma taxa muito baixa e semelhante entre as regiões, de apenas 10%, em Fortaleza este percentual caiu para 6,4% e em Recife foi ainda menor, 6,1% (BRASIL, 2009a).

Partindo dos parâmetros propostos pela OMS, Venâncio et al. (2010) analisaram os valores revelados pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal e afirmam que as taxas de aleitamento no país ainda estão distantes do ideal. Em relação ao AME em menores de seis meses, apenas três capitais, Belém, Campo Grande e Florianópolis e o Distrito Federal se encontravam em situação considerada boa com prevalência variando entre 50 e 89%; nas demais capitais, a situação foi avaliada como razoável, com variação do AME entre 12 a 49%.

Pelo exposto, verifica-se que a adesão à prática do AME é ainda baixa e está aquém da recomendação da OMS e do MS, mesmo que os benefícios desta para saúde da mulher e da criança, para a família e meio ambiente, estejam amplamente descritos na literatura sobre a temática (CASTILHO et al., 2010; PAYNE; NICHOLLS, 2010).

Existe consenso entre os pesquisadores sobre as vantagens da amamentação tanto para a saúde da mãe como da criança. No caso da mãe, a prática favorece a involução uterina, diminui o risco de hemorragia, retarda a

menstruação, com redução no intervalo interpartal e na incidência de anemia; contribui também para a perda de peso (TOMA; REA, 2008; BRASIL, 2009b), se observa ainda associação com a menor prevalência de câncer de mama (BRASIL, 2009a) e ovário (FERREIRA; PARADA; CARVALHES, 2007), redução de 15% na incidência de diabetes tipo II para cada ano de lactação (STUEBE, 2005; BRASIL, 2011a) e menos fraturas ósseas por osteoporose (PARADA; CARVALHES, 2007; BRASIL, 2009a; IMDAD; YAKOUB; BHUTT, 2011).

Ademais, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho, pois ao viabilizar, de maneira muito peculiar, o contato entre a mãe e seu bebê, permite que a criança possa aprender muito cedo a comunicar-se e relacionar-se com afeto e confiança. O contato íntimo, prolongado e frequente, garantido pela amamentação, além de estabelecer um forte laço de ligação, facilita a comunicação. As mulheres que amamentam costumam compreender mais rapidamente as necessidades do bebê, o que as auxilia no desempenho da maternidade e na adaptação da transição gradual do bebê idealizado para o bebê real (FERREIRA; PARADA; CARVALHES, 2007; BRASIL, 2009a; MATOS et al. 2010).

Os benefícios para a criança estão discutidos exaustivamente na literatura, destacando-se a promoção do crescimento adequado, os menores índices de mortalidade e morbidade por: diarreia, desnutrição, doenças respiratórias agudas (IRA), alergias, alterações oclusais e distúrbios fonéticos (BRASIL, 2009b; ALBUQUERQUE et al., 2010). Atualmente se reconhece o efeito positivo do leite humano no processo de mielinização do sistema nervoso central com repercussão positiva no desenvolvimento neuropsicomotor, na cognição e inteligência (BRASIL, 2009a; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; BRASIL, 2009b), bem como na diminuição do risco para doenças crônicas: diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia (BRASIL, 2009a; BRASIL 2009b), asma e sibilos recorrentes (STRASSBURGER et al., 2010).

Além dessas vantagens a prática do aleitamento materno reduz os custos com a alimentação da criança, sendo este um aspecto positivo para a família e sociedade (BRASIL, 2009a; 2009b). A partir do cálculo do custo percentual em relação ao aleitamento materno mais alimentação complementar, foi constatado que a utilização de fórmula infantil representa custo 3,3 vezes maior, e que a opção pelo

leite de vaca mais a alimentação complementar aumenta 1,7 vezes os gastos da família (BARBOSA et al., 2007).

Pelo fato do leite materno ser gratuito, limpo e na temperatura adequada, diminui as internações, e os custos com aquisição de fórmulas, mamadeiras, bicos artificiais e medicamentos; contribui para a redução da poluição ambiental, pois menos lixo inorgânico resultante do consumo de bicos artificiais e de mamadeiras será depositado no meio ambiente (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

Apesar dos benefícios, a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes dos seis meses de vida do lactente, independentemente do motivo, é um evento observado não apenas no Brasil, mas em todo o mundo (CABRAL; CAMPESTRINI, 2011; DOWLING; BROWN, 2013). Esta situação é preocupante, pois as crianças, em especial as menores de seis meses de vida, fazem parte do grupo mais vulnerável, pelas características do amadurecimento imunológico. Em decorrência disso, é possível que a doença, a depender do agente infeccioso, determine o agravamento do quadro, e o leite materno, pelas suas propriedades amplamente descritas e confirmadas na literatura, pode reduzir a morbimortalidade infantil, em especial em crianças ainda com poucas defesas (XIMENES *et al.*, 2010).

Dentre as causas que influenciam a baixa prevalência do AME, destacam-se: as alterações emocionais/crenças/mitos; baixa escolaridade da mãe; introdução precoce de outros alimentos; o cotidiano da mulher moderna; a falta de estrutura familiar, social e no trabalho (SILVA; MARCOLINO, 2009); a insegurança em relação à qualidade bem como a percepção materna de produção insuficiente de leite (INOUE et al., 2012); o processo cirúrgico da cesariana; problemas com o início da lactação; uso de medicamentos durante o puerpério (ALBUQUERQUE; NOBREGA; FONTES, 2008; SALES; SEIXAS, 2008; SALVE; SILVA, 2009); além da preocupação com a estética das mamas; do medo de ficar presa ao bebê (BRASIL, 2009b). Dentre os fatores associados à interrupção do AME destacam-se também o relato materno da recusa do peito pelo bebê, o choro contínuo e a dificuldade da criança em pegar o peito, além do baixo peso ao nascer e do uso de mamadeira e/ou chupeta (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; CYRILLO et al., 2009).

Carvalhoes, Parada e Costa (2007) investigaram os fatores associados ao AME em 380 crianças menores de quatro meses na cidade de Botucatu, e

constataram que o comportamento de cuidado materno em relação à alimentação do bebê, assim como o manejo das dificuldades iniciais da amamentação tiveram mais influência sobre a situação do AME do que as variáveis socioeconômicas e demográficas.

O impacto dos determinantes sociodemográficos na prática do AME está bem registrada na literatura. A relação entre escolaridade e prevalência do aleitamento materno exclusivo está documentada em um estudo de coorte em que mulheres com apenas o ensino fundamental tiveram o dobro do risco de desmamar precocemente seus filhos em relação àquelas com ensino superior (VENÂNCIO et al., 2002). No estudo de França et al. (2007) no qual o desmame foi mais significativo entre as mulheres com o primeiro grau quando comparadas às que haviam concluído o segundo grau; a renda familiar menor ou igual a 3 salários mínimos foi a que se associou com mais frequência ao desmame precoce, sendo o risco três vezes maior (BARBOSA et al., 2009).

Além destes determinantes a idade materna tem sido apontada como um fator de risco, visto que mães adolescentes têm mais chance de abandonar o AME (VENÂNCIO, et al., 2002; BARBOSA et al., 2009). Destaca-se que essas mesmas variáveis são apontadas como importantes fatores que influenciam o aleitamento materno em estudos realizados em outros países (SHAHLA; FAHY; KABLE, 2010; INOUE et al., 2012).

Apesar da complexidade dos determinantes envolvidos na amamentação, a prática do AME continua sendo um desafio para o profissional da saúde. Entretanto a mesma deve ser estimulada, já que é considerada como a intervenção isolada na Promoção da Saúde com maior potencial para a redução da morbimortalidade infantil (TOMA; REA, 2008).

A prática da amamentação é permeada por determinantes psicológicos, culturais e sociodemográficos, os quais precisam ser analisados por meio de uma concepção ampla que vá além dos aspectos biológicos da lactação. Diante do exposto o conceito de Promoção da Saúde deve ser discutido numa tentativa de responder aos desafios atuais que se apresentam para a prática da amamentação.

A Promoção da Saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno. A concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe

a articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (TRAVERSO-YÉPEZ; 2007).

Embora a partir da Declaração de Alma-Ata em 1978, a OMS tenha assumido a Promoção da Saúde como linha orientadora para elaboração de políticas de saúde em diversos países, a concepção do novo ideário deste conceito é mais recente e parece ser consequência dos investimentos inférteis dos governos no setor saúde (CARVALHO, 2004).

Países desenvolvidos, como Nova Zelândia, Canadá, Reino Unido, dentre outros iniciaram a discussão e a implantação de programas com ênfase na Promoção da Saúde, após a publicação da carta Ottawa em 1986. Este movimento está relacionado com altos investimentos, empreendidos no setor saúde, sem a melhoria no quadro sanitário da população, apesar das boas condições materiais de infraestrutura da rede de saúde. A transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento na expectativa de vida, redução nas taxas de mortalidade e consequentemente com o envelhecimento da população, exigiu dos países além de recursos para absorver e lidar com as demandas deste fenômeno, a discussão de novas propostas de enfrentamento para as ações de saúde (RABELO, 2006, 2013).

O arcabouço teórico e conceitual da Promoção da Saúde foi aprovado em 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, contemplado na Carta de Ottawa. Esse documento fundamenta-se na concepção que os investimentos devem ser direcionados para a capacitação das pessoas e comunidades na perspectiva de que os mesmos serão capazes de modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Nesse entendimento, a Carta de Ottawa tornou-se referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela OMS (BRASIL, 2002b; RABELO, 2006, 2013).

A partir dessa conferência, definiram-se estratégias ou campos de ação, ratificadas e desenvolvidas nos encontros internacionais subsequentes, que orientaram as intervenções em Promoção da Saúde. São elas: o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária, a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis a saúde e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002b).

Embora o termo Promoção da Saúde tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi se transformando representando hoje, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde, doença e cuidado. Importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, como a de Adelaide em 1988, Sundsvall em 1991 e a de Jacarta ocorrida em 1997, desenvolveram as bases conceituais e políticas da Promoção da Saúde, a partir do conceito definido na Carta de Ottawa (BUSS, 2000).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1988 na Austrália, cujo tema central foi políticas públicas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), manteve a direção estabelecida na conferência de Ottawa. No documento final, conhecido como Declaração de Adelaide, ficaram definidas quatro áreas prioritárias para promoção de ações imediatas em políticas públicas saudáveis: o apoio a saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis (BRASIL, 2002b). Dentre as linhas de ação, no que se refere à saúde da mulher, o documento recomenda a necessidade do incentivo à licença maternidade, levantando assim as discussões sobre os fatores envolvidos no processo de amamentação para além dos aspectos biológicos, buscando garantir condições sociais para a mulher amamentar o seu filho, que é o primeiro passo para contemplar o segundo eixo da proposta desta conferência, alimentação e nutrição.

A consolidação das propostas das linhas de ação que contemplam a alimentação e nutrição saudáveis passa pelo entendimento da Promoção da Saúde como um processo social e político, que não se limita apenas às ações direcionadas de fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos. Deve envolver também, ações dirigidas para mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual (WHO, 1998). Nesse sentido, em 2006, o governo brasileiro assumiu uma Política Pública para a Promoção da Saúde, articulada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

O conceito de Promoção da Saúde, definido no documento oficial brasileiro, alcança os determinantes sociais envolvidos no processo de saúde e doença na população brasileira como a violência, desemprego, habitação, falta de saneamento, dificuldade de acesso à educação, fome, qualidade do ar, dentre outros (BRASIL, 2006a). Desta forma, o documento em questão, ratifica os princípios da Carta de

Ottawa (WHO, 1986) nos quais se destacam o direito de acesso da população a moradia, paz, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade como condições e recursos fundamentais que sustentam a saúde.

Um dos pilares da Política Nacional de Promoção da Saúde é a alimentação saudável enfatizando a promoção de hábitos alimentares adequados, nela o incentivo ao aleitamento materno é compreendido como prática integrante da adoção de estilos de vida saudáveis, componente importante da Promoção da Saúde (BRASIL, 2012a). Logo, ações específicas para o incentivo do aleitamento materno estão destacadas nos documentos que orientam a Promoção da Saúde no país, como a criação de locais propícios para amamentação para as mães trabalhadoras, produção e distribuição de material educativo, estímulo para implantação de bancos de leite humano, dentre outros (BRASIL, 2006b).

As ações de promoção do aleitamento materno são prioritárias no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Dapes/SAS/MS). Essa é uma das estratégias mais importantes para reduzir a mortalidade infantil, compromisso que o Estado Brasileiro assumiu nos âmbitos nacional e internacional, por meio do pacto de redução da Mortalidade Materna e Neonatal, do Pacto pela Vida, do Programa mais Saúde e, mais recente, do Termo de Compromisso entre os governos federal e estadual da Região Nordeste e Amazônia Legal para redução do componente neonatal na mortalidade de menores de um ano de vida (BRASIL, 2011a,c).

A criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), século XX, na década de 80, se deu principalmente pelos altos índices de mortalidade infantil e pelo reconhecimento dos benefícios do leite humano para a saúde da criança. Esta política pública fortaleceu as ações governamentais e não governamentais em defesa da amamentação, contribuindo de forma significativa para o aumento das taxas de aleitamento materno no país (ESPIRITO SANTO, 2010).

A partir de então outras ações foram desenvolvidas no país na tentativa de recuperar e estimular a prática do aleitamento materno. São exemplos, além da criação do PNIAM, a normatização do sistema de Alojamento Conjunto, a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), o

estabelecimento de normas sobre funcionamento dos bancos de leite humano, a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a interrupção da distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Recentemente o MS deu início a mais uma ação para estimular a prática do aleitamento materno a qual se denomina Rede Amamenta Brasil. A mesma surgiu da necessidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica, uma vez que a maioria das políticas públicas e das ações em prol da amamentação, realizada nacionalmente desde a década de 1980, teve como foco principal a rede hospitalar (BRASIL, 2011b).

Os profissionais da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS iniciaram uma discussão para unificar as estratégias para promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar, que até recentemente estavam desarticuladas. A portaria número 1920, publicada em 6 de setembro de 2013 no Diário Oficial da União, instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, denominada como Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (BRASIL, 2013).

O objetivo da unificação é qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências dos profissionais de saúde com as temáticas na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim sendo, ficam oficialmente integradas as ações de aleitamento materno e alimentação complementar saudável que o MS desenvolvia com foco na atenção básica, antes denominada de Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (BRASIL, 2013).

A reorganização dessas estratégias contribuirá para que ações educativas de promoção da alimentação saudável na primeira infância sejam elaboradas de forma que, ainda na gestação a mulher receba informações sobre os benefícios da amamentação exclusiva até os seis meses e como alimentar o filho dos seis meses aos dois anos de idade.

Existe consenso de que Promoção da Saúde é uma estratégia vital para a melhoria da saúde global, e a educação em saúde é entendida como ferramenta a

ser utilizada para subsidiar as ações dos profissionais desta área, visto que estes poderão cooperar na defesa de políticas que apóiam a criação de condições que promovam a saúde. Todavia, para desenvolver e fortalecer a capacidade destes profissionais é necessário que sejam identificadas e divulgadas as principais competências e normas a serem observadas na capacitação dos trabalhadores da saúde (ALLEGIANTE, 2009). Nessa qualificação dos profissionais deve incluir aspectos que ampliem a concepção dos determinantes sociais envolvidos na saúde da população.

A proposta da Rede Amamenta e Alimenta Brasil incorpora os pressupostos da Promoção da Saúde e amplia a concepção das ações para o incentivo da amamentação, pois dentre outros objetivos, existe a preocupação em contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais para que estes se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem da amamentação e da introdução oportuna e adequada dos alimentos complementares (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013).

O desenvolvimento de ações de saúde e nutrição na infância significa investir em capital humano, e que a alimentação saudável nos primeiros anos de vida inclui além da prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade a introdução de alimentos em tempo oportuno e de qualidade até dois anos de idade ou mais. É fundamental compreender que a mulher não amamenta e nem alimenta sozinha, a família e o círculo de convivência fazem parte deste contexto. Desta forma, mudanças nas ações educativas para a promoção da alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida da criança, passam pela discussão dos determinantes psicossociais os quais podem influir positivamente ou não nesta prática (BRASIL, 2012a).

Neste contexto é preciso refletir sobre a relevância do papel dos profissionais da saúde nas ações de Promoção da Saúde. O enfermeiro é considerado um dos profissionais de destaque, uma vez que a educação em saúde, uma das estratégias para a Promoção da Saúde, é um dos elementos centrais no papel destes profissionais, independente do nível de atenção em que o mesmo esteja inserido (CASEY, 2007).

Educação em saúde, no enfoque da Promoção da Saúde, pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua

promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Assim os profissionais que trabalham com estratégias de educação em saúde centralizadas no cliente, mesmo que inconscientemente, estabelecem um ciclo permanente de ensinar e de aprender (PEREIRA, 2003).

Toda prática educativa se realiza entre pessoas, isto é envolve sujeitos portadores de vivências subjetivas e objetivas e que interpretam tais vivências segundo sua cultura e sua inserção social. São, portanto, práticas para as quais as tecnologias apoiam e dão suporte, porém não substituem o diálogo, base fundamental para a interação com o outro, princípio importante para a aprendizagem (BRASIL, 2008).

O enfermeiro como educador em saúde deve propor ou implementar ações educativas para incentivar a prática do aleitamento materno embasadas na concepção da Promoção da Saúde para a mãe e o filho, de outra forma as ações estarão circunscritas apenas aos aspectos biológicos da amamentação.

A ação orientar não deve ser entendida como forma de guiar ou conduzir o desejo das gestantes em relação à amamentação. O sentido deve ser de aconselhamento, que possibilite um diálogo o qual pressupõe ouvir, refletir e aprender em relação ao aleitamento materno com os sujeitos no processo. Assim, a mulher ganha autonomia nas decisões tomadas em relação a amamentação. (NASCIMENTO et al., 2013).

A concepção de educação em saúde como estratégia de Promoção da Saúde remete para escolhas de tecnologias educativas que proporcionem ao profissional da saúde ferramentas que possibilitem promover o diálogo e a autonomia dos sujeitos na tomada de decisões sobre a sua saúde. A decisão sobre a maneira de alimentar seu filho é da mulher, não do profissional.

O enfermeiro, como outros profissionais da saúde, desempenha atividades de educador e promotor da saúde. No exercício dessas atividades têm a oportunidade de desenvolver a criatividade e competência na arte do cuidar (OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008). A tecnologia educativa é compreendida como um conjunto de concepções teóricas e práticas que estão relacionadas a produtos e materiais os quais definem terapêuticas e processos de trabalho e se constituem em instrumentos para realizar ações na produção da saúde (ROCHA et al., 2008).

Um estudo de revisão integrativa sobre o uso de tecnologias na promoção do aleitamento materno constatou que o vídeo foi a ferramenta utilizada nos dez estudos analisados. Entretanto, mesmo em menor proporção, verificou-se a utilização de folhetos, cartilhas/livretos e o uso de escalas, apenas um estudo havia utilizado *software* educativo (JOVENTINO et al., 2011). Nesta revisão não foi encontrado nenhum estudo com álbum seriado.

Pesquisas realizadas em países com diferentes contextos socioeconômicos têm constatado resultados bem sucedidos a partir de intervenções educativas em saúde, as quais foram capazes de aumentar a percepção de autoeficácia/confiança da mãe na amamentação. Como exemplo, o estudo realizado em Pelotas-RS, que usou como ferramentas educativas vídeo, folhetos e visitas domiciliares por uma equipe de apoio à amamentação; na Austrália, os pesquisadores verificaram a eficácia da utilização de livros interativos; no Japão, a tecnologia usada foi um programa educativo com DVD e panfletos (NICHOLS et al., 2007; ALBERNAZ et al., 2008; AWANO, SHIMADA, 2010).

Independente da tecnologia educativa adotada pelos pesquisadores, os resultados de alguns estudos que utilizaram como referencial a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977), a exemplo do constructo de autoeficácia para amamentar (DENNIS, 1999), na elaboração e construção de ferramentas educativas, aplicadas em gestantes, obtiveram efeito positivo na promoção do AM (NOEL-WEISS et al., 2006; NICHOLS, 2009; McQUEEN et al., 2011; POLLARD, 2011).

Estudo de delineamento quase experimental, realizado em Fortaleza, aplicou o álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", idealizado no constructo da autoeficácia para amamentar (DENNIS, 1999), em 100 puérperas que se encontravam em Alojamento Conjunto. Na ocasião foram avaliados os escores de autoeficácia para amamentar antes e após a intervenção (no momento da alta). Concluiu-se que a tecnologia educativa foi eficaz no aumento da autoeficácia materna em amamentar (DODT, et al., 2013).

A confiança materna para amamentar é uma variável importante não só para iniciar o AM como também para mantê-lo exclusivamente (DENNIS; FAUX, 1999; DENNIS, 2002). Algumas pesquisas apontam a existência de fatores não modificáveis e modificáveis os quais estão relacionados com prevalência do AME. As variáveis sociodemográficas a exemplo da idade, escolaridade, renda familiar, estado civil das puérperas são consideradas como não modificáveis; e os problemas

com as mamas, utilização da chupeta, falta de apoio para amamentar e a falta de confiança/autoeficácia da mãe são fatores vistos como passíveis de modificação (CARVALHAES et al., 2007; FEIN, 2009; OLIVEIRA et al., 2010).

A maioria das pesquisas tem se concentrado na identificação de fatores sociodemográficos que influenciam o início e tempo do aleitamento materno como a idade materna e renda familiar. Ocorre que muitos destes fatores de risco para o AM não são modificáveis, pelo menos em curto prazo. Sendo assim, para lidar de forma eficaz com as baixas taxas de aleitamento os profissionais precisam adotar estratégias com as quais possam avaliar e detectar mulheres com risco para desmamar precocemente. Nessa concepção é recomendável a identificação de fatores que são susceptíveis às intervenções de apoio, como a confiança/autoeficácia materna para amamentar, sendo considerada uma da variável modificável por meio de ações educativas (DENNIS; FAUX, 1999).

Assim a utilização do conceito de autoeficácia, como referencial teórico em estratégias para a promoção do aleitamento materno, poderá dar suporte às práticas educativas utilizadas por enfermeiros, de forma que estas possam considerar alguns dos fatores psicossociais que perpassam a prática da amamentação. Entende-se a autoeficácia como uma variável cognitiva que pode afetar o comportamento, o nível de motivação, o padrão de pensamento bem como a reação emocional dos sujeitos em situações de conflito (BANDURA, 1977a).

A expectativa ou crença da mulher sobre as próprias habilidades em cumprir os procedimentos ou ações recomendadas pelos profissionais da saúde para amamentar, é um fator importante para o início e a continuidade da amamentação. Desta maneira ações educativas balizadas no referencial da Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1977b) poderão contribuir para a promoção do aleitamento materno exclusivo.

1.1.2 Autoeficácia materna para amamentar e as intervenções educativas na promoção e incentivo do aleitamento materno

A autoeficácia pode ser definida como um julgamento feito pelo próprio indivíduo de sua capacidade para organizar e executar cursos de ação para alcançar metas designadas (BANDURA, 1977a). Este conceito foi construído por Albert Bandura em 1997, a partir dos pressupostos da Teoria Social Cognitiva. Nesta

perspectiva o ser humano tem características especiais, a primeira é a intencionalidade, as pessoas formam intenções e estratégias de ação para alcançá-los; a segunda característica trata da antecipação, as pessoas criam objetivos para si mesmas isto possibilita a visualização antecipada de resultados que guiam e motivam seus esforços para o futuro (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Van Der Bijl e Shortridge-Baggett (2001) conceituam a autoeficácia como sendo uma convicção pessoal de que se pode realizar com sucesso uma ação para alcançar resultados satisfatórios de uma determinada situação. A crença de autoeficácia é formada pelas expectativas de eficácia e expectativa de resultados. A expectativa ou crença de eficácia é a convicção de que a pessoa pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados; já a expectativa de resultado é a estimativa que a pessoa faz de que um determinado comportamento levará a determinados resultados (BANDURA, 1977a).

Crenças de autoeficácia relacionam-se à classe de expectativas ligadas ao *self*. Trata-se de uma avaliação ou percepção pessoal quanto a própria inteligência, habilidades, conhecimentos, os quais são representados pelo termo capacidades. Não é apenas uma questão de possuir ou não tais capacidades; na concepção da Teoria Social Cognitiva, a autoeficácia elevada depende de a pessoa acreditar que possui as habilidades exigidas para o desempenho de uma atividade ou tarefa, com sucesso. Tal crença impulsiona e direciona a organização e execução de linhas de ação, isto resulta em uma expectativa de ser capaz de fazer determinada ação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

A expectativa de resultado e de eficácia diferenciam-se porque os indivíduos podem acreditar que determinada ação conduz a determinado resultado, mas, se tiverem dúvidas acerca da sua capacidade para realizar essa ação, a crença inicial não influencia o seu comportamento (SOUZA; SOUZA, 2004).

Possivelmente isto explica o fato de que muitas mulheres, apesar de conhecerem a técnica e os benefícios do aleitamento materno, não conseguem amamentar exclusivamente até os seis meses de vida da criança, pois o conhecimento somente não garante à mulher a confiança necessária para sustentar a amamentação. Esta reflexão também está apoiada na compreensão de que “[...] as ações das pessoas baseiam-se mais no que elas acreditam do que no que é objetivamente verdadeiro”, entretanto nenhum grau de autoeficácia pode ocorrer na

ausência de habilidades e conhecimento (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008, p. 102).

O conceito de autoeficácia no contexto de modificação do comportamento cognitivo é considerado um elevado sentimento de eficácia pessoal e relaciona-se com melhor saúde, melhor realização e melhor integração social. Na Teoria Social Cognitiva, argumenta-se que conhecer os comportamentos requeridos para obter certo resultado não é suficiente para promover esse mesmo comportamento. As pessoas devem também acreditar que são eficazes para desempenhá-los. A mudança de comportamento se torna mais fácil quando existe um sentimento pessoal de controle. Se um indivíduo acredita que consegue realizar uma ação para resolver um problema, ficará mais à vontade para executá-la e vai se sentir mais confiante. A autoeficácia faz a diferença no modo como as pessoas sentem, pensam e agem (BANDURA 1977b).

As expectativas ou crenças de autoeficácia são elaboradas pelos indivíduos, já que estas estão associadas à percepção das próprias capacidades e funcionam como a base para a motivação, bem-estar e para as realizações pessoais. Os sujeitos formam suas crenças de autoeficácia interpretando informações de quatro fontes principais; a primeira é a experiência de êxito pessoal (experiência de domínio), considerada a fonte mais eficaz ou mais influente; a segunda fonte nasce das experiências vicárias, que consistem na observação de modelos sociais, em visualizar outras pessoas realizando uma tarefa; a terceira é a persuasão verbal, caracterizada como a mais frágil, a qual necessita que o persuasor/orientador tenha credibilidade quanto a temática abordada; e por fim a quarta fonte, que diz respeito aos estados somáticos e emocionais e está relacionada com a forma como o indivíduo controla o estresse, a excitação, a ansiedade e os estados de humor (BANDURA, 1977b; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

As fontes de informação para a autoeficácia não se traduzem imediatamente em análise de competência, os indivíduos interpretam os resultados dos fatos e são estas interpretações que orientam e fundamentam seus julgamentos. As crenças de autoeficácia são consideradas como o elemento central da Teoria Social Cognitiva; desde a divulgação do seu conceito, os pesquisadores têm demonstrado que estas influenciam fortemente as realizações dos indivíduos em diferentes áreas. Observa-se que quanto maior a crença da autoeficácia, maior será o esforço, a persistência e

a resiliência do indivíduo frente às tarefas a serem enfrentadas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Apesar da autoeficácia ter suas raízes na psicologia social cognitiva, esta vem sendo utilizada em diferentes campos de pesquisas, com populações e problemas diversos (CHAO, 2003). A autoeficácia tem sido um preditor para comportamentos de saúde, como os comportamentos preventivos ligados à saúde da criança (BLAND *et al.*, 2005) e os maternos relacionados ao cuidado infantil (PRASOPKITTIKUN *et al.*, 2006). As pessoas com crença forte de autoeficácia visualizam problemas desafiadores como tarefas a serem dominadas tornando-se motivados, interessados e comprometidos com o alcance dos resultados (BANDURA, 1977a).

A medida de autoeficácia é um conceito fundamental para o gerenciamento de situações do cotidiano dos indivíduos, sendo esta importante para mudanças de comportamentos, inclusive na prática da amamentação. Portanto, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que estudam o fenômeno da amamentação, devem se valer deste conceito, para auxiliar a mulher no processo da amamentação.

As pesquisas sobre os fatores associados à interrupção precoce da amamentação indicam que as mulheres com relato de falta de confiança para amamentar têm cerca de duas a três vezes mais chances para desmamar (BLYTH *et al.*, 2004). Todavia, nos primeiros estudos sobre esta variável, o conceito de confiança materna era derivado sem base teórica, resultando em diversas abordagens de mensuração, configurando-se em estudos com consistência metodológica fraca (DENNIS, 1999).

A falta de um quadro conceitual, bem como o reconhecimento de que as crenças de autoeficácia são fortes preditores do comportamento da mulher em relação ao aleitamento materno, levou a enfermeira canadense Cindy-Lee Dennis a desenvolver o conceito de autoeficácia na amamentação. Os pressupostos da Teoria Social Cognitiva de Bandura possibilitaram a análise da relação entre a confiança da mulher para amamentar na perspectiva do conceito da autoeficácia. O conceito da autoeficácia para amamentar considera que as expectativas ou as crenças de autoeficácia podem influenciar o julgamento da mulher sobre sua habilidade para iniciar, vencer as dificuldades, se for o caso e continuar a amamentação (DENNIS, 1999).

O conceito da autoeficácia para amamentar compreende as expectativas da mulher em sua capacidade para executar tarefas específicas e comportamentos relacionados à amamentação bem sucedida. As expectativas ou crenças estão atreladas a experiência pessoal e vicária com o aleitamento, a persuasão verbal em prol da amamentação de pessoas influentes para a nutriz, além de fatores como dor, ansiedade e fadiga que podem interferir na confiança da mulher para amamentar (DENNIS; FAUX, 1999; BLYTH et al., 2002).

Para a utilização do conceito de autoeficácia na amamentação, Dennis e Faux (1999) desenvolveram uma escala psicométrica capaz de mensurar a confiança da mulher para amamentar, a mesma apresenta 33 itens, estruturados em dois domínios, técnico e pensamento intrapessoal, sendo denominada como *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES). Um instrumento sensível para mensurar os escores de autoeficácia, sendo possível estimar como as nutrizes irão se comportar frente à amamentação identificando aquelas com maior risco de interromper precocemente o aleitamento materno. A mensuração dos escores de autoeficácia é importante visto que a confiança para amamentar é uma variável que pode ser modificada (DENNIS; FAUX, 1999; BLYTH et al., 2002).

Embora a primeira escala BSES tenha obtido alto índice de confiabilidade foi observado que alguns itens da mesma deveriam ser suprimidos devido a sua redundância e que se a mesma fosse abreviada não implicaria na validade preditiva da escala, além disso, a redução nos itens facilitaria a utilização desta na prática clínica otimizando as ações dos profissionais. Desta maneira, a mesma escala foi validada em um formato reduzido, com 14 itens, denominada *Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form* (BSES-SF), mantendo os domínios técnicos e pensamentos intrapessoais. A BSES-SF além de ser capaz de mensurar os escores de autoeficácia para amamentar, também prediz o comportamento futuro da mulher em relação a prática do aleitamento materno (DENNIS, 2003).

A partir de então a escala BSES-SF foi adaptada e validada em vários países e em diferentes culturas. Foi aplicada com as mães no Canadá (DENNIS, 2003; NOEL-WEISS et al., 2006; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; MOSSMAN et al., 2008; McQUEEN et al., 2011); nos Estados Unidos (McCARTER-SPAUDING; DENNIS, 2010); na Turquia (ALUS; TOKAT; OKUMUS; DENNIS, 2010); no Japão

(OTSUKA et al., 2008); na Austrália (NICHOLS et al., 2009); no Reino Unido (GREGORY et al., 2008), na Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007) e na Espanha (ROIG et al., 2012).

No Brasil a BSES foi traduzida e validada por Oriá *et al.*(2009) que replicou o estudo em gestantes; sendo Importante destacar que esta foi primeira tradução da escala realizada na América do Sul. Os resultados encontrados na pesquisa foram semelhantes aos de Dennis e Faux (1999) indicando que a escala pode avaliar a autoeficácia materna para amamentar em mulheres brasileiras.

A versão BSES-SF foi validada no Brasil por Dodt et al. (2012) com 294 puérperas residentes em Fortaleza-Ceará; sendo verificado elevado índice de confiabilidade alfa de Cronbach ($=0,74$), cujo valor coincidiu com a média do coeficiente de correlação intraclasse que variou de 0,69 a 0,78. Os resultados foram semelhantes aos verificados em outras pesquisas que validaram a BSES-SF, e os autores concluíram que a escala é um instrumento apropriado para medir a autoeficácia em nutrizes brasileiras. Destacam ainda que o mesmo é sensível na identificação de mulheres com baixos escores na confiança para amamentar, com risco para desmame precoce, oportunizando o planejamento de intervenções e de apoio individualizado.

A BSES-SF constitui-se de 14 itens, cujo padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente); assim os escores totais da escala podem variar de 14 a 70 pontos. Os itens estão distribuídos de forma aleatória em duas categorias de domínio: Técnica (08 itens) e Pensamentos Intrapessoais (06 itens) (DODT et al., 2012). Na primeira categoria, a escala focaliza aspectos técnicos do aleitamento materno como: posição correta do bebê na amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de boa lactação, sucção do complexo areolomamilar. Na segunda, é levado em consideração o desejo de amamentar, motivação interna para a amamentação, satisfação com a experiência de amamentar, entre outros fatores (ORÍÁ, 2008).

A BSES-SF é uma ferramenta de fácil manejo na prática clínica que pode ser usada não apenas para identificar mulheres com risco para desmamar, como também pode auxiliar os profissionais e pesquisadores a se apropriarem dos pressupostos do conceito de autoeficácia, utilizando-o em planejamento de

estratégias de educação em saúde na melhoria da confiança materna para amamentar.

Pesquisadores têm sugerido que, para melhorar as taxas de aleitamento materno os profissionais de saúde precisam identificar e abordar os fatores de risco que são passíveis de intervenção (DENNIS; FAUX, 1999; OTSUKA et al., 2008). A confiança da mulher que amamenta é uma variável considerada como modificável (DENNIS, 1999; DUNN et al., 2006). Concebida teoricamente como autoeficácia para amamentar reflete a crença da mulher em sua capacidade e habilidade de amamentar seu bebê (DENNIS, 1999). Nesta perspectiva, aumentar a autoeficácia pode, entre outras coisas, diminuir a percepção materna de leite insuficiente e conseqüentemente diminuir a interrupção prematura ou suplementação do aleitamento materno (OTSUKA et al., 2008)

Os estudos que examinaram a relação entre amamentação e autoeficácia têm mostrado que esta é uma variável associada com o início e duração do aleitamento materno em vários países, como apontam os resultados observados no Canadá (DENNIS; FAUX, 1999; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007), na Austrália (BLYTH et al., 2002; BAGHURST et al., 2007), no Brasil (ORÍÁ et al., 2009; DODT et al., 2012), em Porto Rico (TORRES et al., 2003), na China (DAI; DENNIS, 2003), na polônia (WUTKE; DENNIS, 2007) e nos Estados Unidos (MCCARTER-SPAULDING; DENNIS, 2010).

Embora se reconheça a confiança materna como um preditor para a amamentação poucas pesquisas, até o momento, têm avaliado o efeito de intervenções educativas com enfoque no conceito da autoeficácia para amamentar e a repercussão destas nas taxas do aleitamento materno (McQUEEN et al., 2011).

Assim, considerando as características individuais do processo de amamentar, bem como a relevância de ações educativas apropriadas à mulher e o papel da educação em saúde na prática do profissional de saúde, pesquisas foram realizadas com intervenções planejadas a partir dos pressupostos da Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977b) e/ou da concepção teórica de Dennis (1999) para o conceito de autoeficácia para amamentar.

Noel-Weiss et al. (2006) investigaram os efeitos de uma oficina educativa sobre o processo de amamentação, embasada no referencial teórico de autoeficácia, na duração do aleitamento e na confiança da mulher para amamentar.

Este estudo do tipo ensaio clínico, controlado e randomizado foi realizado no Canadá e mensurou a autoeficácia pela BSES-SF nas mulheres do grupo controle e de intervenção antes da intervenção educativa, a qual foi aplicada durante o pré-natal. A mensuração dos escores de autoeficácia foi realizada no ciclo gravídico puerperal, também se avaliou o tipo de aleitamento na 4ª e 8ª semanas. Os autores observaram que o número de mulheres que interromperam o AME foi menor nas que receberam a intervenção educativa, além de terem alcançado melhores escores de autoeficácia.

Estudo de realizado no sudeste da Austrália, com 143 mulheres no terceiro trimestre de gestação (com 36 semanas ou mais), recrutadas em três clínicas de pré-natal, foram expostas a uma intervenção educativa com base nas fontes de informação para formação de crenças de autoeficácia propostas por Bandura (1977a). As mulheres do grupo de intervenção receberam um livro interativo com foco na melhoria da confiança para amamentar estruturado nas quatro fontes de construção das crenças de autoeficácia (realizações pessoais com a amamentação, experiência vicária, persuasão verbal, respostas emocionais); as do grupo controle receberam um livro com informações técnicas sobre amamentação. As mulheres do grupo intervenção alcançaram melhores pontuações nos escores da BSES-SF e amamentaram exclusivamente por mais tempo, quando comparadas as do grupo controle, na 4ª semana pós-parto (NICHOLS et al., 2009).

Uma pesquisa experimental realizada no Cairo por Ahmed (2008) avaliou o efeito de um programa educativo, com base na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977b), avaliando a sua eficácia a partir da prática do aleitamento materno em 60 mães de prematuros. As sessões educativas ocorreram após o parto e durante a hospitalização da criança. A pesquisadora concluiu que as mulheres do grupo de intervenção demonstraram melhora no manejo da lactação, uma vez que a prática da ordenha/expressão do leite das mamas era mais frequente do que nas do grupo controle, além disso, 80% das mulheres do grupo intervenção tiveram alta com os filhos mamando exclusivamente enquanto no grupo controle apenas 40% das crianças estavam em AME no momento da alta hospitalar.

Um protocolo de intervenção educativa individualizado, também projetado a partir dos pressupostos da Teoria Social Cognitiva, com o objetivo de aumentar a autoeficácia na amamentação, foi testado por McQueen et al. (2011) em 150

puérperas, primíparas. A partir do estudo experimental os autores constataram que a utilização do protocolo foi considerada como uma intervenção viável e eficaz que repercutiu positivamente nos escores da autoeficácia, na duração e no AME entre 4 e 8 semanas nas mulheres do grupo intervenção.

Dodt, Ximenes e Oriá (2012) preocupadas com a situação do aleitamento materno no Brasil, em especial com as baixas taxas de AME, validaram uma tecnologia de intervenção educativa para a promoção da amamentação. Trata-se de álbum seriado, intitulado “Eu posso amamentar meu filho”; o qual foi idealizado a partir da versão traduzida da BSES-SF, da base teórica da autoeficácia, bem como de levantamentos bibliográficos, de estudos anteriores realizados pelas pesquisadoras. O álbum seriado é composto por sete figuras e fichas-roteiro. Este foi validado quanto à aparência e conteúdo a partir da avaliação de dez juízes que consideraram o álbum como claro e compreensível, obtendo o índice de Validade de Conteúdo de 0,92 quanto às figuras e de 0,97 quanto às fichas-roteiro, caracterizando o álbum como uma estratégia válida.

A validação clínica desta tecnologia foi feita por meio de um estudo quase experimental, com 221 puérperas em sistema de alojamento conjunto, de uma maternidade pública de referência terciária, na assistência perinatal e neonatal, em Fortaleza. Os escores de autoeficácia materna para amamentar foram mensurados pela BSES-SF em três momentos distintos; no primeiro, a aplicação da escala foi feita antes das mulheres do grupo controle (GC) terem recebido as orientações de rotina e antes da aplicação do álbum para as do grupo de intervenção (GI); no segundo momento, a mensuração dos escores foi realizada nas mulheres antes da alta hospitalar, e no terceiro e último momento esta foi verificada em todas as mulheres (GC e GI) aos dois meses. Foi aumento nos escores de autoeficácia para amamentar no GI no segundo mês. Além disso, todas as mulheres do GI permaneceram em AME no 2º mês, enquanto para o GC esta frequência foi de apenas 41,0%. A intervenção educativa, com puérperas no alojamento conjunto, utilizando o álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” melhorou tanto a autoeficácia materna para amamentar, como também repercutiu de forma satisfatória na duração do aleitamento materno (DODT, 2011).

Pelo exposto, verifica-se que os estudos que utilizam as bases do referencial teórico de Bandura (1977a), em especial aqueles voltados para autoeficácia materna

para amamentar, conceito adaptado por Dennis (1999), repercutiram positivamente tanto na confiança da nutriz como no tempo de aleitamento.

Sabe-se que a forma como a mãe interpreta a sua experiência e avalia a sua capacidade de amamentar, são fatores importantes para a amamentação, bem sucedida ou não. Deste modo, Dennis (2002a) considera que muitas mães interrompem o aleitamento materno, não por escolha, mas devido a falta de confiança para enfrentar os desafios inerentes a esta prática.

Porém a autoeficácia ou a confiança para amamentar é uma variável que pode ser modificada por meio de intervenções educativas e apoio social. A queda acentuada nas taxas de aleitamento materno durante as primeiras semanas de vida do bebê representa uma lacuna nas ações educativas para o incentivo do aleitamento materno, sendo assim as mulheres precisam mais do que informação, necessitam de ferramentas adequadas para que possam amamentar (EIDMAN, 2011). As primeiras semanas pós-parto são consideradas críticas para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo. Os pesquisadores recomendam que a utilização de estratégias de promoção do aleitamento materno desde o pré-natal é uma maneira de preparar a mulher para superar as dificuldades iniciais com a amamentação (DENNIS, 2003; EIDMAN, 2011; SEMENIC; LOUISELLE; GOTTLIEB, 2008).

Os benefícios do aleitamento materno são amplamente reconhecidos, inclusive pelas mulheres, uma vez que a maioria acredita que o leite materno é o alimento ideal para seus filhos, prova disso é que muitas iniciam a amamentação, porém um número significativo delas não consegue prolongar o tempo do aleitamento. Para apoiar as mulheres no manejo do processo inicial da lactação para que a amamentação se efetive, as ferramentas devem ser apresentadas ainda no pré-natal (EIDMAN, 2011). Muitas mulheres relatam problemas com a amamentação nas primeiras semanas pós parto, sendo isto mais um indicativo para que as intervenções educativas sejam implementadas durante o curso da gestação (DENNIS, 2003; EIDMAN, 2011).

As ações educativas devem instrumentalizar as gestantes com o objetivo de melhorar sua confiança para que essas possam superar as dificuldades iniciais do processo de lactação, se for o caso. Ao se constatar que álbum seriado intitulado “Eu posso amamentar meu filho” validado em puérperas se mostrou eficaz para a

abordagem da amamentação (DODT, 2013) e reconhecendo a relevância das ações educativas no período gestacional (EIDMAN, 2011; SEMENIC; LOUISELLE; GOTTLIEB, 2008); nesse estudo foi utilizada a mesma tecnologia educativa no curso do último trimestre da gestação.

Frente às baixas taxas de aleitamento materno exclusivo, já nos primeiros meses de vida e percebendo a possibilidade de trabalhar a confiança da mulher com tecnologias educativas apropriadas, defende-se a tese que a intervenção educativa com a utilização de álbum seriado, estruturado nos pressupostos do conceito de autoeficácia é capaz de aumentar os escores de autoeficácia no ciclo grávido puerperal bem como repercutir positivamente nas taxas de AME nos primeiros dois meses de vida da criança.

A realização do estudo foi considerada relevante, pois confirmou a viabilidade da utilização pelos profissionais da enfermagem, que atuam com mulheres no ciclo gravídico-puerperal, de uma tecnologia educativa, ancorada em um referencial teórico que possibilita melhorar a confiança materna para amamentar minimizando a interrupção precoce do AME. Além disso, os resultados da pesquisa apontaram que a tecnologia testada é apropriada para intervenções educativas também no pré-natal.

2 OBJETIVOS

"Não se deve ir atrás de objetivos fáceis. É preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços" (Albert Einstein)

2.1 Objetivo geral

Avaliar os efeitos da utilização, do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", na autoeficácia materna para amamentar e a sua repercussão no AME.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Verificar os escores de autoeficácia para amamentar no ciclo gravídico-puerperal.
- ✓ Comparar os escores da autoeficácia para amamentar nas mulheres que participaram ou não da intervenção educativa.
- ✓ Caracterizar a alimentação oferecida à criança nos primeiros dois meses de vida.
- ✓ Correlacionar a incidência do AME com os escores de autoeficácia nas mulheres que participaram ou não da intervenção educativa.
- ✓ Verificar os escores de autoeficácia e a incidência do AME entre as primíparas que participaram ou não da intervenção.

3 HIPÓTESES

Esta é a essência da ciência: faça uma pergunta impertinente e cairá no caminho da resposta pertinente (J. Bronowski).

3.1 Hipóteses H0

- ✓ Os escores de autoeficácia das mulheres que participarem da intervenção educativa com álbum seriado serão iguais aos daquelas que participarem da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde.
- ✓ A incidência de AME nos primeiros dois meses de vida da criança será igual tanto para as mulheres que participarem da intervenção educativa quanto para aquelas que participarem da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde.
- ✓ Os escores de autoeficácia das mulheres primíparas que participarem da intervenção educativa com álbum seriado serão iguais aos daquelas que participarem da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde.
- ✓ A incidência de AME nos primeiros dois meses de vida da criança será igual tanto para as mulheres primíparas que participarem da intervenção educativa quanto para aquelas que participaram da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde

3.1 Hipóteses H1

- ✓ Os escores de autoeficácia das mulheres que participarem da intervenção educativa com álbum seriado serão mais elevados comparados aos daquelas que participarem da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde.
- ✓ A incidência de AME nos primeiros dois meses de vida da criança será maior nas mulheres que participarem da intervenção educativa comparada com aquelas que participarem da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde.
- ✓ A incidência de AME nos primeiros dois meses de vida da criança será maior nas mulheres primíparas que participarem da intervenção educativa comparada com aquelas que participarem da orientação convencional na Unidade Básica da Saúde.

4 MÉTODO

O grande tragédia da ciência está no massacre de uma bela hipótese quando isto parte de um equívoco do método. (Thomas Kuxley)

4.1 Desenho do estudo

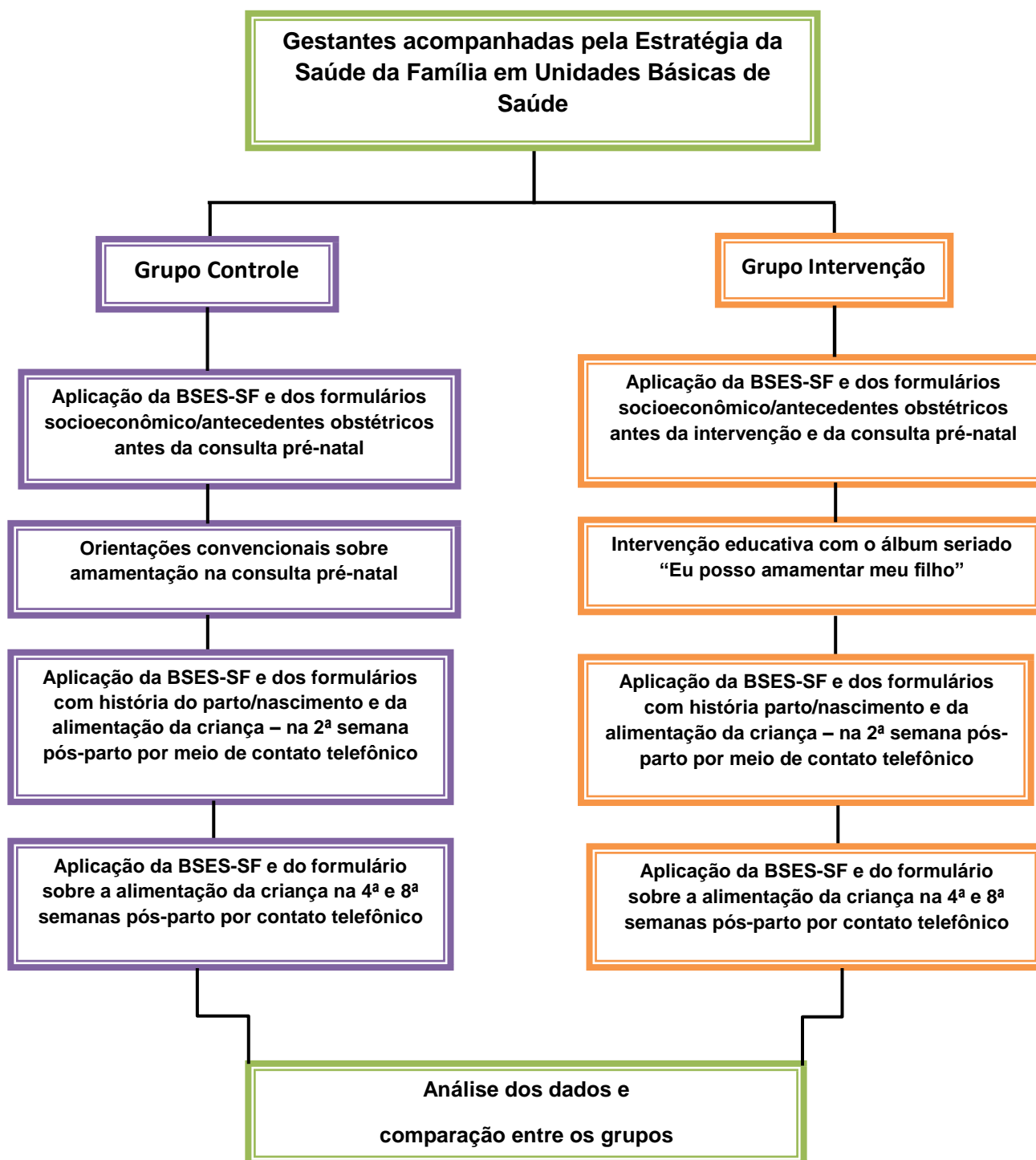
Estudo experimental, que se caracteriza pela manipulação intencional de uma ação para analisar seus possíveis efeitos, em que se manipulam uma ou mais variáveis independentes para avaliar as consequências da manipulação sobre uma ou mais variáveis dependentes dentro de uma situação controlada pelo pesquisador (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Este tipo de estudo é conhecido como ensaio clínico controlado e randomizado, em que o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos. Tem-se como uma das vantagens a capacidade de demonstrar causalidade face a alocação aleatória dos sujeitos no grupo de intervenção, podendo diminuir a influência de variáveis confundidoras que podem minimizar a possibilidade de que os efeitos observados sejam reforçados pela co-intervenção (HULLEY *et al.*, 2008).

Neste estudo realizou-se uma intervenção a qual se caracterizou pela utilização de uma tecnologia educativa, no caso, um álbum seriado, como estratégia para melhorar a autoeficácia materna em amamentar. A tecnologia foi aplicada em gestantes que formaram o grupo de intervenção (GI). Os efeitos da mesma no GI foram comparados com os resultados obtidos por gestantes que receberam as orientações de rotina sobre a amamentação nas consultas de pré-natal, as quais configuraram o grupo controle (GC).

Deste modo, a pesquisa examinou a eficácia da utilização do álbum seriado intitulado “Eu posso amamentar meu filho”, em sessão educativa individual com a gestante, com o propósito de analisar o impacto da estratégia nos seguintes desfechos: a) elevação dos escores de autoeficácia em amamentar durante o seguimento da pesquisa; b) manutenção do AME até os dois meses de idade; justifica-se o ponto de corte do seguimento do estudo até a 8ª semana pós-parto a partir da constatação que a duração mediana do AME, na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, foi de apenas 54,1 dias (BRASIL, 2009a); c) repercussão dos escores de autoeficácia na incidência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros dois meses de vida da criança.

A representação gráfica das etapas da pesquisa encontra-se detalhada na figura 1-

Figura 1 – Diagrama de fluxo da pesquisa. Recife-PE, 2013-2014.



Fonte: o autor, 2014.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas unidades básicas de saúde no Distrito Sanitário IV, na cidade de Recife-PE. Este é um dos distritos destinados pela Secretaria Municipal de

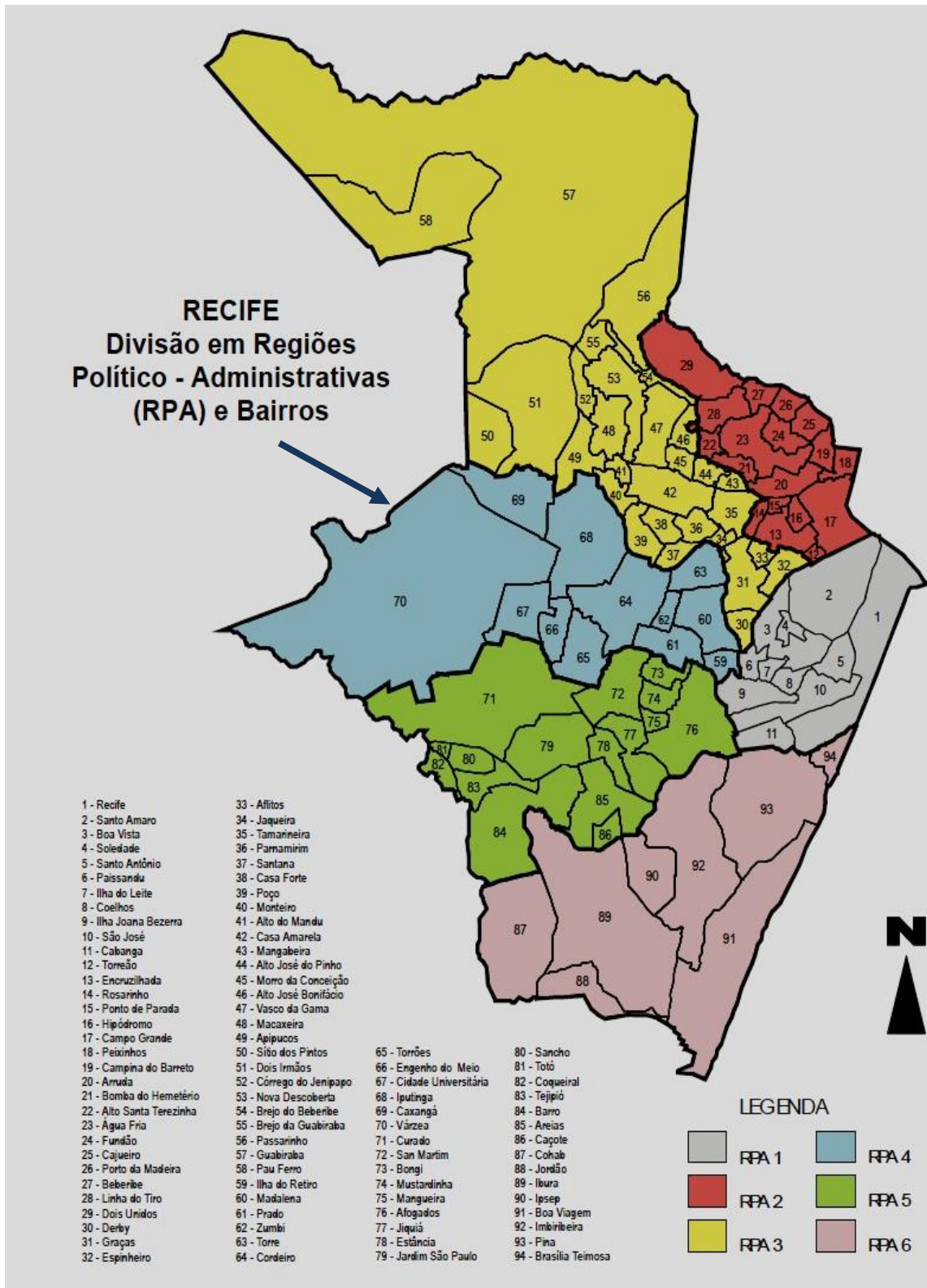
Saúde como campo de atividades práticas da Universidade Federal de Pernambuco. O território da cidade é subdividido, desde 1988, em 94 bairros. Para efeito de planejamento e gestão, a cidade também é dividida espacialmente em seis Regiões Político-administrativa (RPAs), sendo cada uma destas subdivididas em três microrregiões (MR), que agregam bairros com semelhanças territoriais.

Na área da saúde cada RPA corresponde a um distrito sanitário, deste modo a Secretaria Municipal de Saúde, atualmente organiza a assistência à saúde por meio de 6 distritos. O Distrito Sanitário IV é responsável pela cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) para uma população de 255 mil habitantes distribuídos em 12 bairros (Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi, Cordeiro, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea) localizados na região oeste da cidade, representados na figura 2 como RPA 4 (RECIFE, 2006).

O atendimento à população atualmente é realizado por 39 Equipes de Saúde da Família (eSFs) compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, odontólogos, médicos e técnicos de enfermagem. Estas equipes desenvolviam suas atividades em 18 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSs) organizadas nos 12 bairros que compõe o Distrito Sanitário IV (Figura 2). Além das UBSs, o distrito tem ainda seis Programas de Agentes Comunitários (PACS) e um Centro Especializado compondo a rede de assistência daquela RPA. As UBSs, no Distrito Sanitário IV, estão organizadas geograficamente em 5 territórios, cada território tem uma coordenação administrativa.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, apesar das desigualdades intra-urbanas existentes, a maioria da população de Recife é considerada pobre. Quanto à microrregião onde o estudo foi desenvolvido a renda média por domicílio é de 500,00 reais, contudo existe contraste interno entre os bairros da Torre, Madalena e Cordeiro que apresentam famílias com poder aquisitivo mais elevado, com renda média por domicílio maior ou igual a 700,00 reais. Mesmo com esta distribuição de renda os bairros não foram excluídos, em virtude da população carente buscar atendimento nas UBSs. Ressalta-se ainda que nesta microrregião o abastecimento de água atende em torno de 90% dos domicílios, contudo o esgotamento sanitário é considerado inadequado em quase toda a área do Distrito Sanitário IV (RECIFE, 2006; RECIFE, 2012).

Figura 2 – Mapa das Regiões Político-Administrativas que correspondem aos Distritos Sanitários da cidade de Recife-PE.



Fonte: Recife, 2006.

4.3 População e amostra

Fizeram parte da população as gestantes acompanhadas por 31 eSF, em consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros, no período de dezembro de 2012 a agosto de 2013.

Neste período estas unidades atendiam uma média de 20 gestantes por mês. No que diz respeito às UBFs selecionadas para o estudo, aproximadamente 300 mulheres iniciaram o pré-natal, no primeiro trimestre de gestação, no mês abril de 2012.

Para o cálculo amostral foi considerado a proporção de 30% de possibilidade do desfecho no GC e de 55% no GI, utilizou-se como referencial o estudo de Tavares *et al.*, (2010) que categorizou a autoeficácia em baixa (14 a 32 pontos), eficácia média (33 a 51 pontos) e eficácia alta (52 a 70 pontos).

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula recomendada para comparação de dois grupos (HULLEY *et al.*, 2008):

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

n= tamanho amostra

Z α = **(1,96)** confiança desejada

Z β = **(0,84)** - erro beta (rejeitar H0 quando esta for verdadeira)

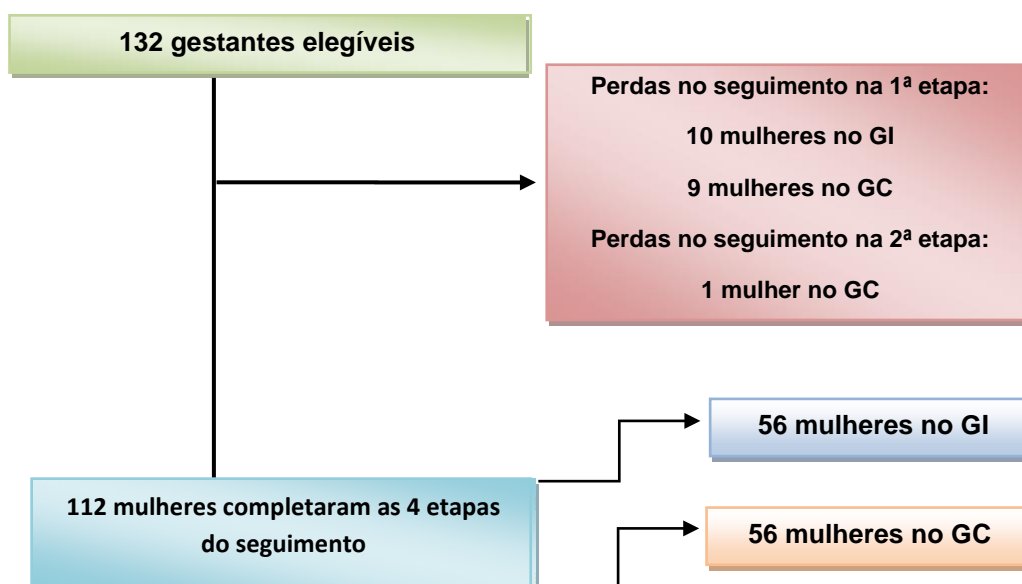
p1= proporção desfecho no controle de 30%

p2= proporção do desfecho no experimento 55%

Aplicada à fórmula, ficou estabelecido como número amostral 66 gestantes para o GI e 66 para o GC, desta forma 132 gestantes fizeram parte da amostra, considerando um percentual de perdas de 15%.

No seguimento houve perda de 20 mulheres, sendo dez no GI e dez no GC. Como explicitado na figura 5, dezenove perdas ocorreram na 1ª etapa do estudo, duas mulheres no GI só participaram da 1ª etapa do estudo, já que após a realização do exame de ultrassonografia constatou-se gestação gemelar; oito não atenderam as chamadas telefônicas. No GC uma mulher expressou o desejo de sair do estudo na 2ª etapa da pesquisa e não foi possível o contato telefônico com nove mulheres deste grupo. Assim o seguimento da pesquisa, até a 8ª semana pós-parto, foi realizado com 112 mulheres, 56 no GI e 56 no GC.

Figura 3 - Fluxograma do seguimento das mulheres durante a realização da pesquisa.



Fonte: o autor, 2014

4.4 Amostragem

Como o estudo em questão é do tipo experimental, optou-se pela randomização em *cluster* ou por conglomerado. Os ensaios clínicos com randomização por *cluster* são experimentos nos quais grupos de pacientes ou unidades sociais são alocados randomicamente para os grupos de intervenção e grupo controle. Esse método de seleção da amostra é utilizado para avaliar intervenções não terapêuticas, como mudanças no estilo de vida, aderência aos cuidados com a saúde e estratégias educativas. Logo, famílias, locais de trabalho, enfermarias hospitalares, ou até comunidades inteiras poderão ser definidas como a unidade de randomização (DONNER, 2000).

As razões para a realização de ensaios clínicos randomizados em cluster podem variar. Às vezes, a intervenção só pode ser administrada ao grupo, por exemplo, uma campanha educativa, em outras, a motivação é evitar a contaminação, uma vez que todos os participantes no estudo poderão ser afetados pela intervenção, mesmo que a mesma só tenha sido aplicada diretamente a alguns deles (COCHRANE, 2013). Tal propósito é referendado também por Hulley *et al.* (2008), que consideram este tipo de randomização como adequada às situações em que se torna difícil aplicar a intervenção apenas para os sujeitos do GI sem que esta influencie os sujeitos do GC; minimizando o viés de contágio (BROUSSELE, 2011).

Em um estudo experimental, quando a randomização em cluster é usada, compreende-se que os indivíduos são randomizados em grupos pré-existentes (BROUSSELE, 2011). No caso da pesquisa em questão, o critério de formação dos conglomerados ou *cluster* foi a identificação dos territórios do Distrito Sanitário IV com número similar de Equipes da Saúde da Família, para em seguida proceder ao sorteio de alocação dos mesmos nos grupos do estudo.

A formação dos conglomerados foi iniciada com os Território IV e V, o Território V, com 6 eSF, foi denominado como conglomerado A e o IV, também com 6 eSF, como conglomerado B. Foi realizada a primeira alocação aleatória, as gestantes atendidas nas UBSs do Conglomerado A, após sorteio, fizeram parte do GI, conseqüentemente as acompanhadas no Conglomerado B foram alocadas no GC. Mantendo critério de similaridade no número de equipes por conglomerados, foi definido o território III (8 eSF) como conglomerado C e os territórios I e II (9 eSF) como D. Da mesma maneira, após sorteio, as gestantes acompanhadas no conglomerado C foram alocadas no GI e as do conglomerado D no GC.

Foram excluídas quatro UBSs, Emocy Krause, Casarão do Cordeiro, Vietnã e Campo do Banco devido a falta de espaço físico para realização da pesquisa, totalizando sete equipes. Nas UBSs da Vilão União, Skylab e Jardim Teresópolis as gestantes de três equipes não participaram da pesquisa já que as enfermeiras se encontravam de férias e licença médica, no período da coleta, Assim sendo, a coleta de dados incluiu as gestantes acompanhadas no pré natal por 29 eSF distribuídas nos cinco territórios do Distrito Sanitário IV.

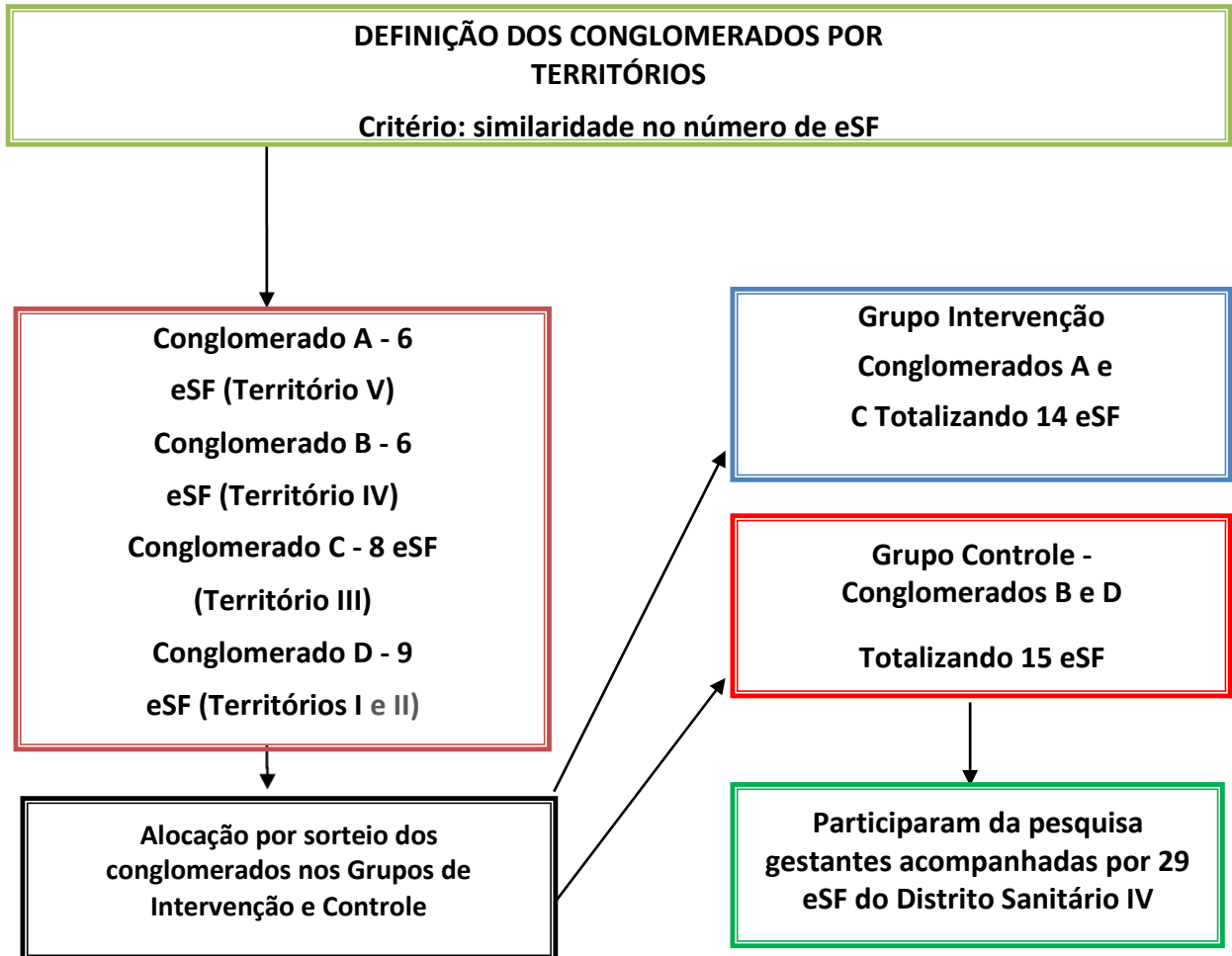
No quadro 1 esta discriminada a formação dos conglomerados e o número de equipes de cada USB, já a figura 3 representa as etapas e os critérios da randomização.

Quadro 1 - Distribuição das Unidades e do número das Equipes de Saúde da Família no Distrito Sanitário IV por Territórios de Saúde que formaram os conglomerados para randomização do estudo. Recife-PE, 2013.

Territórios de Saúde	UBSs	Número de eSF	Conglomerado
I	Caranguejo	2 equipes	D
	Sítio do Cardoso	2 equipes	
II	Skaylab	2 equipes	D
	Vila União	3 equipes	
III	Cosirof	2 equipes	C
	Engenho do Meio	2 equipes	
	Sítio das Palmeiras	2 equipes	
	Roda de Fogo Macaé	1 equipe	
	Roda de Fogo Sinos	1 equipes	
IV	Barreiras	1 equipe	B
	Brasilit	2 equipes	
	Sítio Wanderley	3 equipes	
V	Amauri de Medeiros	3 equipes	A
	Cosme e Damião	1 equipe	
	Rosa Selvagem	2 equipes	

Fonte: Recife, 2006.

Figura 4 – Diagrama do fluxo da composição dos conglomerados para alocação aleatória nos grupos de pesquisa.



Fonte: o autor, 2014

Fizeram parte da amostra as gestantes que atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: grávidas no curso do terceiro trimestre de gestação; maiores de 18 anos; independente da paridade, que planejavam amamentar seus bebês, alfabetizadas e que possuíam telefone fixo ou celular. Embora a decisão de amamentar ou não seja feita pela maioria das mulheres bem antes do parto (TAKUSHI, *et al.*, 2008), justifica-se a escolha do terceiro trimestre visto que neste período, teoricamente a maioria das gestantes estará mais preocupada com a alimentação do futuro bebê; evitando assim possível viés de maturação. Para reduzir o efeito de tal viés, que pode comprometer a validade interna da pesquisa, recomenda-se que o pesquisador selecione os sujeitos para os grupos de pesquisa (GC e GI) que amadureçam de maneira similar durante o experimento (SAMPIERRI; COLLADO; LUCIO, 2013).

No momento da seleção, adotaram-se como critérios de exclusão: mulheres com gestação múltipla e/ou com restrições clínicas para amamentar a exemplo das gestantes com HIV, citomegalovírus e/ou HTLV positivos.

Para caracterizar a descontinuidade das participantes no estudo foram definidos os seguintes critérios: mães de natimortos; falecimento da participante ou da criança durante o transcorrer do estudo; mães com recém-nascidos que apresentassem alguma alteração que os impossibilitem de serem amamentados, tais como: fenda palatina, atresia de esôfago, prematuro com idade gestacional menor que 32 semanas e recém nascidos muito baixo peso. Por último, mulheres em que não foi possível o contato telefônico, após pelo menos 10 tentativas, cujas ligações foram identificadas como fora da área e/ou telefone desligado.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short-Form* (BSES-SF) (ANEXO A) foi o instrumento utilizado neste estudo, para mensurar os escores de autoeficácia, correspondendo a primeira variável desfecho, que diz respeito ao aumento dos escores da BSES-SF. Esta escala, é composta por 14 itens, organizada em dois domínios (técnico e pensamentos intrapessoais), podendo alcançar uma pontuação de 14 (mínima) a 70 (máxima), de forma que quanto maior o valor dos escores, maior será a autoeficácia materna (DODT, 2012).

Além da escala, três formulários foram utilizados, os mesmos foram adaptados dos instrumentos validados por Uchoa (2012). O Formulário I (APÊNDICE A) permitiu a investigação do perfil socioeconômico da amostra, dos antecedentes obstétricos e da gestação atual; a aplicação do Formulário II (APÊNDICE B) possibilitou investigar as variáveis associadas ao parto, nascimento e a alimentação do recém-nascido; por fim com o Formulário III (APÊNDICE C) explorou-se dados referentes ao padrão alimentar da criança nos primeiros dois meses de vida, viabilizando atender ao segundo desfecho do estudo, que diz respeito ao tempo de aleitamento materno exclusivo.

4.5.1 Definição das variáveis

As variáveis dependentes e independentes da pesquisa foram categorizadas de acordo com as definições adotadas pelo MS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b); e pelo conceito de autoeficácia para amamentar (DENNIS, 2003). Assim sendo, as variáveis analisadas e suas respectivas classificações foram assim distribuídas:

4.5.1.1 Variáveis dependentes:

a) Autoeficácia materna para amamentar:

- Definida pelos escores resultantes da aplicação da escala BSES-SF. Cada um dos 14 itens da escala foi mensurado pelas notas atribuídas pelas próprias mulheres, a valoração de cada item pode variar de 1 a 5 pontos (DENNIS, 2003; DODT, 2008, 2012).
- Os escores de autoeficácia para amamentar foram categorizados de acordo com os pontos de corte, estabelecidos por Dodt, como: eficácia baixa (14 a 32 pontos), eficácia média (33 a 51 pontos) e eficácia alta (52 a 70 pontos) (TAVARES *et al.*, 2010).
- Considerou-se neste estudo os escores obtidos na primeira entrevista como autoeficácia no momento basal, para indicar a situação das gestantes no início do estudo, tanto para as mulheres do GI como as do GC.

b) Tempo de Aleitamento Materno Exclusivo: foi mensurado em dias e definido como o padrão alimentar no qual 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. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b).

4.5.1.2 Variáveis independentes:

a) Fatores socioeconômicos:

Estado civil: casada ou união estável; solteira

Ocupação: estudante; dona de casa; trabalho formal com carteira assinada

Tempo fora do lar: tempo transcorrido em horas que a mulher fica fora da casa, separada do bebê, por causa do trabalho e do retorno à escola

Escolaridade em anos: menos de 8 anos; de 8 a 11 anos; mais de 11 anos

Renda familiar em salários mínimos*¹: menos que 1 salário; 1 salário; 2 salários, 3 ou mais salários

b) Variáveis maternas

- **Idade materna em anos:** até 19; de 20 a 30; mais de 30.
- **Número de gestações:** 1ª gestação; 2ª gestação; 3 ou mais gestações.
- **Experiência anterior com a amamentação:** sim; não.
- **Tempo de aleitamento materno exclusivo do filho anterior:** ≥180 dias; <180 dias.
- **Idade gestacional no momento da seleção:** de 28 a 36 semanas; maior ou igual a 37 semanas.
- **Orientação sobre AM no pré-natal sobre amamentação:** sim; não.
- **Kit mamadeira:** sim; não (kit infantil de mamadeiras, chupetas e chucas).
- **Escore da escala BSES-SF na primeira entrevista:** soma dos escores atribuídos aos 14 itens da escala, sendo o menor escore 14 e o maior 70.

c) Variáveis da criança

- **Padrão alimentar da criança:** AME (criança recebia leite materno exclusivo extraído da própria mama ou ordenhado); AMP (a criança recebia leite materno mais água ou bebidas a base de água: água adoçada, chás, suco de frutas), AMM (quando a criança recebia leite materno e outros tipos de leite); AA (a criança recebia aleitamento artificial com leite de vaca integral ou fórmula infantil) (BRASIL, 2009b). Apenas para efeito de análise adotou-se a terminologia aleitamento materno (AM), nessa variável foram incluídas crianças cujo padrão alimentar consistia em AMP e/ou AMM.

4.6 Operacionalização da coleta de dados

Após a assinatura da carta de anuência pela Prefeitura Municipal de Recife, e da apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – CAAE nº

¹O salário mínimo vigente em 2012 era de 678.00 reais.

06250412.3.0000.5208 (ANEXO B), a coordenação do Distrito Sanitário IV enviou um comunicado por escrito a todas as eSF dando ciência da realização da pesquisa.

A estratégia de preparação do campo para a coleta se deu inicialmente pelo contato com a coordenação da Atenção Básica do Distrito Sanitário IV. A partir de então foram agendadas visitas as eSF de todas as UBS do distrito. No momento da visita os enfermeiros eram informados que seria realizada uma pesquisa com enfoque no aleitamento materno. Nesta oportunidade era acordado o agendamento das gestantes que estivessem no curso do último trimestre de gestação, o qual se dava em torno de 15 dias após a visita.

A operacionalização da coleta dos dados ocorreu em quatro etapas, no período de dezembro de 2012 a agosto de 2013 com as gestantes do grupo intervenção e do grupo controle.

A própria pesquisadora conduziu a investigação nas duas primeiras etapas nos grupos GI e GC, sendo responsável pela estratégia educativa no GI, aplicação da BSES-SF e do Formulário I (APÊNDICE A) nos dois grupos, nessa ocasião as mulheres encontravam-se no curso do terceiro trimestre de gestação. O seguimento das mulheres por meio de entrevistas por telefone foi conduzido por um auxiliar de pesquisa que desconhecia a situação da alocação dos sujeitos nos grupos e reaplicou a BSES-SF e os Formulários II e III (APÊNDICES B, C), tanto para as mulheres do GC como para as do GI.

Para melhorar a acurácia do estudo a auxiliar de pesquisa além de ter sido capacitada pela pesquisadora para aplicação da BSES-SF e dos Formulários II e III, durante o estudo piloto, recebeu o Procedimento Operacional Padrão (POP) da BSES-SF (APÊNDICE D) e dos Formulários (APÊNDICE E), para orientá-la em como proceder na aplicação dos instrumentos de coleta dos dados. Tentando garantir a uniformidade nas entrevistas, a pesquisadora responsável manteve contato telefônico semanal com a auxiliar para discutir os procedimentos na coleta, e resolver os problemas com a aplicação dos instrumentos, se necessário.

As etapas da coleta de dados estão descritas a seguir:

Primeira etapa

Após a seleção das gestantes, a partir dos critérios de elegibilidade, as mulheres foram convidadas para participarem do estudo, com orientações quanto à finalidade do mesmo, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F). Os dados foram coletados após concordância das mesmas e assinatura do TCLE, com a aplicação da BSES-SF (ANEXO A) e do Formulário I (APÊNDICE A) antes da consulta de rotina no pré-natal, no GC e antes da intervenção educativa e da consulta de rotina no GI.

As gestantes dos grupos GI e GC foram orientadas sobre o significado dos escores da BSES-SF, foi esclarecido também que a própria mulher atribuiria um valor, que poderia variar de 1 a 5, para cada item da escala. A todas foi dito que não haveria respostas certas ou erradas e que a avaliação deveria ser feita a partir de sua própria percepção em relação aos itens sobre a amamentação do futuro bebê. Além disso, cada gestante foi informada que naquele espaço não se faria julgamento de seu desempenho anterior com a amamentação e nem da escolha em relação à alimentação do futuro bebê.

Para facilitar a compreensão dos itens da escala, foi solicitado que a gestante primeiro fizesse a primeira leitura em voz baixa seguida da leitura em voz alta de cada item da escala. Caso ela ainda verbalizasse dificuldade com o texto, eram fornecidas informações adicionais sobre o texto de acordo com as orientações do POP para aplicação da BSES-SF (APÊNDICE D) para possibilitar à mesma maior segurança na autoavaliação.

As entrevistas individuais foram realizadas em salas reservadas, nos dias destinados às consultas de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, tanto para o GC quanto para o GI; a duração média das mesmas foi de 30 a 40 minutos para o GI e 15 a 20 minutos para o GC.

Ao término deste encontro, a pesquisadora enfatizava com cada gestante a importância da participação da mesma na continuidade da pesquisa, esclarecendo que o acompanhamento seria feito mediante contatos telefônicos realizados posteriormente por um auxiliar de pesquisa. Para tanto, as mulheres foram questionadas sobre a conveniência do melhor horário para realização do contato,

para responderem novamente a escala da BSES-SF e dois formulários sobre as condições do parto e nascimento e a dieta da criança (ANEXO A, APÊNDICE B e C). Todas as gestantes foram informadas que os contatos seriam na 2^a, 4^a e 8^a semanas pós-parto.

A adequação da utilização do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas sobre aleitamento materno vem sendo empregada já há algum tempo como demonstrado no estudo sobre a comparação de dois métodos educativos no pré-natal realizada por Sheehan (1999). Estudo mais recente de Huang *et al.* (2007) avaliou os efeitos de uma intervenção educativa no pré-natal baseado em programa de computação em Taiwan, as entrevistas no seguimento também fora realizadas por telefone. A mesma estratégia de coleta de dados também foi usada por Lin *et al.* (2008) para investigar os efeitos de um programa de educação pré-natal em amamentação em mulheres que foram submetidas a cesariana em Taiwan.

Cada gestante, tanto do GC quanto do GI, recebeu uma cópia da escala BSES-SF, sem nenhuma anotação dos escores obtidos na primeira avaliação. Na escala entregue às mulheres, foi omitida a numeração dos escores dos 14 itens, ficando apenas a legenda principal (ANEXO E). As mulheres foram orientadas que deveriam usar a escala, durante as entrevistas por telefone, ressaltou-se ainda que não deveriam anotar nada na escala. Foi sugerido que a caderneta da criança deveria ser guardada junto com a escala, com o intuito de facilitar o acesso às informações durante as entrevistas. A opção de entregar a BSES-SF objetivou diminuir o viés de memória e facilitar o entendimento dos itens por parte das mulheres do estudo durante o contato telefônico.

Segunda etapa

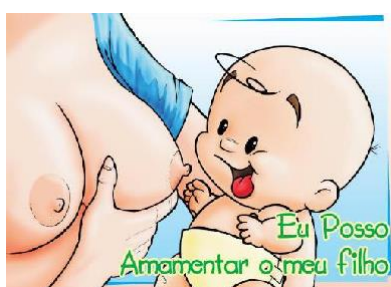
As gestantes do GC, após aplicação da escala BSES-SF, foram atendidas na consulta de pré-natal pelo enfermeiro. A abordagem sobre a amamentação está previstas nas recomendações do MS e encontram-se descritas no Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Dentre as orientações destacam-se a discussão com a gestante dos aspectos que possam prevenir situações de dificuldades no início do processo de lactação a exemplo da pega, fissuras e ingurgitamento mamário (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012). Entretanto, não é possível afirmar que todas as mulheres do GC receberam as orientações recomendadas.

A intervenção educativa, para as gestantes do GI, com a utilização do álbum seriado “**Eu posso amamentar meu filho**” foi individualizada em único momento, realizada após a aplicação da BSES-SF, com duração entre 30 a 40 minutos. Esta foi realizada pela própria pesquisadora em uma sala da UBS, previamente determinada para a pesquisa, de forma a garantir a privacidade das participantes.

Os escores obtidos em cada item da escala na primeira etapa do estudo orientaram a abordagem durante a intervenção, deste modo foi possível identificar quais figuras/fichas roteiros do álbum seriam mais importantes discutir com cada gestante, direcionando a ação educativa da pesquisadora. Assim a intervenção realizada contemplou as necessidades de aprendizagem individuais apontadas pelas mulheres nos escores da autoeficácia para amamentar. Para tanto, a pesquisadora antes de iniciar a intervenção com o álbum seriado examinou a valoração atribuída pelas participantes a cada um dos 14 itens da BSES-SF.

A forma individualizada de realizar a intervenção educativa, orientada pelos escores da primeira aplicação da escala, foi importante para auxiliar a pesquisadora na otimização da tecnologia educativa com o propósito de ajudar cada mulher do GI na conquista ou na consolidação da autoeficácia para amamentar.

Ao iniciar a intervenção educativa a pesquisadora apresentava a capa do álbum, no qual se observa um recém-nascido (RN) ansioso pela mama, imagem que facilitou o diálogo com a mulher, como observado por Dodt (2011).



Fonte: Dodt, et al., 2012

As personagens do álbum foram identificadas nominalmente: o RN como Felipe, sua mãe Maria, seu pai José, o irmão João, a amiga Francisca, o avô e avó maternos Melo e Lina e a enfermeira Rebeca (ANEXO C).



Durante a intervenção, o álbum seriado foi utilizado de forma a contemplar as quatro fontes de informações que possibilitam a construção da autoeficácia para amamentar: a) interpretação de resultado anterior com a amamentação, que pode aumentar ou não a autoeficácia; b) experiência vicária, no caso ver imagens de outras mulheres amamentando; c) persuasão verbal, mensagens positivas ou negativas emitidas por pessoas importantes como familiares e profissionais de saúde; d) estados somáticos/biológicos e emocionais, inerentes ao processo de amamentar como fadiga, estresse, privação de sono, dentre outros (DENIS, 1999; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

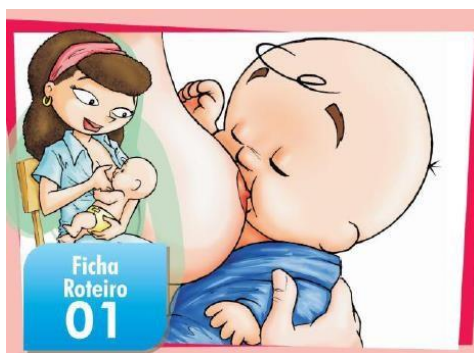
Denis (1999) considera que os profissionais de saúde podem alterar ou modelar as fontes de informações para as crenças de autoeficácia para amamentar. Nesta perspectiva, os escores iniciais da BSES-SF, determinaram a abordagem da pesquisadora durante a intervenção de maneira a fortalecer ou remodelar as crenças de autoeficácia das mulheres do GI. A persuasão verbal, foi mediada pelo enfoque positivo na capacidade de cada gestante em nutrir seu filho, a experiência vicária foi acessada com as imagens do álbum seriado que apresentam a mulher amamentando, além dos sinais da pega correta e do manejo com os problemas da mama puerperal; os estados somáticos e emocionais foram discutidos com as figuras que permitiram abordar a prevenção de fissuras e ingurgitamento, já a figura que retrata o choro do bebê possibilitou discutir a importância da mãe identificar causas do choro para minimizar o estresse materno.

O álbum seriado “**Eu posso amamentar meu filho**” tem 40 centímetros de largura e 32 de altura e dez folhas assim distribuídas: capa, oito figuras com as respectivas fichas roteiros, a ficha técnica, na última encontram-se as instituições que participaram da construção do álbum. Cada folha contém uma figura, verso do álbum exposto ao grupo, e ficha roteiro anverso, voltada para o profissional, sua estrutura é apropriada para intervenção individualizada (ANEXO C e D). As figuras

estão descritas sumariamente logo abaixo, com o intuito de clarificar o que foi abordado e discutido com as gestantes do GI no momento da estratégia educativa.

Vale salientar que a pesquisadora utilizou as figuras e as fichas roteiros, as quais auxiliaram a associação dos itens da escala da BSES-SF com as fontes de crenças para construção e/ou consolidação da autoeficácia para amamentar.

Ficha Roteiro 1: Verso - representa Maria sentada amamentando Felipe, nela se destaca o momento da pega da mama; **Anteverso** - Eu sempre sinto quando o meu esta mamando o suficiente.



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

Perguntar:
O que vocês estão vendo na figura? (Devem olhar detalhes/cores/binômio).
Na sua opinião como essa mãe deve estar se sentindo?
E o bebê? Parece satisfeito?
Estimular um debate. O que vocês entendem por pega correta; livre demanda; suficiente?

Enfocar na perspectiva de que:
Livre demanda: deixar o bebê mamar quando quiser e pelo tempo que quiser. Crianças que utilizam a livre demanda, desde o nascimento, perdem menos peso do que aquelas amamentadas apenas em horários determinados.
Deve ser satisfatório e prazeroso para mãe e filho.
Amamentar não é doloroso; a dor indica posicionamento incorreto.
Sinais de que o bebê mama em posição adequada e (boa "pega"/"pega" correta):

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

Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha Roteiro 2: Verso - Felipe esvaziou a mama esquerda de Maria e ela prepara-se para oferecer o outro peito; **Anteverso** - Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro



Ficha Roteiro 02
EU SEMPRE AMAMENTO MEU BEBÊ EM UM PEITO E DEPOIS MUDO PARA O OUTRO.

DEIXAR A CRIANÇA TERMINAR DE SUGAR A PRIMEIRA MAMA ANTES DE OFERECER A OUTRA.

Perguntar:
O que vocês estão vendo na figura?
Você oferece as duas mamas?
Em que momento você faz a troca do peito?
Caso responda não; investigue o motivo. Facilidade de acomodar a criança desse lado?

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

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

começar pela mama que o bebê mamou por último.
•Crianças maiores podem querer sugar nas duas mamas em todas as mamadas. As menores podem ficar satisfeitas após sugar apenas uma, ou, então, podem sugar pouco leite da segunda. Muitas mães e crianças têm um lado "favorito". Entretanto, se a criança sugar mais de um lado que do outro, o lado "abandonado" poderá ficar ingurgitado ou parar de produzir leite.
•A mama "favorita" poderá ficar maior. A criança pode, com frequência, obter leite suficiente apenas de uma mama. Mas, normalmente é melhor usar ambas as mamas.
Algumas mães interrompem a mamada antes que a criança termine para ter certeza de que ela pegará a segunda. Então, a criança pode receber leite do começo (anterior – rico em água) em excesso e leite do fim (posterior – rico em gorduras) em quantidade insuficiente.

Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha Roteiro 3: Verso - na figura Felipe está sendo pesado, confirmando o ganho ponderal, além de abordar imagens de Felipe fazendo “xixi” e conciliando o sono. **Anteverso:** Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada.

Ficha Roteiro 03



EU SEMPRE SEI QUANDO O MEU BEBÊ TERMINOU A MAMADA.

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

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

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

AVALIANDO O COMPORTAMENTO DO FILHO

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

AVALIANDO A SAÚDE DO FILHO

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

A amamentação está indo bem quando:

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

Pode-se ouvir a deglutição do leite durante a mamada

Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha Roteiro 4: Verso - Felipe está chorando muito, contudo, Maria permanece calma e investiga o motivo do choro, renova sua fralda após higiene íntima, tranquiliza Felipe e oferece-lhe o peito. **Anteverso** - Eu sempre posso amamentar mesmo se meu bebê estiver chorando

Ficha Roteiro 04



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

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

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

Enfocar o seguinte aspecto:

- O choro é uma manifestação normal e fisiológica, usada pelo bebê para a comunicação com seus cuidadores.
- A mãe geralmente se mostra preocupada e insegura, achando que o seu cuidado não está adequado ou que seu leite não sustenta a criança. A puérpera aflita, ansiosa fica sujeita a ações ineficazes, à formação de pensamentos angustiantes, o que cria um campo emocional tenso para ambos. A ansiedade materna interfere na produção do leite.
- Levantar o lactente ao peito não tem para mãe e filho apenas o sentido de saciar a fome deste. Há muito mais do que isto, como, por exemplo, tranquilizar o lactente, pois, seja qual for a razão de sua inquietude ou incômodo, o contato de sua boca com o seio materno e de seu corpo com o de sua mãe trazem-lhe afeto e conforto.

RECOMENDA-SE:

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

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

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


Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha Roteiro 5: Verso - representa Maria em seu contexto familiar, realizando diversas atividades, costurando, amamentando Felipe, brincando com Joãozinho e falando com seu esposo José, varrendo e conversando com sua amiga Francisca.

Anteverso: Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios.

Ficha Roteiro
05

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



Perguntar:
Quais as atividades que Maria está realizando?
Você também realiza várias atividades em seu dia a dia?
Como organiza seu tempo?
Como se deve lidar com as atividades diárias e a amamentação?

- A nutriz interage também com elementos determinados pelo seu papel de mulher, seus projetos de vida profissional, pessoal e principalmente na sua sexualidade e com as implicações que a amamentação tem em todas as dimensões de sua vida.
- Decidir amamentar o recém nascido resulta da avaliação das necessidades deste e de si mesma. Aquilo que for interpretado como prioridade decidirá as ações a serem executadas na condução do aleitamento materno. Dessa forma, a prioridade percebida pela mãe é que estabeleça a sua decisão em continuar amamentando fazendo com que ela supere dificuldades ou, interromper a amamentação fazendo-a desistir diante de dificuldades e/ou obstáculos.
- O apoio aos casais que vivenciam o processo de lactação deve ser contínuo durante todo o período de amamentação. Para tal, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atualizados em seus conhecimentos e condutas para desenvolverem suas atividades de forma eficiente. O apoio origina-se das redes sociais as quais a mãe pertence e das que são construídas no próprio hospital.

Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha Roteiro 6: Verso - ilustra o ambiente familiar de José e Maria, onde a mesma se encontra amamentando Felipe e recebe a visita de seus pais Melo e Lina. **Anteverso:** Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.

Ficha Roteiro
06

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



Perguntar:
Como ela está se sentindo com a presença da família?
E você? Como se sente quando amamenta diante de outras pessoas?

- A mulher neste período apresenta-se vulnerável às opiniões e conselhos das pessoas com as quais interage em seu meio. O companheiro, a mãe, sogra, irmãs e amigas, à medida que também observam as manifestações de comportamento do recém nascido e interação materna, avaliam a situação e emitem seu julgamento.
- Amamentar também significa expor parte de seu corpo à visão pública, ainda que disfarce cobrindo a mama e o bebê com o vestuário, fraldas. Para algumas mulheres essa situação pode ser constrangedora mesmo diante do marido.
- Quando a mãe está cercada de pessoas que conseguem ajudá-la e apoiá-la, sem desqualificar suas capacidades de cuidar do bebê, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentam.
- Conseqüentemente, o reflexo de liberação ocorre e a produção de leite é satisfatória. Assim, é importante a existência de um ambiente familiar favorável que transmita encorajamento.
- O reflexo da ocitocina é muito mais complicado que o da prolactina. Em geral, tudo o que favoreça o bem estar e a segurança da mãe o estimulará, e tudo o que questiona (as críticas, os comentários, os gestos importunos, a intolerância ou irritabilidade ante as pequenas realidades cotidianas) terá um efeito negativo e fará com que o leite não saia, frustrando, assim, a mãe e o filho.
- A experiência de amamentar pode ser vivenciada pela mulher como uma experiência agradável, dando-lhe prazer em amamentar, achando natural e sentindo-se bem em amamentar em público, o que em primeira instância é resultado de uma atitude positiva da mãe diante da amamentação, desenvolvida pela observação de outras mães amamentando, ou ainda pela percepção da maternidade envolvendo a afetividade e a crença de que amamentação favorece a ligação e aproximação entre mãe e filho.

Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha Roteiro 7: Verso - retrata o retorno de Maria e Felipe à Unidade Básica de Saúde para consulta de revisão de parto e puericultura. Ainda mostra Maria conversando com a Enfermeira Rebeca sobre o período adequado de amamentação. **Anteverso:** Eu sempre posso amamentar meu filho até os seis meses.



Fonte: Dodt, et al., 2012

Ficha
Roteiro
07

**EU SEMPRE POSSO AMAMENTAR MEU FILHO
ATÉ OS 6(SEIS) MESES.**

Perguntar:

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

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

De que forma amamentar seu bebê satisfaz você?

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

Terceira etapa

Nesta etapa o monitoramento da data do parto foi feito pela pesquisadora por contato telefônico com as próprias mulheres e/ou familiares. Após o nascimento do bebê, foi elaborado um cronograma de seguimento do estudo para cada mulher o qual foi executado da 2^a a 8^a semana pós-parto (APÊNDICE G).

Todas as entrevistas a partir de então, foram conduzidas por uma auxiliar de pesquisa por meio de contato telefônico, para garantir o cegamento da coleta a partir desta etapa. Sobre a relevância do cegamento em estudos de delineamento experimental Hulley et al. (2008) afirma que o mesmo deve ser feito sempre que possível, planejado de maneira que os participantes, os membros da equipe e os responsáveis pela coleta dos desfechos desconheçam a alocação dos sujeitos nos grupos de pesquisa. Nesse estudo só foi possível cegar a auxiliar da pesquisa, como a primeira etapa da pesquisa e o cronograma do seguimento foi realizado pela própria pesquisadora, a auxiliar, no momento da coleta de dados, ignorava para qual grupo a mulher tinha sido designada.

Ao término da 2^a semana pós-parto, a auxiliar de pesquisa começou o seguimento do estudo concluído na 8^a semana pós-parto. Antes de iniciar a coleta das informações a entrevistadora certificou-se de que a mulher tinha em mãos a cópia da BSES-SF e a caderneta da criança. Nesta etapa foi realizada a reaplicação da escala BSES-SF para as puérperas do GC e GI. Na mesma ocasião também foram aplicados os Formulário II e III (APÊNDICES B e C).

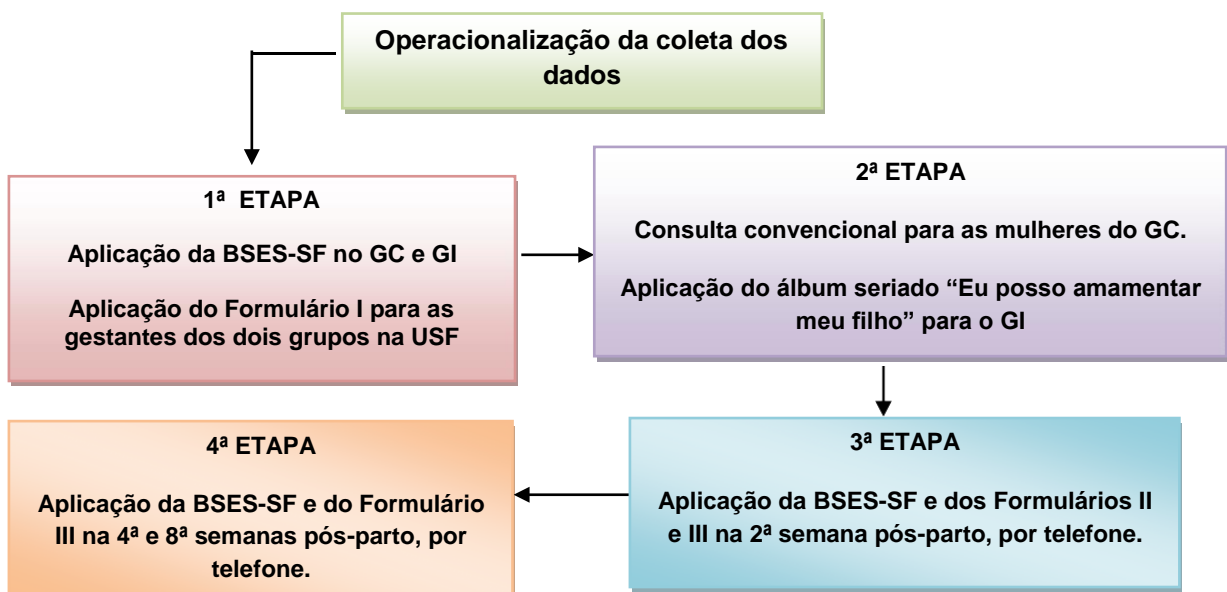
A auxiliar da pesquisa avaliou primeiro os escores de autoeficácia solicitando à mulher que fizesse a leitura de cada item da BSES-SF, em seguida que a mesma atribuísse um escore para o item lido. Na sequência foram investigadas as variáveis relativas às condições de parto, nascimento e amamentação na maternidade e na 1ª semana pós-parto (Formulário II), por último foram indagadas as variáveis referentes ao padrão alimentar da criança (Formulário III), que nesta etapa correspondeu a 2ª semana de vida do bebê.

Durante as entrevistas não foram realizadas orientações sobre o aleitamento materno, caso fosse relatado um problema, era recomendado à mulher que procurasse a UBS. O tempo para cada entrevista, nesta etapa, foi bastante variado uma vez que dependia da qualidade de transmissão do sinal das operadoras de telefone, variou entre 20 a 50 minutos.

Quarta etapa

Na quarta etapa foi reaplicada a BSES-SF e o Formulário III que possibilitou a investigação do padrão alimentar do lactente. A entrevista também ocorreu por meio de contato telefônico com as mulheres do CG e do GI na 4ª e 8ª semana. O fluxograma se encontra na figura 5 e possibilita a visualização da sequência da operacionalização da coleta dos dados.

Figura 5- Fluxograma da operacionalização da coleta dos dados.



Fonte: a autora, 2014

4.6.1 Estudo piloto

Em agosto de 2012 a pesquisadora recebeu orientações da autora do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho" (DODT, 2011). A capacitação foi realizada com puérperas no alojamento conjunto da Maternidade Assis Chateaubriand (MEAC); na ocasião a autora da tecnologia observou a pesquisadora aplicar a escala da BSES-SF e o álbum seriado em duas puérperas (APÊNDICE H).

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um pré-teste com gestantes acompanhadas por duas eSFs, em uma UBS inserida no Distrito Sanitário V, com a finalidade de averiguar a segurança e a habilidade do pesquisador na aplicação da BSES-SF e na utilização do álbum. A auxiliar de pesquisa também participou do estudo piloto apenas na aplicação da BSES-SF e dos Formulários II e III (APÊNDICES B e C).

Participaram do estudo piloto 12 gestantes no GI e 9 no GC, todas foram avaliadas até a 2ª semana pós parto. Os resultados permitiram fazer os ajustes necessários nos instrumentos, bem como possibilitaram à pesquisadora desenvolver e melhorar habilidades para a aplicação da tecnologia educativa. Estes procedimentos garantiram maior segurança e rigor metodológico na coleta de dados.

4.7 Análise dos dados

O banco de dados foi digitado com dupla entrada no programa Epi Info versão 6.0, após a validação da digitação, o banco foi exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 14.0 para a análise estatística.

Para testar a homogeneidade das características socioeconômicas, obstétricas e experiência com amamentação foram utilizados os testes Qui-quadrado para homogeneidade e Exato de Fisher na comparação de proporções nas variáveis categóricas.

A análise da distribuição da normalidade das variáveis contínuas idade e autoeficácia para amamentar no pré-natal, na 2ª, 4ª e 8ª semana pós-parto foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas distribuições normais foi utilizado o teste *t*-student para comparação das médias. Quando a distribuição não atendia ao critério de normalidade foi adotado o teste de Mann-Whitney.

Para comparar o padrão alimentar das crianças entre os dois grupos de pesquisa na 2ª, 4ª e 8ª pós-parto foi utilizado testes Qui-quadrado ou a razão de Verossimilhança.

A mediana foi empregada na análise da influência da autoeficácia para amamentar no padrão alimentar da criança nos dois grupos de pesquisa. O risco relativo foi estimado para analisar o efeito da intervenção educativa comparando-se os níveis de autoeficácia (baixa, média e alta) e a incidência do AME entre o GI e o GC. Todas as análises foram realizadas adotando-se o nível de significância de 5%.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

Essa pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Assim o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Em consonância com a Resolução 466/2012 foram respeitados os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo; e os preceitos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, CAAE: 06250413.3.0000.5208 (ANEXO B).

Na leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pesquisadora se colocou à disposição para responder aos questionamentos das participantes, bem como garantiu o anonimato das informações concedidas, pela codificação de identidade de cada participante (não maleficência).

O TCLE (APÊNDICE F) foi emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para as participantes), em que constam assinaturas da pesquisadora e mulheres do estudo, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça).

Em respeito à referida resolução as participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, só então foi solicitado às mesmas que assinassem o TCLE, assegurando-lhes o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações, bem como, liberdade para sair da pesquisa em qualquer momento.

Os benefícios da pesquisa, aumentar a autoeficácia materna para amamentar e melhorar a incidência do AME, poderão ser estendidos a todas as gestantes, caso

os profissionais da saúde adotem como rotina a escala da BSES-SF para a identificação de risco de desmame precoce, bem como o uso do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho" como estratégia educativa nas consultas de pré-natal.

Considera-se como risco direto às mulheres a possibilidade delas sentirem-se constrangidas face aos questionamentos que foram realizados durante a entrevista, bem como o cansaço físico pela demanda de tempo durante a participação na pesquisa.

5 RESULTADOS

A ausência de evidência não significa evidência da ausência

(Carl Sagan).

A tabela 1 apresenta a homogeneidade nos grupos de pesquisa segundo as variáveis socioeconômicas. Foi constatado que os grupos intervenção e controle eram homogêneos para a maioria das variáveis uma vez que não houve diferença estatística significativa em relação ao: estado civil (p 0,280), ocupação (p 0,584), tempo que fica fora de casa (p 0,085), escolaridade (p 0,846) e renda familiar (p 0,715). Entretanto, a variável faixa etária não foi semelhante entre os grupos (p 0,002).

Tabela 1- Características socioeconômicas das gestantes segundo os grupos de pesquisa Recife-PE, 2012-2013.

VARIÁVEIS	Grupos		<i>p</i> -valor
	Intervenção n (%)	Controle n (%)	
Faixa etária (anos)			
Até 19	9 (16,1)	20 (35,7)	0,002 ¹
20 a 30	28 (50,0)	31 (55,4)	
31 a 43	19 (33,9)	5 (8,9)	
Mínimo	18	18	-
Máximo	43	37	-
Estado civil			
Casada / união estável	50 (89,3)	46 (82,1)	0,280 ¹
Solteira/Separada	6 (10,7)	10 (17,9)	
Ocupação			
Estudante	3 (5,4)	6 (10,7)	0,584 ²
Dona de casa	35 (62,5)	37 (66,1)	
Trabalho formal	18 (32,2)	13 (23,2)	
Tempo que fica fora de casa*			
12h	10 (50,0)	6 (33,3)	0,085 ²
8h	7 (31,8)	3 (16,7)	
6h	4 (18,2)	5 (27,8)	
4h	0 (0,0)	4 (22,2)	
Escolaridade (anos)			
<8	16 (28,6)	14 (25,0)	0,846 ¹
8 a 11	32 (57,1)	35 (62,5)	
>11	8 (14,3)	7 (12,5)	
Renda familiar**			
<1	8 (14,8)	7 (13,5)	0,715 ¹
1	25 (46,3)	23 (44,2)	
2	14 (25,9)	11 (21,2)	
>=3	7 (13,0)	11 (21,2)	

*1 caso ignorado no GC.

**2 mulheres no GI e 4 no GC não souberam informar a renda familiar.

¹teste Qui-quadrado para homogeneidade; ²teste Exato de Fisher.

Na tabela 2 encontra-se a segunda parte da análise da homogeneidade para as variáveis associadas à gestação e amamentação. Não houve diferença estatística

significante entre os grupos em nenhuma das variáveis analisadas: número de gestações (p 0,499), experiência anterior com amamentação (p 0,200), tempo de AME no último filho (p 0,938), idade gestacional na primeira entrevista (p 0,281), orientação durante o pré-natal sobre aleitamento materno (p 0,510), ter sido amamentada quando criança (p 0,196), possuir o kit mamadeira (p 0,449). Vale destacar, que a média dos escores da BSES-SF na primeira entrevista com as gestantes foi semelhante para os dois grupos, indicando distribuição homogênea da amostra em relação a autoeficácia em amamentar.

Tabela 2 - Características obstétricas e experiência com amamentação segundo os grupos de pesquisa. Recife-PE, 2012-2013.

Antecedentes	Grupos		p -valor
	Intervenção n (%)	Controle n (%)	
Nº gestação			
1	24 (42,9)	25 (44,6)	0,499 ¹
2	16 (28,6)	20 (35,7)	
≥3	16 (28,6)	11 (19,6)	
Experiência com amamentação			
Não	2 (6,2)	5 (16,1)	0,200 ²
Sim	30 (93,8)	26 (83,9)	
Tempo AME no último filho			
<180 dias	17 (56,7)	15 (57,7)	0,938 ¹
180 dias	13 (43,3)	11 (42,3)	
Idade gestacional na 1ª entrevista			
28 a 36 semanas	44 (78,6)	39 (69,6)	0,281 ¹
≥ 37 semanas	12 (21,4)	17 (30,4)	
Orientação no pré-natal sobre AM			
Sim	24 (43,6)	21 (37,5)	0,510 ¹
Não	32 (56,4)	35 (62,5)	
Foi amamentada quando criança*			
Sim	38 (70,4)	40 (71,4)	0,196 ¹
Não	4 (7,4)	9 (16,1)	
Desconhece	12 (22,2)	7 (12,5)	
Kit mamadeira			
Sim	25 (44,6%)	29 (51,8)	0,449 ¹
Não	31 (55,4%)	27 (48,2)	
BSES-SF na primeira entrevista			
Média	50,4±9,1	52,1±8,7	0,296 ³

* 2 Ignorados no GI

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade (se p-valor < 0,05 as distribuições são idênticas).

²p- valor do teste Fisher Exato

³p-valor do teste t-student para comparação de médias.

Os dados da tabela 3 detalham a comparação dos escores da BSES-SF, categorizados em eficácia alta (52 a 70 pontos) e eficácia média (33 a 51 pontos) (DODT, 2011) no GI e GC no momento basal e 8ª semana pós-parto. Verifica-se no primeiro momento do estudo (Autoeficácia Basal) que a proporção de mulheres que apresentou eficácia alta foi semelhante nos GI e GC, não se observa diferença estatística significativa entre os grupos. Na 8ª semana constata-se um aumento na proporção de mulheres com eficácia alta no GI com diferença estatística significativa entre os grupos ($p < 0,001$). Os resultados evidenciam que a probabilidade das mulheres do GI atingirem escores de eficácia alta foi 1,4 vezes maior que as do GC, na 8ª semana pós-parto.

Tabela 3 - Comparação entre os grupos quanto aos escores de autoeficácia (média e alta) no momento basal e na oitava semana pós-parto. Recife-PE, 2012-2013.

GRUPO	AUTOEFICACIA BASAL					AUTOEFICACIA 8ª SPP						
	Alta		Média		RR	IC	Alta		Média		RR	IC
	n	%	n	%			n	%	n	%		
GI*	28	51,9	26	48,1	0,9	0,68– 1,38	53	94,6	3	5,4	1,4	1,13-1,68
GC**	30	53,6	26	46,4	$p = 0,867$		33	68,9	15	31,1	$p < 0,001$	

*No momento basal duas mulheres do GI apresentaram autoeficácia baixa (14 a 32 pontos). **Na oitava semana pós-parto 8 mulheres no GC apresentaram autoeficácia baixa.

Na tabela 4 verifica-se que o teste de comparação das médias dos escores da BSES-SF não se mostrou significativo entre os dois grupos de pesquisa ($p = 0,408$), no momento basal, antes da intervenção educativa, como já demonstrado na tabela 2, na ocasião as mulheres se encontravam no período gestacional. No entanto, constatou-se diferença estatística significativa nas médias dos escores da BSES-SF entre as mulheres do GI e do GC ($p < 0,001$) nos demais momentos da avaliação, 2ª, 4ª e 8ª semanas pós-parto. Observa-se que além do aumento da autoeficácia materna do GI para amamentar, a mesma se manteve elevada até a 8ª semana pós-parto.

Tabela 4 - Comparação das médias dos escores da BSES-SF entre os grupos e entre os momentos da avaliação. Recife-PE, 2012-2013.

MOMENTOS	Grupos				<i>p</i> ¹
	Intervenção		Controle		
	Média	DP	Média	DP	
Antes da intervenção	50,4	9,1	52,1 ^a	8,7	0,408
2 ^a semana pós-parto	65,1 ^d	4,6	59,6 ^b	13,0	<0,001
4 ^a semana pós-parto	66,1 ^d	4,9	57,7 ^{b,c}	9,9	<0,001
8 ^a semana pós-parto	65,8 ^d	5,5	51,2 ^{a,c}	17,2	<0,001

¹p-valor do teste de Mann-Whitney para comparação de médias.

^{a,b,c,d}não há diferença significativa entre as médias.

As médias dos escores da BSES-SF entre a primíparas dos grupos de pesquisas encontram-se descritos na tabela 5. Verifica-se que antes da intervenção educativa não houve diferença estatística significativa entre os grupos nas média de autoeficácia para amamentar. No entanto na 8^a semana pós-parto as mulheres primíparas do GI apresentaram escores mais elevados e estatisticamente significantes ($p < 0,001$).

Tabela 5 - Comparação das médias BSES-SF total entre as primíparas do GI e GC. Recife-PE, 2012-2013.

MOMENTOS	GRUPOS				<i>p</i>
	Intervenção		Controle		
	Média	DP	Média	DP	
Antes da intervenção	45,9	7,9	47,4	7,1	0,507 ¹
8 ^a semana pós-parto	65,6	6,0	48,4	18,7	$p < 0,001$

¹p-valor do teste t Student

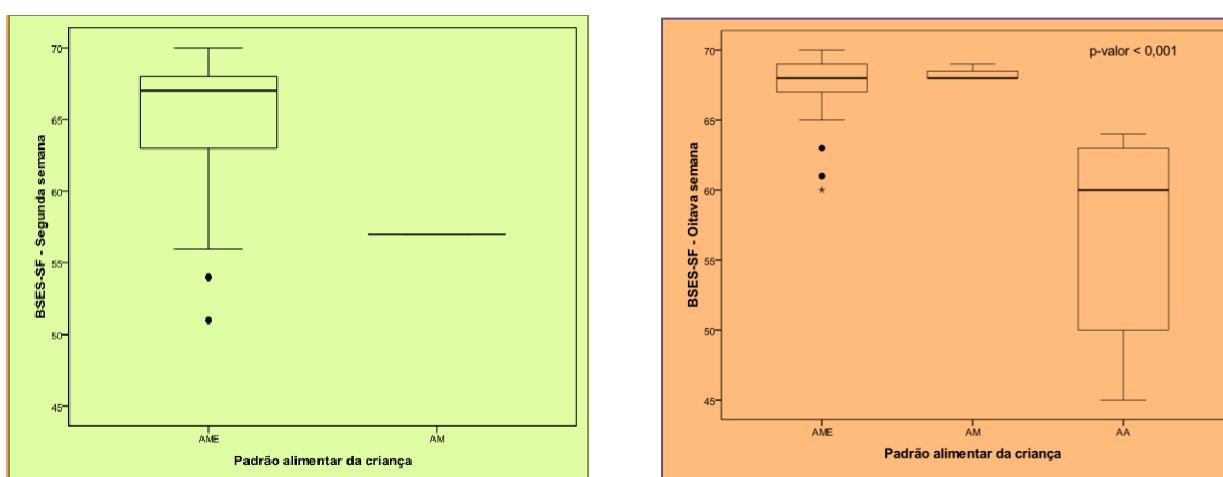
Na tabela 6, observa-se que entre as mulheres primíparas no GI e no CG a incidência de AME na oitava semana pós-parto foi maior no GI (75,0%) quando comparada com ao GC (25,0%), com diferença estatística significativa ($p < 0,001$), sendo que a probabilidade de amamentar exclusivamente na 8^a semana pós-parto foi 2,7 vezes maior nas primíparas que receberam a intervenção educativa

Tabela 6 - Incidência do AME na 8ª semana entre as primíparas dos grupos de pesquisa. Recife-PE, 2012-2013.

GRUPOS	AME				<i>p</i>	RR	IC
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Intervenção	18	75,0	6	25,0	0,001	2,7	1,37-5,23
Controle	7	28,0	18	72,0			

Nas figuras 6 e 7 estão representados os Box-plots dos escores da BSES-SF e o padrão alimentar da criança, na segunda e 8ª semana pós-parto no GI e no GC, respectivamente. Deste modo, na figura 6 no GI, nota-se que na 2ª semana pós-parto a mediana dos escores da BSES-SF nas mulheres que receberam a intervenção educativa e encontravam-se em AME, foi superior aos escores da BSES-SF das mulheres que não estavam amamentando exclusivamente. Já na 8ª semana a mediana dos escores da BSES-SF manteve-se elevada nas mulheres cujos filhos estavam AME e AM (nesta variável estão incluídas as crianças em AMP e AMM). Porém, para aquelas que não amamentavam mais, ofereciam apenas leite artificial ao filho (AA), a mediana da BSES-SF foi menor.

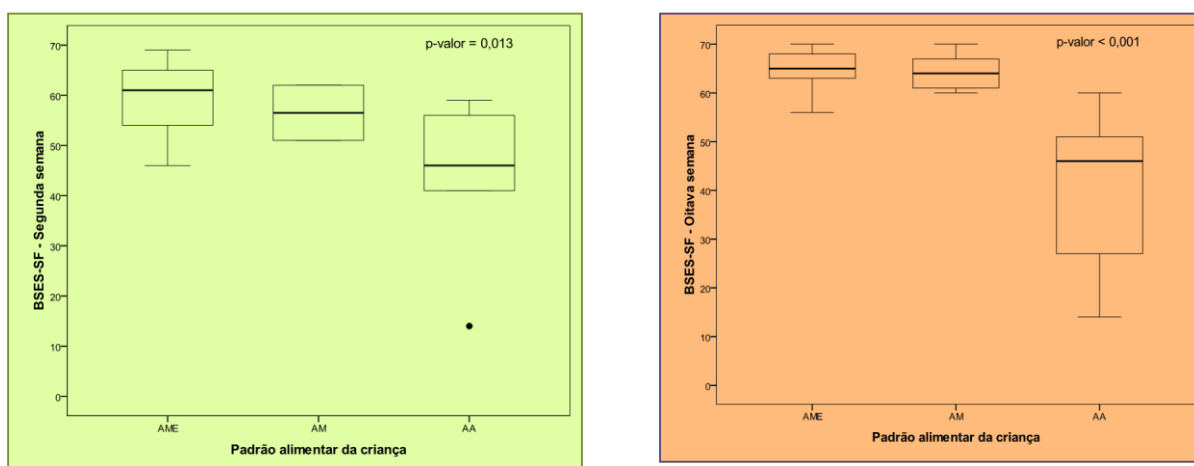
Figura 6 - Mediana dos escores da BSES-SF e padrão alimentar da criança na 2ª semana e 8ª semana no grupo intervenção. Recife-PE, 2012-2013.



No GC observa-se na 2ª semana que a mediana dos escores BSES-SF para as mulheres cujos filhos estavam em AME, AM e AA foram semelhantes. Entretanto na 8ª semana pós-parto as mulheres, cujos filhos estavam em AME e AM

continuaram com a mediana dos escores de BSES-SF alta. Todavia, a mediana da BSES-SF foi menor para as mulheres que estavam oferecendo leite artificial (AA), indicando assim uma relação entre baixos escores BSES-SF e desmame precoce.

Figura 7 - Mediana dos escores da BSES-SF e padrão alimentar da criança na 2ª semana e 8ª semana no grupo controle. Recife-PE, 2012-2013.



Na tabela 7 encontra-se o comportamento do padrão alimentar da criança adotado pelas mães, nos dois grupos de pesquisa, ao longo do seguimento do estudo. Constata-se diferença estatística significativa em todos os momentos da avaliação após o parto, com maiores proporções de AME nas mães do GI. No que diz respeito ao acompanhamento do padrão alimentar e da comparação do mesmo entre os grupos de pesquisa, observa-se significância estatística ($p < 0,010$) já na 2ª semana pós-parto no GI uma vez que 98,2% das mulheres deste grupo amamentavam exclusivamente e no GC 85,5% adotavam a mesma prática. Na 4ª semana pós-parto manteve-se a significância estatística ($p < 0,010$) sendo a proporção do AME de 87,5% no GI e 55,4% no GC, com um declínio de 35,2% no AME nas mulheres que não receberam a intervenção.

Com relação ao AMM verifica-se uma distribuição diferenciada, com significância estatística ($p < 0,001$) entre os grupos, observa-se neste período do seguimento, que somente 3,6% das mães do GI ofereciam outro leite ao filho, enquanto que no GC a proporção era de 35,7%. Na oitava semana pós-parto embora a proporção do AME tenha diminuído em ambos os grupos a proporção deste continuou maior no GI (78,6%) quando comparada com o GC (35,7%), com

diferença estatística significativa ($p < 0,010$). O comportamento dos dois grupos em relação ao AA também foi distinto, dado que entre a 4ª e 8ª semana apenas uma criança no GI (1,8%) estava totalmente desmamada, em contraposição, 8 crianças do GC (14,3%), tinham o mesmo padrão alimentar.

Tabela 7 - Comparação do tipo de aleitamento das crianças entre os dois grupos de pesquisa no seguimento pós-parto. Recife-PE, 2012-2013.

MOMENTOS	Intervenção		Controle		p-valor
	n	%	n	%	
2ª SPP - Tipo de aleitamento					
Aleitamento materno exclusivo	55	98,2	47	85,5	0,010 ⁽¹⁾
Aleitamento materno predominante	1	1,8	2	3,6	
Aleitamento materno misto	0	0,0	0	0,0	
Aleitamento artificial	0	0,0	7	10,9	
4ª SSP- Tipo de aleitamento					
Aleitamento materno exclusivo	49	87,5	31	55,4	<0,001 ⁽¹⁾
Aleitamento materno predominante	4	7,1	4	7,1	
Aleitamento materno misto	2	3,6	20	35,7	
Aleitamento artificial	1	1,8	1	1,8	
8ª SPP - Tipo de aleitamento					
Aleitamento materno exclusivo	44	78,6	20	35,7	<0,001 ⁽²⁾
Aleitamento materno predominante	3	5,4	5	8,9	
Aleitamento materno misto	8	14,3	23	41,1	
Aleitamento artificial	1	1,8	8	14,3	

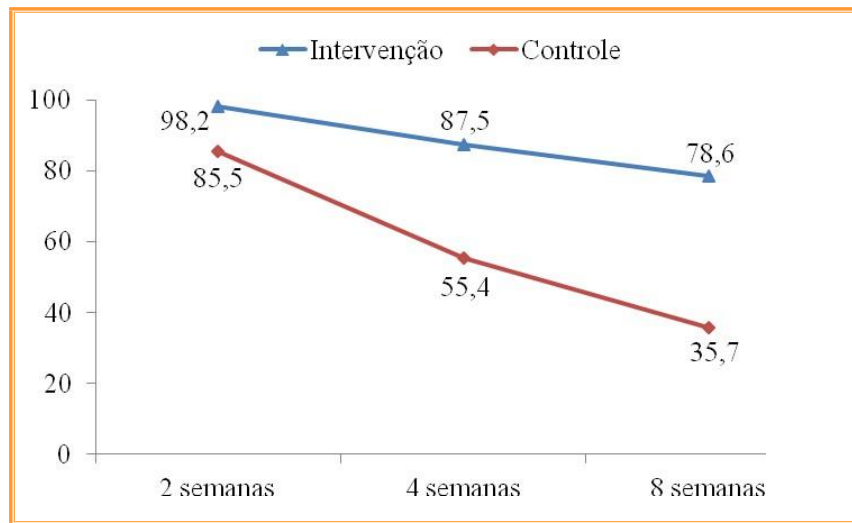
(1) Teste de razão de verossimilhança; (2) Teste de Qui-Quadrado.

Na figura 8 observa-se redução na proporção de mulheres que amamentaram exclusivamente no GC de 35,2% entre a 2ª e a 4ª semana pós-parto e de 35,6% entre a 4ª e a 8ª semana. Durante todo o período do acompanhamento do estudo o declínio no AME foi 58,2%.

No GI, embora também se observe redução no AME, esse declínio foi de 10,9% entre a 2ª e 4ª semana pós-parto e de 10,2% entre a 4ª e 8ª semana. Ao longo do seguimento a redução do AME no GI foi de 20%.

Figura 8. Comportamento do AME entre os grupos na segunda, quarta e oitava se pós-parto. Recife, 2013/2013.

74



O efeito da intervenção educativa em relação a incidência do AME nos dois grupos encontra-se descrito na tabela 8. Os resultados indicam que houve diferença estatística significativa ($p < 0,001$) entre as taxas de AME entre o GI e GC, com a probabilidade das mulheres do GI estarem amamentando exclusivamente, na oitava semana pós-parto, cerca de 2 vezes maior que as do GC.

Tabela 8 - Efeito da intervenção na incidência de AME entre os grupos de pesquisa na 8ª semana. Recife-PE, 2012/2013.

GRUPOS	AME				RR (IC 95%)	p -valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Intervenção	44	(78,6)	12	(21,4)	2,20 (1,51-3,21)	<0,001
Controle	20	(35,7)	36	(64,3)	1,00	

6 DISCUSSÃO

*“Isso eu hei de contar mais tarde, num suspiro.
Em algum ponto, duas estradas bifurcaram-se em um bosque,
eu trilhei a menos percorrida.
E isto fez toda a diferença.” (Robert Frost)*

As ações educativas em aleitamento materno são estratégias de Promoção da Saúde da mulher e da criança e o enfermeiro, reconhecido como um educador em saúde tem papel relevante na promoção da amamentação. Britton et al (2007) destacam que esse profissional deve estar preparado para estimular a prática do aleitamento materno com os futuros pais desde o pré-natal. Entretanto os autores ressaltam que a abordagem seja conduzida de maneira que a gestante e o seu parceiro possam decidir sobre a alimentação do seu filho.

É oportuno salientar que os profissionais de saúde costumam assumir posturas que não privilegiam os protagonistas da amamentação, as ações educativas são caracterizadas, na maioria das vezes, pelo esforço do profissional em moldar o comportamento da mulher para que ela sempre escolha a aleitamento materno. Por isto é recomendado que sejam adotadas estratégias que possam interromper a transmissão vertical da prática educativa na promoção do aleitamento materno (LINHARES; PONTES, OSÓRIO, 2013).

Ferramentas educativas embasadas na Teoria Social Cognitiva, em especial nos constructos da autoeficácia para amamentar (BANDURA, 1977; DENNIS, 1999) podem modificar esta prática, pois que as ações educativas nesta perspectiva contemplam a motivação individual e as fontes de construção de crenças maternas para amamentar.

Não obstante a intervenção educativa testada neste estudo tenha tido como foco a gestante, não incluindo a rede de apoio, nem os companheiros, considera-se que o álbum seriado atuou como ferramenta pedagógica que permitiu que as gestantes do GI fossem protagonistas do processo de aprendizagem a respeito da amamentação. Esta afirmação advém do fato da ação educativa, ter sido mediada pelos escores individuais da BSES-SF e pelo álbum "Eu posso amamentar meu filho", fundamentados no constructo da autoeficácia para amamentar (DENNIS, 1999; DODT, 2008; DODT, 2012). Deste modo a ação educativa possibilitou que fossem trabalhadas, com as mulheres do GI, as quatro fontes de crenças para construção de autoeficácia, Bandura (1999), a partir das convicções pessoais das gestantes quanto as suas habilidades para dar conta de alimentar o bebê com seu próprio leite.

A aferição dos escores basais da autoeficácia para amamentar, com a escala BSES-SF, sinalizou a identificação da percepção individual das crenças de autoeficácia e orientou o diálogo e abordagem sobre a temática; de maneira que

necessidades individuais de cada mulher foram consideradas durante a intervenção. Assim, foi possível qualificar as habilidades das gestantes do GI com base na autoeficácia percebida e, com a intervenção educativa, construir ou consolidar crenças de autoeficácia positivas em relação às habilidades necessárias e a confiança para amamentar.

Os dados desse estudo sinalizam que a intervenção repercutiu positivamente nos resultados observados nas mulheres do GI. A intervenção foi capaz de aumentar os escores de autoeficácia materna para amamentar. Além disso, observou-se uma associação positiva entre os escores de autoeficácia e as taxas mais elevadas de AME nos primeiros dois meses de vida da criança no grupo de gestantes expostas ao experimento.

Em estudos de delineamento experimental, não basta ter dois ou mais grupos de pesquisa, eles precisam ser similares entre si. Se entre dois grupos, o de controle e o de intervenção, a homogeneidade está garantida, as diferenças entre os mesmos podem ser atribuídas ao experimento, ou manipulação da variável independente (SAMPLERI; COLLADO; LUCIO, 2013). No caso desta pesquisa a análise na linha de base da amostra demonstrou que a mesma foi homogênea para a maioria das variáveis socioeconômicas consideradas como fatores que interferem na prática do aleitamento materno, as quais poderiam atuar como confundidoras nos desfechos da pesquisa, com exceção da idade materna.

Embora a variável idade materna seja citada como um fator não modificável importante para a interrupção precoce da amamentação (MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010; WARKENTIN et al., 2013); estudos realizados no Brasil e na Espanha indicam que a mesma nem sempre tem se comportado com um fator de risco para o desmame precoce (VENÂNCIO, et al, 2002; LIMA; OSÓRIO, 2003; FROTA; MARCOPITO, 2004; ROIG, et al., 2010; DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012; BEZERRA et al., 2012; LEONE; SADECK, 2012). Ademais, uma pesquisa realizada em Hong Kong com primíparas não encontrou associação positiva entre a idade e autoeficácia para amamentar (KU; CHOW, 2010). Desta forma, a idade materna, mesmo tendo se apresentado como uma variável não homogênea entre os grupos, pode não ter comprometido a proposta e os resultados do estudo em questão.

Além disso, o estudo foi um ensaio clínico controlado randomizado, no qual foram observados os critérios do rigor metodológico: ter um grupo controle e um grupo intervenção, manipular uma variável por meio de uma intervenção (álbum

seriado), fazer a randomização por meio de alocação aleatória (no caso foi por conglomerados) e garantir o mínimo de cegamento (realizado na coleta de dados durante o seguimento) (HULLEY et al., 2008).

No que diz respeito às características obstétricas e a experiência com amamentação houve semelhança entre as mulheres do GI e GC. A experiência prévia em aleitamento materno é uma das fontes de desenvolvimento das crenças de autoeficácia materna para amamentar (DENNIS, 1999) e tem sido apontada como importante fator para prática do AME (ROIG, et al., 2010; DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012).

A experiência vivida pelo indivíduo é reputada como a fonte mais eficaz para a construção da eficácia. Os sucessos obtidos em uma determinada tarefa contribuem para a elaboração de uma forte crença na eficácia pessoal. Por outro lado, as falhas podem ser entendidas como fracasso individual, e conseguem consolidar essa percepção, especialmente se estas acontecerem antes que a concepção sobre autoeficácia esteja firmemente estabelecida (BANDURA, 1977a).

As crenças de autoeficácia para amamentar não estão bem consolidadas nas primíparas, bem como nas mulheres que amamentaram por pouco tempo ou não conseguiram amamentar outros filhos. Desta maneira, admite-se que a equivalência em relação às experiências com a amamentação, encontrada na linha basal entre o GI e GC, equilibrou uma variável considerada relevante para a prática bem sucedida no aleitamento materno, diminuindo a possibilidade de viés no experimento.

A homogeneidade na linha de base também foi constatada quando foram comparadas as médias dos escores da BSES-SF entre os grupos, tal observação é importante visto que escores elevados de autoeficácia para amamentar estão associados com maior chance para a mulher iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo (DENNIS, 2002; BLYTH et al., 2004; KU; CHOW, 2010; LOKE; CHAN, 2013). Assim, é possível inferir que a semelhança dos escores da BSES-SF entre as gestantes do GI e GC, no início do estudo, não interferiram nos resultados do mesmo. Logo os desfechos positivos com relação a autoeficácia materna para amamentar e ao AME nos dois primeiros meses de vida da criança, observados no GI, podem ser atribuídos à intervenção educativa.

A análise mostrou que a proporção de gestantes com autoeficácia média (33 a 51 pontos) e alta (52 a 70), também foi semelhante para os dois grupos. Contudo na oitava semana pós-parto a proporção de mulheres do GI com eficácia alta, e

portanto com maior probabilidade de amamentar exclusivamente, foi significativamente maior quando comparadas ao GC ($p < 0,001$). Este resultado sustenta a hipótese de que a utilização do álbum seriado, no terceiro trimestre de gestação, formatado no constructo da autoeficácia para amamentar (DENIS, 1999), impactou positivamente na sustentação ou elaboração de crenças positivas de autoeficácia nas mulheres do GI.

Dados semelhantes foram relatados em um estudo experimental, realizado com gestantes que estavam no último trimestre, o qual examinou o efeito de uma intervenção educativa baseada no quadro teórico da autoeficácia para amamentar. Os escores da BSES antes e após a realização do experimento constataram que as mulheres que receberam a intervenção obtiveram maiores escores de autoeficácia para amamentar na quarta semana pós-parto por (NICHOLS et al., 2009).

Além disso, a análise das médias dos escores da BSES-SF durante o seguimento do estudo, na 2^a, 4^a e 8^a semana pós-parto, demonstrou que a intervenção educativa foi capaz não só de aumentar os escores da autoeficácia como também de mantê-los elevados até a oitava semana nas mulheres do GI. Alguns autores julgam que a autoeficácia para amamentar é uma variável que pode ser modificada por intervenções de enfermagem (DENNIS, 1999; JAGER et al., 2013). Entretanto, para melhorar a autoeficácia para amamentar, as ações educativas, de acordo com Dennis (1999), devem ser elaboradas a partir dos conceitos da Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1997). Entende-se que esta recomendação foi observada por Dodt, Ximenes e Oriá (2011), na elaboração do álbum seriado denominado "Eu posso amamentar meu filho", já validado com puérperas, e neste estudo testado com gestantes.

O alicerce teórico elaborado por Dennis (1999) sustenta as quatro fontes de crenças imbricadas na construção da confiança da mulher para amamentar: a experiência direta ou anterior com a amamentação, as experiências vicárias, a persuasão verbal e as reações físicas e emocionais (NICHOLS et al., 2009). Tendo em vista que a tecnologia educativa utilizada nesse estudo, foi construída a partir deste referencial, entende-se que a mesma possibilitou resgatar com as gestantes as fontes de elaboração e/ou consolidação da confiança para amamentar. Além disso, como a ação educativa com o álbum seriado foi individualizada e direcionada, pelos escores da BSES-SF às necessidades de aprendizagem de cada mulher, a

tecnologia educativa testada, permitiu trabalhar as fontes de crenças para amamentar menos consolidadas de cada gestante.

A interpretação que cada mãe faz de sua experiência anterior com amamentação, bem sucedida ou não, é um determinante importante para o início e continuidade da mesma. A literatura, de acordo com Jager et al. (2013) tem reportado consistentemente que o nível de autoeficácia materna para amamentar está fortemente relacionado com a duração do aleitamento materno, e que experiências anteriores difíceis associam-se com baixos escores de autoeficácia e com a interrupção precoce da amamentação. Ainda assim, Pajares e Olaz (2008) salientam que as crenças negativas de autoeficácia podem ser reconstruídas. Ademais, a autora do constructo da autoeficácia para amamentar, também defende a hipótese de que os profissionais da saúde podem aumentar a confiança da mulher alternando ou substituindo fontes negativas de informação para aumentar a confiança materna para amamentar (DENNIS, 1999).

Logo a intervenção educativa, neste estudo, possibilitou corrigir ou minimizar as crenças pessimistas ou desfavoráveis de autoeficácia materna para amamentar no GI naquelas mulheres que não puderam ou não conseguiram amamentar seus filhos. Esta conclusão deriva do fato de que não houve diferença nas médias dos escores da BSES-SF, a partir da 2ª semana pós-parto, entre as mulheres do GI. A intervenção foi eficaz, mesmo para aquelas que tinham história prévia de desmame precoce. Possivelmente, mulheres do GI com experiência não exitosa conseguiram reconstruir a confiança para amamentar, como demonstram os resultados ao longo do seguimento dessa pesquisa. Destaca-se que a média dos escores de autoeficácia para amamentar foi maior e, estatisticamente significativa para o GI ($p < 0,001$), a partir da 2ª semana pós-parto sendo a diferença mantida até a 8ª semana pós-parto.

As experiências vicárias com a amamentação são fontes de crenças de autoeficácia assimiladas pelas mulheres, não com a prática de ter amamentado anteriormente. O processo de construção de crenças ocorre por meio de diferentes formas de aprendizagem, tais como conviver com alguém que esteja amamentando, acessar material educativo impresso ou gravado; os quais podem fornecer informações importantes sobre a amamentação, especialmente para aquelas que estão vivenciando a maternidade pela primeira vez (DENNIS, 1999; NICHOLS et al.,

2009). Bandura (1994) considera esta fonte como aquela adquirida por meio de experiências indiretas, porém alerta que o fortalecimento das autocrenças de eficácia será mais eficiente quando as experiências indiretas forem apresentadas por modelos sociais que se assemelhem ao contexto do indivíduo.

As imagens do álbum seriado utilizado com as mulheres do GI serviu como modelo positivo, a exemplo da figura e ficha roteiro 5 que apresentam o contexto real de uma mulher que amamenta, mas também cuida da casa, de outros filhos e do marido. Bandura (1994) acredita que o impacto da modelagem na autoeficácia é fortemente influenciado pela semelhança percebida com os modelos. Quanto maior a semelhança do modelo mais persuasivo será o sucesso ou o fracasso desta fonte. Se as mulheres deste estudo visualizassem os modelos, projetados nas figuras do álbum seriado, como muito diferentes de si e de seu contexto esta fonte de construção de crenças poderia não influenciar positivamente a autoeficácia para amamentar, especialmente entre as primíparas.

A autoeficácia entre as primíparas e múltiparas foi analisada em um estudo de coorte prospectivo no qual foram acompanhadas 300 mulheres desde o pré-natal até 4º mês de vida da criança. Foi observado que os escores da autoeficácia para amamentar foram mais elevados entre as múltiparas desde a gestação, Verificou-se ainda que as múltiparas apresentaram maior chance de amamentar exclusivamente na quarta semana pós-parto (BLYTH et al., 2002). Nesta perspectiva as primíparas teriam poucas chances de amamentar, já que lhes falta a experiência com a amamentação, positiva ou não. No entanto, nesse estudo existem evidências de que a utilização do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", como fonte de experiência indireta para as primíparas possibilitou a construção ou consolidação de suas crenças para amamentar.

Essa inferência sustenta-se não só nas taxas de AME entre as primíparas do GI como também pelos escores mais elevados de autoeficácia para amamentar observados na 8ª semana pós-parto ($p < 0,001$). Destaca-se que quando comparadas as primíparas do GC com as do GI essas tiveram maior probabilidade de amamentar exclusivamente na 8ª semana pós-parto (RR 2,7 e $p < 0,001$). A análise destes resultados certifica a eficácia da tecnologia testada como uma ferramenta educativa que proporcionou fontes de experiências indiretas por meio das figuras e da utilização da ficha roteiro pela pesquisadora. Esses recursos metodológicos funcionaram como modelos positivos para o exercício ou vivência indireta da

amamentação, tanto para as mulheres primíparas como para as multíparas com experiência negativa na amamentação.

Além disso, dados recentes de um ensaio clínico controlado e randomizado, realizado com primíparas chinesas comprovaram o efeito positivo de uma intervenção educativa baseada nos constructos da autoeficácia para amamentar. As mulheres que participaram da ação educativa apresentaram aumento significativo nos escores de autoeficácia para amamentar e maior incidência do AME na 8ª semana pós-parto (WU *et al.*, 2014).

A relação entre AME e escores elevados de autoeficácia materna para amamentar está bem documentada em pesquisas que analisaram esta variável (BLYTH *et al.*, 2002, 2004; SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008; WILHELM *et al.*, 2008; UCHOA *et al.*, 2012; LOKE; CHAN, 2013; WU, 2014). O estudo de Jager *et al.* (2014) investigou o papel dos fatores psicossociais no AME até os seis meses de vida da criança constatando que a autoeficácia para amamentar é um forte preditor tanto para a intenção de amamentar, como para a duração do aleitamento.

Tal correlação também foi encontrada nesse estudo, as mulheres tanto do GI como do GC, cujos filhos estavam em AME ou AM na 8ª semana pós-parto, obtiveram maior mediana nos escores de autoeficácia; em contrapartida para aquelas que não amamentavam mais (AA) a mediana dos escores foi mais baixa. Os resultados reafirmam a relação entre baixos escores de autoeficácia para amamentar e risco para o desmame precoce; associação que vem sendo relatada desde os primeiros estudos de Dennis (1999, 2002) e confirmada em pesquisas mais recente (KU; CHOW, 2010; LOKE; CHAN, 2013; JAGER *et al.*, 2014; WU, 2014), cujos resultados reforçam a associação entre a prática do AM e escores elevados de autoeficácia materna para amamentar.

Para muitas mulheres a experiência com o processo de lactação, vivenciada nas primeiras semanas pós-parto, é doloroso e por vezes angustiante. Bandura (1994) alerta que os sistemas biológicos, como dor, ansiedade, medo e estresse, são altamente interdependentes e podem interferir na autoeficácia percebida pela mulher. Nesta perspectiva um fraco sentido de eficácia pode exercer reações de inibição ou de produção de substâncias endógenas, que no caso das nutrizes pode implicar na diminuição da liberação da ocitocina, hormônio da ejeção do leite.

Alguns estudos apontam associação negativa entre dificuldades com o processo de lactação e amamentação nas primeiras semanas pós-parto e AME

(SCOTT, 2006; WAGNER et al., 2013, ODOM et al, 2013; JAGER et al., 2014). Um estudo com mães dinamarquesas realizado por Larsen e Kronborg (2012) investigou as experiências das mulheres após a interrupção da amamentação. Elas referiram que durante o pré-natal o ato de amamentar foi repassado e entendido por elas como algo natural. As mulheres relataram que não foram preparadas para os problemas que poderiam ocorrer nas primeiras semanas após o parto como o trauma mamilar, a dor, a privação do sono e a fadiga.

As mulheres que conseguem amamentar, apesar das dificuldades, elaboram o que Bandura (1994) denomina de senso de eficácia resiliente, ou seja, estas mulheres teriam experiência em superar obstáculos próprios do ciclo da vida, com esforço e perseverança. Deste modo, aquelas que se defrontam com problemas para amamentar, no início da lactação, e conseguem superá-los, desenvolvem uma maior autoeficácia; isto repercute positivamente no tempo de AME uma vez que a mulher adquire confiança em sua capacidade de resolver as dificuldades com amamentação (DENNIS, 2002b). É possível inferir que algumas mulheres do GI ao superaram os problemas iniciais da amamentação, podem ter construído uma autoeficácia mais forte e resiliente; uma vez que os escores de autoeficácia para amamentar se mantiveram elevados até a 8ª semana pós-parto e repercutiram positivamente na incidência do AME, no GI.

Sabe-se que as preocupações maternas e os problemas com a prática da amamentação surgem nas duas primeiras semanas pós-parto. Estudo realizado com o objetivo de caracterizar as causas da interrupção precoce do aleitamento materno entre mulheres americanas constatou que os primeiros 14 dias pós-parto são decisivos para o êxito da amamentação. Os dados demonstraram que nesse período a maioria das mulheres apresentou problemas com as mamas e dúvidas em como colocar o bebê para mamar (WAGNER et al., 2013). Pesquisa realizada com mulheres brasileiras monitorou os escores de autoeficácia para amamentar desde o pré-natal e constatou que na 2ª semana pós-parto as que amamentavam exclusivamente tinham escores mais elevados de autoeficácia (UCHOA et al., 2012); demonstrando que as mulheres necessitam ter segurança em relação as habilidades necessárias para amamentar.

No estudo em questão, a análise do padrão alimentar das crianças, na segunda semana pós-parto, revelou que nenhuma mulher do GI havia oferecido leite artificial ao bebê; no GC, entretanto, seis crianças já recebiam leite artificial em sua

dieta. Os dados encontrados no GC ratificam que os riscos para o desmame ocorrem nas duas primeiras semanas de lactação (SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008; WAGNER et al., 2013). O fato de todos os bebês, filhos das mulheres do GI estarem em AM, reforça a eficácia da tecnologia utilizada. É pertinente destacar que o álbum seriado facilitou o emprego da persuasão verbal, uma das fontes de construção de crenças de autoeficácia, pois Bandura (1994) afirma que as pessoas que são persuadidas verbalmente possuem a capacidade de dominar as atividades necessárias, além de mobilizarem maior esforço para resolver os problemas.

Entretanto, a persuasão verbal só será convincente se a abordagem da amamentação for franca, sem a romantização do ato de amamentar. Os problemas frequentes no início da lactação, muitas vezes ignorados pelos profissionais de saúde, precisam ser discutidos com as mulheres ainda durante o pré-natal. Corroborando esta reflexão, um estudo qualitativo realizado por Sheehan; Schmied e Barclay (2013), com 37 mulheres australianas, revelou que os profissionais de saúde abordam a amamentação como se o processo fosse igual e linear para todas as mulheres. Elas afirmaram que os problemas e as dificuldades para amamentar não eram abordados durante o pré-natal. As autoras concluíram que é preciso honestidade nas ações educativas e defendem que a construção da confiança para amamentar é um dos mais importantes mecanismos de apoio que pode ser oferecido pelos profissionais da saúde desde o pré-natal até as primeiras semanas pós-parto.

Nesse estudo, a persuasão verbal, ocorreu com a utilização da tecnologia educativa estruturada em figuras e fichas roteiros, as quais possibilitaram que na ação pedagógica, conduzida pela pesquisadora, o processo de amamentar fosse abordado de forma realista. De maneira que com a todas as mulheres do GI as habilidades necessárias para prevenir os problemas mais comuns nas primeiras semanas de lactação, foram discutidas. A figura 1 e a ficha roteiro correspondente, do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", permitiram demonstrar os sinais da pega da correta, bem como destacar importância desta na prevenção da dor e fissura nos mamilos. Da mesma forma, a figura e a ficha roteiro 2 facilitaram a abordagem dos cuidados com a mama puerperal, sendo possível orientar a gestante sobre a importância de o bebê esgotar bem uma mama antes de se oferecer a outra. Além disso, também foi enfatizada a técnica da ordenha manual com o objetivo de

melhorar a pega e evitar ingurgitamento mamário. Deste modo, a intervenção educativa pode ser considerada eficiente, pois forneceu às mulheres do GI orientações para resolver ou minimizar os problemas com amamentação nas primeiras semanas pós-parto. Esta afirmação se apoia nos resultados do padrão alimentar das crianças, adotado pelas mulheres do GI, na segunda semana pós-parto.

Embora algumas pesquisas mencionem que as mães reconhecem os benefícios do AME para o bebê (KOMARSSON et al., 2008; SILVA et al., 2009; CAMPOS et al., 2011; SHEEHAN; SCHMIED; BARCLAY, 2013), muitas não conseguem lidar com o estresse físico e emocional, frequentes no período inicial da amamentação e decidem interromper o AME (TAKUSHI et al., 2008; JAGER et al., 2013b, ODOM et al., 2013). Os estados emocionais e físicos da nutriz podem diminuir a segurança da mesma para amamentar. A ansiedade e a depressão materna, estimulam respostas fisiológicas de estresse que reduzem a percepção de autoeficácia para amamentar repercutindo negativamente no aleitamento materno (DEMILADE et al., 2014).

Uma maneira de modificar e auxiliar a mulher que irá amamentar é abordar, sem subterfúgios, os problemas que ela poderá enfrentar no início da lactação. Desse modo é possível, de acordo com Bandura (1994), que os indivíduos, no caso as mulheres que estarão vivenciando a amamentação, não interpretem suas reações de estresse e tensão como sinais de vulnerabilidade para o mau desempenho. O autor defende que um modo de modificar as crenças de autoeficácia é conter as reações de estresse das pessoas de forma que estas possam alterar as tendências de interpretações negativas de seus estados físicos e emocionais.

Nesse estudo, a tecnologia empregada viabilizou um diálogo autêntico com as gestantes. Todas as mulheres do GI foram informadas que nos primeiros dias, ao amamentarem poderiam sentir dor, fadiga e privação de sono. Entretanto, lhes foi orientado como prevenir a dor, como reduzir o cansaço e a privação do sono. Essa abordagem foi facilitada pela utilização das figuras e fichas roteiros 1, 2, 3, 4, 5 do álbum seriado. Vencer as dificuldades iniciais sem dúvida é fator determinante para a manutenção do AME. As mulheres do GI provavelmente enfrentaram as demandas do início do processo de lactação e da amamentação utilizando as informações fornecidas durante intervenção educativa; vale destacar que 78,6%

delas amamentaram exclusivamente até a oitava semana pós-parto, enquanto apenas 35,7% das mulheres do GC mantiveram a mesma prática.

Os resultados de um estudo de coorte, realizado na Espanha, com 614 primíparas que avaliou o impacto das ações educativas na taxas de AME, evidenciaram que ações educativas devem ter como propósito não apenas aumentar o conhecimento das gestantes sobre as vantagens nutricionais e imunológicas. Os dados demonstraram que apenas reconhecer os benefícios da amamentação para mãe e bebê, nem sempre garante a prática. O estudo recomenda que as estratégias elaboradas para promover o aleitamento materno devem fortalecer a confiança da mulher em sua capacidade para amamentar (ARTIETA-PINEDO et al., 2013). No estudo em questão pode-se afirmar que a intervenção educativa aplicada com as primíparas do GI foi eficaz para a construção de crenças positivas de autoeficácia para amamentar, foi verificado que as primíparas do GI tiveram maior probabilidade de amamentar exclusivamente até o 2º mês de vida da criança (RR 2,7 IC 1,37-5,23), quando comparadas às do GC.

Embora reconhecendo que preparação e o apoio à mulher e a família que irá amamentar deva compreender todo o ciclo gravídico puerperal; o estudo aqui apresentado testou a tecnologia educativa com gestantes. A análise permite afirmar que a mesma foi capaz de elevar os escores de autoeficácia durante todo o seguimento do estudo, do terceiro trimestre de gestação até a 8ª semana pós-parto, além de ratificar a relação positiva entre os escores elevados de autoeficácia e melhores resultados nas taxas de AME.

As mulheres que receberam a intervenção com o álbum seriado obtiveram maiores escores de autoeficácia quando foram comparadas com as do GC na oitava semana pós-parto ($p < 0,001$). O mesmo álbum seriado foi utilizado por Dodt et al. (2013) em um estudo de intervenção com puérperas, os resultados assinalaram que a tecnologia, também foi eficaz para elevar os escores aferidos pela BSES-SF. As mulheres do GI, obtiveram escores mais elevados de autoeficácia para amamentar além de apresentarem maior incidência de AM na 8ª semana pós-parto.

No estudo em questão, observa-se que os escores elevados de autoeficácia repercutiram positivamente na amamentação, visto que a probabilidade das mulheres do GI estarem em AME na oitava semana pós-parto foi duas vezes maior que nas do GC (RR 2,2 IC 1,51-3,21). Dados semelhantes foram encontrados por em estudo transversal realizado em Hong Kong com 199 puérperas, as médias dos

escores da BSES-SF eram significativamente mais elevadas nas mulheres que amamentavam exclusivamente na 6ª semana pós-parto (OR= 7,7 $p \leq 0,001$) (LOKE; CHAN, 2013).

Um estudo de revisão sistemática sobre os efeitos das intervenções educativas na promoção do aceitação materno, concluiu que as ações educativas desenvolvidas no pré-natal foram significativas para manter o AME entre 4ª a 6ª semana pós-parto. Entretanto foi observado que os estudos que combinaram aconselhamento na gestação e no período pós-parto apresentaram melhores efeitos na manutenção do AME até os seis meses de vida da criança (IMDAD; YAKOUB; BHUTTA, 2011).

Outro estudo de revisão sistemática analisou as estratégias de apoio ao aleitamento materno no período de 1995 a 2011. Os resultados demonstraram que as mães se beneficiam de estratégias que incentivam o aleitamento materno, porém as mais eficientes foram ações educativas que apoiaram e melhoraram a autoeficácia para amamentar. Tais ações possibilitam que a mulher vivencie sentimentos como de ser capaz e de estar habilitada para amamentar. Outro aspecto destacado foi a singularidade das ações educativas que utilizaram o referencial da autoeficácia para amamentar, essas ações permitiram atender às necessidades individuais das mulheres em relação à amamentação (DEMIRTAS, 2012). Assim, os dados dessa revisão sistemática sustentam os resultados positivos encontrados no estudo em questão, fortalecendo a eficácia da intervenção educativa aplicada às gestantes no último trimestre da gravidez.

Pelo exposto, justifica-se a realização de intervenções no pré-natal com ferramentas educativas que permitam ao educador em saúde uma abordagem que confira à mulher confiança em suas habilidades para amamentar. A utilização do álbum seriado denominado “Eu posso amamentar meu filho” Dodt (2012), balizado pelo constructo da autoeficácia para amamentar, possibilitou a construção e/ou consolidação de crenças positivas de autoeficácia materna para amamentar, além disso, o aumento dos escores de autoeficácia materna para amamentar foi associado a maior incidência do AME nos dois primeiros meses de vida das crianças de mulheres do GI. Vale salientar que a ferramenta educativa viabilizou um ambiente educativo onde o dialogo foi o condutor da ação educativa.

7 CONCLUSÕES

Para os crentes, Deus está no princípio das coisas. Para os cientistas, no final de toda reflexão. (Max Planck)

A pesquisa avaliou a eficácia de uma tecnologia educativa, utilizando o álbum seriado denominado "Eu posso amamentar meu filho", aplicado em gestantes no último trimestre da gravidez e teve como propósito, melhorar a autoeficácia materna para amamentar e o AME. A execução da mesma possibilitou a verificação dos seguintes achados:

- ✓ Foi constatada a homogeneidade entre os grupos de pesquisa, pois não houve associação estatisticamente significativa para a maioria das variáveis na linha de base.
- ✓ A eficácia materna alta para amamentar elevou-se significativamente na 8ª semana pós-parto no grupo de mulheres que recebeu a intervenção educativa.
- ✓ Foi constatado durante o seguimento que a autoeficácia materna para amamentar aumentou na 2ª, 4ª e 8ª semana pós-parto entre as mulheres do GI, com diferença estatística significativa.
- ✓ Não houve diferença estatística nos escores de autoeficácia para amamentar antes da intervenção entre as primíparas, porém na 8ª semana após o parto foi verificado que as mulheres do GI tinham escores de autoeficácia mais elevados.
- ✓ A mediana de autoeficácia para amamentar na 8ª semana pós-parto foi menor nas mulheres, tanto do GI como as do GC, que haviam desmamado seus filhos, demonstrando relação entre baixos escores de autoeficácia para amamentar e interrupção do aleitamento materno.
- ✓ Foi observado nas primíparas do GI escores mais elevados de autoeficácia para amamentar e maior probabilidade de AME na 8ª semana pós-parto.
- ✓ A probabilidade das mulheres do GI estarem amamentando exclusivamente na 8ª semana pós-parto foi maior que nas do GC, com diferença estatística significativa.

Essa pesquisa verificou que a autoeficácia materna para amamentar pode ser modificada ou consolidada mediante a intervenção educativa com o álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", já que foi possível aumentar os escores aferidos pela BSES-SF, tanto para primíparas como múltiparas. Além disso, constatou-se que o aumento da autoeficácia para amamentar ao longo do seguimento do estudo repercutiu positivamente no AME até os dois meses de vida da criança.

Por isso é possível afirmar que o álbum seriado, avaliado nesta pesquisa, é uma ferramenta pedagógica que pode ser usada pelos profissionais da saúde, em especial pelo enfermeiro que atua na Estratégia da Saúde da Família. Uma vez que, o mesmo associado à escala da BSES-SF, permite não só a investigação de risco para o desmame como possibilita a abordagem individualizada do aleitamento materno e adaptada às necessidades da gestante.

Por fim, comprovo a tese de que o uso da tecnologia educativa, pautada no conceito da autoeficácia para amamentar, é capaz de elevar os escores da autoeficácia para amamentar. Foi possível ainda, confirmar que o aumento da autoeficácia repercutiu positivamente na incidência do AME nos primeiros dois meses de vida da criança.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

A ciência está sempre errada. Nunca se resolve um problema sem criar outros dez. (George B. Shaw)

Apesar dos resultados evidenciados nesse estudo terem sido avaliados e aferidos rigorosamente por meio de testes estatísticos referendados pela comunidade científica para um estudo experimental, os quais apontaram consistência e relevância para a promoção da autoeficácia materna para amamentar e a correlação dessa com incidência do AME, existem limitações que merecem destaque:

- ✓ A não homogeneidade em relação à idade materna na linha de base da investigação.
- ✓ Os problemas de restabelecer o contato por meio telefônico para a coleta de dados no seguimento do estudo.

Recomenda-se que a tecnologia educativa com o álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", bem como a utilização da BSES-SF na identificação de mulheres com risco para o desmame precoce, sejam divulgadas nas disciplinas da saúde da mulher e da criança ainda na graduação em enfermagem.

Indica-se ainda que o álbum seriado e a escala BSES-SF sejam apresentados aos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família e que os mesmos sejam capacitados para usar a tecnologia.

Sugere-se a realização de estudos que avaliem o efeito do uso desta tecnologia educativa na incidência do AME até os seis meses de vida da criança, bem como, a adoção de outros delineamentos metodológicos que possibilitem a aplicação do álbum no pré-natal e que também associem tecnologias de apoio à puérpera nas duas primeiras semanas de lactação.

REFERÊNCIAS

Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.

(Isaac Newton)

ALBERNAZ, E. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, n. 6, v. 84, p. 560-64, 2008.

ALBUQUERQUE, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a cipe© versão 1.0. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 7, n.3, p.392-398, 2008.

ALBUQUERQUE, S. S. L. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciênc. saúde coletiva**, Riode Janeiro, v. 15, n. 2, p. 371-378, 2010.

ALLEGGRANTE, J. P. Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. **Health educ. behav.**, Thousand Oaks, v. 36, p. 476-82, 2009.

ALUS-TOKAT, M.; OKUMUS, H.; DENNIS, C. L. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. **Midwifery**, Edinburg, n. 26, p.101–108, 2010.

AHMED, A. H. Breastfeeding Preterm Infants: An Educational Program to Support Mothers of Preterm Infants in Cairo, Egypt. **Pediatric nurs.**, Pitman, v. 34, n. 2, p. 125-139, 2008.

ARTIETA-PINEDO, I., et al.. Antenatal education and breastfeeding in a cohort of primiparas. **J. adv nurs.**, Oxford, v. 69, n. 7, p. 1607–1617, 2013.

AWANO, M., SHIMADA, K. Development and evaluation of a self-care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. **Int. breastfeed. j.**, London, n. 5, v.9, p. 2-10, 2010.

BAGHURST, H. et al. Breastfeeding self-efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. **Midwifery**, Edinburg, v. 23, p. 382-91, 2007.

BAILEY, C.; PAIN, R. H.; AARVOLD, E. J. A 'give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. **Midwifery**, Edinburg, v. 20, p. 240-50, 2004.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. rev.**, Washington, v. 84, n. 2, p.191-215, 1977a.

BANDURA, A. **Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice Hall. 1977b.

BANDURA, A. A auto-eficácia. **Enciclopédia do comportamento humano**. v. 4, p. 71-81. 1994.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva. Conceitos Básicos**. Porto Alegre: Artmed. 2008.

BAPTISTA, G. H; ANDRADE, A. H. H. K; GIOLO, R. S; Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.25.n.3.p.596-604, 2009.

BARBOSA, M. B. et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.27, n.3, p.272-81. 2009.

BARBOSA, M. B. et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev. nutr.**, Campinas, v.20, n. 1, p. 55-62, 2007.

BEZERRA, V. L. V. A et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev paul pediatr.**, São Paulo, n. 30, v. 2, p. 173-79, 2012.

BLAND, A. D et al. Understanding childhood lead poisoning preventive behaviors: the roles of self-efficacy, subjective norms, and perceived benefits. **Prev med.**, New York, v. 41, n. 1, p. 70-78, 2005.

BLYTH, R. et al. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. **Birth**, Boston, v. 29, n. 4, p. 278-84, 2002.

BLYTH, R. J. et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. **J Hum Lact.**, Charlottesville, n. 20, p. 30–38, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises e Declaração do México**. Brasília, DF, 2001.

_____. **As cartas da promoção de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Editora MS. Brasília, DF, 2002a.

_____. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora MS. Brasília, DF, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise de Situação e Saúde Produção: Núcleo de Comunicação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília. Ministério da Saúde, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços.** Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.** Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança. Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007 a 2010).** Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.920.5 de setembro de 2013.** Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, DF, 2013.

BRITTON, C. et al. Support for breastfeeding mothers. **Cochrane database Syst. rev.**, Oxford, v. 1:CD001141, 2007.

BROUSSELE, A. **Avaliação conceito e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CABRAL, V. L. M.; CAMPESTRINI, S. **Mães desejosas de amamentar enfrentam despreparo profissional**. Palma,TO. Programa de aleitamento materno. 2011.

CAMPOS, A. A. O. et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 21, n. 2, p.161-167, 2011.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 4, p.1088-1095, 2004.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses em Botucatu-São Paulo. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, p. 62-69, 2007.

CASTILHO, S. D. et al.. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.1401-1410, 2010. Sup. 1.

CASEY, D. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. **J. clin. nurs.**, Oxford, 16, 580–592, 2007.

CHAO, W. Self-efficacy toward education technology: the application in Taiwan teacher education. **Journal of education media & library science.**,Taiwan, v. 40, n. 4, p. 409-415 2003.

COCHRANE. **The Cochrane Collaboration. Issues related to the unit of analysis. Cluster randomized trials**. Oxford. Acessado em 29 de outubro de 2013.
<http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/modA2-4.htm>

CYRILLO, D. C. et al.Duas décadas da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes: há motivos para comemorar? **Rev. panam. salud subl.** Washington, v. 25. n.2, p. 213-218, 2009.

DAI, X.; DENNIS, C. L Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Chinese. **J. midwifery womens health.**, New York, v. 48, n. 5, p. 350 – 356, 2003.

DEMILADE, A. et al. Maternal Anxiety and Breastfeeding: Findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. **J hum lact.** Charlottesville, v. 30, p. 102-109, 2014.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 641-54, 2012.

DEMIRTAS, B. Strategies to support breastfeeding: a review. **Int. nur. rev.** Geneve, v. 12, n. 3, p. 474-481, 2012.

DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J. hum. lact.**, Charlottesville, v.15, n.3, p. 195-200, 1999.

DENNIS, C. L; FAUX, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. **Res. nurs. health.**, New York, v. 22, p. 399-409, 1999.

DENNIS, C. L. Breastfeeding Peer Support: Maternal and Volunteer Perceptions from a Randomized Controlled Trial. **Birth.**, Boston, v. 29, n. 32, p. 169-176, 2002a.

DENNIS, C. L. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. **JOGNN**, Philadelphia, v.31, n.1, p. 12-32, 2002b.

DENNIS, C. L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. **JOGNN**, Philadelphia, v. 32, p. 734–744, 2003.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da Breastfeeding Self-efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) em puérperas.** 2008. 102 fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2008.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação.** Tese (Doutorado em Enfermagem). 2011. 158 fl. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 225-30, 2012.

DODT, R. C. M. et al. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a Brazilian sample. **Journal of Nursing Education and Practice**, Alberta, v. 2, v. 3, 2012.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.

DOWLING, S.; BROWN, M. An Exploration of the experiences of mothers. Who breastfeed long-term: What are the issues and why does It matter? **Breastfeed. med.**, New Rochelle, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2013.

DUNN, S. et al. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcomes. **JOGNN**, Philadelphia , v.35, n.1, p. 87-97, 2006.

EIDMAN, K. C. Enhancing Breastfeeding Self-Efficacy through Prenatal Education. **Master of Arts in Nursing Theses**, Sophia, n. 31, p. 1-34, 2011.

ESPÍRITO SANTO, L. C. Políticas em aleitamento materno. In: CARVALHO, R. M.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação Bases Científicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010. p. 277-285.

FEIN, S. B. Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. Editorial. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 181-182, 2009.

FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. saúde pública**, São Paulo, n.41, p. 711-18, 2007.

FERREIRA, L; PARADA, C. M. G. L; CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 20, n.3, p. 265-73, 2007.

FROTA, D. A; MARCOPITO, L. F. Breastfeeding among teenage and adult mothers in Brazil. **Rev saúde pública**, São Paulo, n. 38, p. 85-92, 2004.

GREGORY, A. et al. Psychometric properties of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in an ethnically diverse U.K. sample. **Public health nurs.**, Cambridge, n.25, p. 278–284, 2008.

HUANG, M. Z. Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. **Midwifery**, Edinburg, n. 32, p. 1571-1579, 2007.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

IMDAD, A.; YAKOOB M. Y.; BHUTTA Z. A. Efect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. **BMC Public Health**, London, n. 11, p. 1-8, 2011.

INOUE, M. et al. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. **Int. breastfeed. j.** London, v.7, n. 15, p. 1-15, 2012.

JAGER, E. et al. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. **Midwifery**. Edinburgh, v. 29, p. 506–518, 2013.

JAGER, E. et al. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. **Midwifery**. Edinburgh, 2014.
doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.008i

JOVENTINO, E. S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 176-184, 2011.

KINGSTON, D.; DENNIS, C. L; SWORD, W. Exploring Breast-feeding Self-efficacy. **J perinat. neonatal nurs.**, Frederick MD, v. 21, n. 3, p. 207–215, 2007.

KOMARSSON, K. A. C. et al. Conhecimento das mães sobre o aleitamento materno: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.** Niterói, n. 7, v. 2, 2008.

KU, C. M.; CHOW, S. K. Y. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **J. clin. nurs.**, Oxford, v. 19, p. 2434–2445, 2010.

LARSEN, J. S.; KRONBORG, H. When breastfeeding is unsuccessful – mothers experiences after giving up breastfeeding. **Scand. j. caring sci.**, Stockolm, 2012. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01091

LEONE, C. R; SADECK, L. S. R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 21-6, 2012.

LIMA, T. M.; OSÓRIO, M. M. Breast-feeding: profile and associated factors in children under 25 months of age in Northeast Brazil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, n. 3, p. 305-14, 2003.

LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. M. Breastfeeding promotion and support strategies based on Paulo Freire's epistemological categories. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 26, n.2, p. 125-134, 2013.

LIN, C.H. et al. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. **J. clin. nurs.**, Oxford, n. 17, p. 2838–2845, 2008.

LOKE, A. Y.; CHAN, S. L. Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and the Breastfeeding Behaviors of Newborns in the Practice of Exclusive Breastfeeding. **JOGNN**, Philadelphia, v.00, p. 1-13. 2013.

MATOS, T.A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, n. 63, v. 6, p. 998-1004, 2010.

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. **Res. nurs. health.**, New York, n. 33, p. 111–119, 2010.

McQUEEN, K. A. et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. **JOGNN**, Philadelphia, n. 40, p. 35-46, 2011.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth**, Sydney, v. 23, n. 4, p. 135-145, 2010.

MOSSMAN, M. et al. The Influence of Adolescent Mothers' Breastfeeding Confidence and Attitudes on Breastfeeding Initiation and Duration. **J. hum. lact.**, Charlottesville, v. 24, n.3, p. 268-277, 2008.

NASCIMENTO, V. C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 147-159, 2013.

NICHOLS, J. et al. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. **Health educ behav.**, Thousand Oaks, v 36, n 2, p 250-8, 2009.

NOEL-WEISS, J. et al. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding work shop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. **JOGNN**, Philadelphia, n. 35, p. 616-624, 2006.

OLIVEIRA, M, S, FERNANDES, A. F. C, SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & contexto enferm.**, n. 17, v. 1, p. 115-23, 2008.

ODOM, E. C. et al. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. **Pediatrics**. Evanston, v. 131, n. 3, p. e728-e732, 2014.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 599-608, 2010.

ORÍÁ, M. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIA, M. B. et al. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public health nurs.**, Cambridge, v. 26, n. 6, p. 574–583, 2009.

OTSUKA, K. et al. The relationship between Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. **JOGNN**, Philadelphia, v. 37, p. 546-555, 2008.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. Em: A. Bandura, R. G. Azzi & S. A. J. Polydoro (Orgs.), **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed. 2008. p. 97-114.

POLLARD, D.; GUILL, M. The relationship between baseline self-efficacy and breastfeeding duration. **South Online J Nurs Res**, Wilmington, v. 9, n. 4, 2009.

PAYNE, D.; NICHOLLS, D. A. Managing breastfeeding and work: a Foucauldian secondary analysis. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 66, n. 8, p.1810-1818, 2010.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p.1527-1534, 2003.

PRASOPKITTIKUN, T. et al. Self-Efficacy in Infant Care Scale: development and psychometric testing. **Nurs. health sci.**, Carlton, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2006.

RABELO, L. S. **Promoção da Saúde: desafio ou adaptação? A construção social do conceito de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. 2006. 192f. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em estudos comparados sobre as Américas. 2006.

RABELO, L. S. Promoção e Educação em Saúde: Uma Análise Epistemológica. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, n. 33, v. 3, p. 672 – 687, 2013.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde. Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS**. 7ª. Conferência Municipal de Saúde. Recife. 2005.

RECIFE. Secretaria Municipal de Planejamento. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/infocrec/index.php> Acesso: 15 de junho de 2012.

ROCHA, P. K et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, n. 61, v.1, p. 113-6, 2008.

ROIG, A. O. et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, n. 18, v. 3, 2010.

ROIG, A. O. et al. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. **Int j. nurs. stud.**, Oxford, n. 49, p. 169-173, 2012.

SALVE, J. M; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.22, n.1, p.43-8, 2009.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa**. 4 ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2013.

SCOTT, J. A. et al. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. **Pediatrics.**, Evanston, v. 117, n. 4, p. 646-655, 2006.

SEMENIC. S.; LOISELLE, C.; GOTTLIEB, L. Predictors of the Duration of Exclusive Breastfeeding Among First-Time Mothers. **Res. nurs. health.**, New York, v. 31, p. 428-41, 2008.

SHAHLA, M.; FAHY, K.; KABLE, A. K. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **WOMEN AND BIRTH**, Sydney, v. 23, n.4, p. 135-145, 2010.

SHEEHAN, A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. **Midwifery.**, Edinburg, n. 15, p. 274-282, 1999.

SHEEHAN, A.; SCHMIED, V.; BARCLAY, L. Exploring the Process of Women's Infant Feeding Decisions in the Early Postbirth Period. **Qual. health res.**, Newbury Park, v. 23, n. 7, p. 989-998, 2013.

SILVA, V. M. M. et. al. Conhecimento de puérperas acerca da amamentação: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.** Niterói, v. 8, n. 3, 2009.

SILVA, R. M. R.; MARCOLINO, C. A vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mãe orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. **Online braz. J. nurs.**, Niterói, v.8, n.1, 2009.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios da região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.69-77, 2006.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. validação da escala de auto-eficácia geral percebida. **Rev. univ. rural.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, 2004.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. **JAMA**, Rio de Janeiro, v. 294, p. 2601-10, 2005.

STRASSBURGER, S. Z. et al. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. **J. pediatr.**, St Louis, v.86, n.5, p. 391-399, 2010.

TAKUSHI, S. A. M. et al. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Rev nutr.**, Campinas, v.21, p. 491-502, 2008.

TAVARES, M. C. et al. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. **Online braz. j, nur.**, Niterói, v.9, n.1, p.2-19, 2011.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface-Comu Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.223-38, 2007.

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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2; p. 235-246, 2008.

TORRES, M. M. et al. Translation and validation of the Breastfeeding Self-efficacy Scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **J. human. lact.**, Charlottesville, v. 19, n. 1, p. 35-42, 2003.

UCHOA, J. L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar seu filho**. 2012. 91f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

UCHOA, J. L. et al. Influência de condições de saúde do recém-nascido sobre a autoeficácia materna em amamentar. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 6, n. 8. p. 1798-1804, 2012.

VAN DER BIJL., J. J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. The theory and measurement of the self-efficacy construct. **Sch. inq. nurs. pract.**, New York, v.15, n.3, p.189-207, 2001.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.313-8, 2002.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal:situação atual e avanços. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 317-324. 2010.

XIMENES, L. B. et al. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses de vida. **Esc. Ana Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 377-85, 2010.

WAGNER, E. A. et al. Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. **Pediatrics.**, Evanston, v.132, n.4, p. e865-e875,

WARKENTIN, S. et al. Duração e determinantes do aleitamento materno exclusivo entre crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 259-69, 2013.

WILHELM, S. I. et al. Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. **Appl. nurs. res.**, Philadelphia, v. 21, p. 123-130, 2008.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion. Ontario:** Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, and the World Health Organization. 1986.

WHO. The World Health Report 1998. Life in the 21st Century – A Vision for All.

WHO, Geneva. 241p. WHO. Commission on Social Determinants of Health. (1998). Disponível > http://www.who.int/social_determinants/the_commission/finalreport/en/index

WU D. S., et al. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. **J. adv nurs.**, Oxford, 2014. doi: 10.1111/jan.12349

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. **Int j. nurs. stud.**, Oxford, n. 44, p. 1439–1446, 2007.

APÊNDICES

Apêndice A

Formulário I

FORMULÁRIO I - DADOS SOCIOECONÔMICOS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
PARTE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Identificação: _____	Código: _____
Endereço: _____	
Telefones: _____	
USB: _____	Horário p/ contato telefônico: _____
Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0(zero)	
1. Idade: _____	1. _____
2. Recebe bolsa família ou equivalente? 1-sim 2- não	2. _____
3. Estado civil 1- casada 2- união consensual 3- solteira 4 – separada 5- viúva	3. _____
4. Ocupação 1- estudante 2- dona de casa 3-desempregada 4-carteira assinada 5- outra (especificar): _____	4. _____
5. Horas que passa fora do lar 1- vinte e quatro 2- doze 3- seis 4 – quatro 5 – outra (especificar): _____	5. _____
6. Escolaridade em anos: _____	6. _____
7. Renda familiar: R\$ _____	7. _____
8. Bens de consumo: 1-Geladeira 2- Rádio 3- TV 4- Computador 5-Máquina de lavar roupa 7- automóvel	8. _____
8. Fuma(ou) 1- sim 2-não 3-ex-fumante 4- fumante passiva	8. _____
9. Número de cigarros por dia: _____	9. _____
Nas perguntas abaixo responda: 1-não 2- deixei devido a gravidez 3- frequentemente 4-nos finais de semana 4-raramente	
10. Bebida alcoólica: _____	10. _____
11. Medicação controlada: 1-Sim 2- Não	11. _____
12. Drogas ilícitas: 1-Sim 2- Não	12. _____
PARTE B - ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS	
13. Gestação anterior: _____	13. _____
14. Número de partos: _____	14. _____
15. Alguém que você conhece já deu de mamar? 1-sim 2- não	15. _____
16. Você mamou quando criança? 1-sim 2-não3- desconhece	16. _____
Se a participante for primípara ir para PARTE C do formulário	
17. Seus filhos mamaram? 1-sim 2-não	17. _____
18. Tempo de amamentação exclusiva: (maior tempo) _____ano(s) _____mês(es) _____dias	18. _____
19. Qual foi o principal motivo para amamentar? (marcar apenas uma resposta) 1-prático/fácil 2- sem despesa/gastos 3- satisfação p/ amamentar 4-profissionais convenceram 5-familiares convenceram 6- protege contra doenças 7-obrigação materna 7- ficar perto do filho 8-outro (especificar) _____	19. _____
20. Qual foi o principal motivo para desmamar precocemente? (marcar apenas uma resposta) 1-pouco leite 2- choro do bebê 3-leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3-doença do RN 4- cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6-doença materna 7-vergonha de amamentar em público 8-marido prefere mingau/outro leite 9- insistência da mãe/sogra/outro familiar 10-engasgo do bebê 11-consome muito tempo 12- bebê não ganha peso 13-depressão 14-bebê não pega a mama 15-ansiedade/medo 16-falta de apoio 17-atrapalha a relação sexual 18-estética das mamas 19-bebê sempre com fome 20-ingurgitamento mamário 21-dor/fissura mamilar 22-mastite 23-retorno ao trabalho 24-amamentar prende a mãe em casa 25- outro: _____	20. _____
PARTE C - DADOS SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL	
21. Idade gestacional em semanas: _____	21. _____
22. Pensa em amamentar o bebê? 1-sim 2- não 3- ainda não decidiu	22. _____
23. Por que não quer amamentá-lo? Motivo(s): _____	23. _____
24. Recebeu orientações sobre amamentação durante esta gestação? 1-sim 2- não	24. _____
25. Sem sim quem orientou? _____	25. _____
26. Já tem o kit de mameiras no enxoval do bebê? 1-Sim 2-não	26. _____
PARTE C - ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA GESTANTE	
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____ 11: _____	
12: _____ 13: _____ 14: _____	

Apêndice B

Formulário II

FORMULÁRIO II - HISTÓRIA DO PARTO/NASCIMENTO/PUEPÉRIO	
PARTE A – HISTÓRIA DO PARTO E DA AMAMENTAÇÃO/ALIMENTAÇÃO DO RN	
Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0(zero)	
Código da participante: _____	
27. Tipo de parto 1-normal 2- cesárea 3-fórceps	27.____
28. Local do parto 1-hospital público 2-hospital privado 3-em casa 4-outro	28.____
29. Você planejou amamentar na sala de parto? 1-sim 2- não	29.____
30. A criança mamou nos primeiros 30 minutos de vida? 1-sim 2- não	30.____
31. Onde a criança foi amamentada pela primeira vez? 1-sala de parto 2- alojamento conjunto 3-não amamentou	31.____
32. O RN precisou ficar na incubadora/UTI? 1-sim 2- não (se não ir para a pergunta 36)	32.____
33. Quanto tempo o bebê ficou na incubadora/UTI? ____ horas ____ dias	33.____
34. Enquanto o bebê estava na incubadora/UTI você ordenhou/tirou seu leite para dar a ele(a)? 1-sim 2- não	34. ____
35. Enquanto o bebê teve alta da incubadora/UTI, ainda no hospital, como foi a pega? 1-ótima/pegou logo o peito 2-estranhou um pouco mais pegou 3-ficou irritado e deram a ele leite artificial 4-outro _____	35.____
36. Ao nascer o bebê foi para o alojamento conjunto? 1-sim 2-não	36.____
37. Usou chupeta na maternidade? 1-sim 2-não	37.____
38. Usou mamadeira/chuquinha no hospital? 1-sim 2-não	38.____
39. Usou leite artificial na maternidade? 1-sim 2-não	39.____
40. Recebeu orientações sobre amamentação na maternidade? 1-sim 2- não	40.____
41. Quem a orientou? 1-enfermeiro 2- médico 3-outro _____	41.____
42. Intercorrência clínica no ? 1-sim 2- não	42.____
43. Se sim, qual intercorrência? 1-hemorragia 2-pressão alta 3-infecção 4-outro _____	43.____
44. Qual a sua situação profissional hoje? 1-trabalhando 2-licença maternidade 3- dona de casa 4-outro: _____	44.____
45. Teve dificuldade para amamentar na maternidade? 1-sim 2- não	45.____
46. Qual foi a dificuldade? _____	46.____
47. Alguém a ajudou? 1-sim 2- não	47.____
48. Quem a ajudou? _____	48.____
49. Superou a dificuldade antes da alta? 1-sim 2- não	49.____
50. A criança teve alta se alimentando de que? 1-AME 2-aleitamento misto 3-leite artificial	50.____
51. Você amamentou seu filho na primeira semana de vida? 1-sim 2- não	51.____
52. Você teve dificuldade em amamentar seu filho na primeira semana de vida? 1-sim 2- não	52.____
53. Qual foi a dificuldade em amamentar na primeira semana de vida? _____	53.____
PARTE B- DADOS DO NASCIMENTO DO BEBÊ (as questões de número 54 a 60 serão informadas pelo cartão da criança)	
54. Peso _____ gramas	54.____
55. Perímetro cefálico _____ cm	55.____
56. Comprimento _____ cm	56.____
57. Apgar no 1º minuto _____	57.____
58. Apgar no 5º minuto _____	58.____
59. Sexo do RN 1. Feminino 2.Masculino	59.____
60. Idade gestacional (Capurro): _____	60.____
61. O bebê tem algum problema de saúde que dificulte a amamentação? 1-sim 2- não	61.____
PARTE C - ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA	
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____ 11: _____ 12: _____	
13: _____ 14: _____	

Apêndice C

Formulário III

FORMULÁRIO III - HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO E DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA				
Obs: Onde a informação não se aplica colocar 0(zero)				
Código da participante:				
Nome da criança:				
ALIMENTAÇÃO		2 sem.	4 sem.	8 sem.
Aleitamento materno: 1- aleitamento materno exclusivo 2- misto 3- artificial		61.____	87.____	113.____
Número de mamadas por dia: 1- menos de oito mamadas 2- oito ou mais mamadas		62.____	88.____	114.____
Você está satisfeita com a amamentação? 1-sim 2-não		63.____	89.____	115.____
Qual outro alimento a criança recebeu nas últimas 24h? (pode ser assinalado mais de um) 1-água 2-chá 3-fórmula infantil 4-leite de vaca integral 5-mingau 6-suco 7-fruta amassada/raspada 8-purê de legumes 9-danone/iogurte 10-outros		64.____	90.____	116.____
O bebê usa chupeta? 1-sim 2-não		65.____	91.____	117.____
Quando começou usar a chupeta deixou de mamar? 1-sim 2-não		66.____	92.____	118.____
O bebê usa mamadeira? 1-sim 2-não		67.____	93.____	119.____
Quando começou usar a mamadeira deixou de mamar? 1-sim 2-não		68.____	94.____	120.____
Qual foi o principal motivo para amamentar? (marcar apenas uma resposta) 1-prático/fácil 2- sem despesa/gastos 3- satisfação p/ amamentar 4-profissionais convenceram 5-familiares convenceram 6- protege contra doenças 7-obrigação materna 7- ficar perto do filho 8-outro (especificar)		69.____	95.____	121.____
Como o bebê se comporta na hora de mamar? 1- aceita bem a mama 2- fica irritado na hora de pegar a mama		70.____	96.____	122.____
Quantas horas você fica em casa? _____ horas		71.____	97.____	123.____
Desde que voltaram da maternidade você e o bebê já receberam visita domiciliar? 1-sim 2-não		72.____	98.____	124.____
Quem fez a visita domiciliar? 1-enfermeiro 2-médico 3-ACS Outro: _____		73.____	99.____	125.____
O bebê já foi para a consulta da puericultura? 1-sim 2- não		74.____	100.____	126.____
O bebê está ganhando peso? 1-sim 2-não 3- não foi informada 4-não foi pesada		75.____	101.____	127.____
A criança adoeceu? 1-sim 2-não		76.____	102.____	128.____
Qual foi o problema? 1-diarreia 2-problema respiratório 3-problema de pele 4-febre 5-icterícia 6-outro		77.____	103.____	129.____
Qual foi o principal motivo para desmamar precocemente? (marcar apenas uma resposta) 1-pouco leite 2- choro do bebê 3-leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3-doença do RN 4- cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6-doença materna 7-vergonha de amamentar em público 8-marido prefere mingau/outro leite 9- insistência da mãe/sogra/outro familiar 10-engasgo do bebê 11-consome muito tempo 12- bebê não ganha peso 13-depressão 14-bebê não pega a mama 15-ansiedade/medo 16-falta de apoio 17-atrapalha a relação sexual 18-estética das mamas 19-bebê sempre com fome 20-ingurgitamento mamário 21-dor/fissura mamilar 22-mastite 23-retorno ao trabalho 24-amamentar prende a mãe em casa 25-outro:		78.____	104.____	130.____
A ideia de dar leite artificial/mingau para o bebê foi: (marcar apenas um) 1-decisão própria 2-marido 3-mãe da nutriz 4-sogra 5-amigas 6-enfermeiro 7-médico 8 outros		79.____	105.____	131.____
Por quanto tempo o bebê mamou exclusivamente? _____ dias		80.____	106.____	132.____
Há quantos dias o bebê recebe água/chá/suco? _____ dias		81.____	107.____	133.____
Há quantos dias o bebê recebe outro leite? _____ dias		82.____	108.____	134.____
Há quantos dias o bebê recebe outro alimento (fruta, purê, danone)? _____ dias		83.____	109.____	135.____
Com quantos dias de vida a criança recebeu mamadeira? _____		84.____	110.____	136.____
Com quantos dias de vida a criança recebeu chupeta? _____		85.____	111.____	137.____
Retornou ao trabalho? 1-sim 2-não		86.____	112.____	138.____
ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA NA 2ª SEMANA				
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____ 11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____				
ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA NA 4ª SEMANA				
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____ 11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____				
ESCORES DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA PUÉRPERA NA 8ª SEMANA				
1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____ 9: _____ 10: _____ 11: _____ 12: _____ 13: _____ 14: _____				

Apêndice D

Procedimento operacional padrão escala de autoeficácia na amamentação – forma abreviada

A avaliação da autoeficácia materna para amamentar será realizada pela aplicação da escala *Breastfeeding Self-Efficacy – Short Form* validada por Dодt (2010). Cada item da escala foi mensurado pelas notas atribuídas pelas mulheres, tanto do grupo controle como do grupo de intervenção, a valoração de cada item pode variar de 1 a 5 pontos.

Antes da aplicação da escala oriente a participante sobre como ela deve preencher o instrumento, bem como informe o significado dos extremos da escala, por exemplo, o número 5 significa que ela está segura, ao contrário o número 1 indica que tem muita dificuldade naquele item, é fundamental que o pesquisador ou o auxiliar de pesquisador diga a cada mulher que **“não existem respostas certas ou erradas”**.

Durante a entrevista as dúvidas em relação ao conteúdo dos itens da escala poderão ser esclarecidas, as sugestões estão descritas abaixo:

- 1. *Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente*** - (você sempre tem segurança em relação à satisfação do bebê)
- 2. *Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).*** – (você sempre lida com a amamentação da mesma forma que encara outros desafios)
- 3. *Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.*** (você sempre oferece o leite do peito sem dar outro leite para o bebê)
- 4. *Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.*** (você sempre reconhece quando ela pega bem o peito)
- 5. *Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.*** (você sempre se sente bem ao amamentar)
- 6. *Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.*** (você sempre consegue amamentar o bebe mesmo quando ele está chorando)
- 7. *Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.*** (você sempre se sente vontade/desejo em todas as situações de continuar amamentando seu bebê)

8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família. (você sempre amamenta com tranquilidade na frente das pessoas da família)

9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (você está satisfeita com a amamentação)

10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar). (você sempre se sente bem em amamentar mesmo que a amamentação consuma seu tempo)

11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro. (você sempre se sente segura trocar as mamas durante a amamentação)

12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada). (você sempre oferece o peito a cada vez que alimenta o bebê)

13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê). (você sempre consegue amamentar e satisfazer suas necessidades)

14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada. (você sempre se sente segura sobre quando o bebê não quer mais mamar)

Apêndice E

Procedimento operacional para aplicação dos formulários I, II e III

Formulário I

A coleta das informações das variáveis que compõe as partes A e B do formulário I será feita através de entrevista com a gestante. Em seguida ocorrerá a avaliação da autoeficácia para amamentar pela aplicação **da escala de autoeficácia na amamentação – forma abreviada (BSES-SF)** nos grupos controle e intervenção, parte C, antes da intervenção educativa para o grupo de intervenção e da consulta de rotina para o grupo controle.

A própria gestante deverá responder a escala, se houver dificuldade na compreensão dos itens o pesquisador ou o auxiliar de pesquisa seguirá as recomendações do Procedimento Operacional Padrão (POP) para a mesma. Após a aplicação da escala os escores de cada item deverão ser transcritos para o formulário.

A aplicação da segunda avaliação da autoeficácia para amamentar ocorrerá após duas semanas do nascimento do bebê tanto para o grupo controle quanto para o grupo de intervenção.

Formulário II

A aplicação deste formulário se dará ao término da 2ª semana de vida do RN quando o binômio mãe/filho estiver no domicílio. A coleta das informações das variáveis da parte A do formulário se dará pelas informações da puérpera; para as variáveis da parte B a puérpera será orientada a consultar a caderneta da criança.

Ao término da entrevista deverá ser aplicada a **escala de autoeficácia na amamentação – forma abreviada** agora para avaliar a autoeficácia materna para amamentar no puerpério (parte B); a mesma deverá ser respondida pela própria puérpera. O pesquisador ou o auxiliar de pesquisa seguirão as orientações contidas no POP para a referida escala. Após a aplicação da mesma os escores de cada item também deverão ser transcritos para o formulário.

Formulário III

A primeira aplicação deste formulário também se deu na 2ª semana de vida da criança, sendo a mesma repetida na 4ª e na 8ª semana. Todas as informações das variáveis serão fornecidas pela mãe do bebê.

As seguintes definições do Ministério da Saúde serão utilizadas como parâmetros na mensuração do tipo de aleitamento: a) **aleitamento materno exclusivo**: quando a criança recebe apenas leite humano diretamente da mama ou ordenhando, é permitida a ingestão de xaropes ou suspensão de medicamentos; b) **aleitamento materno predominante**: a criança recebe leite materno, água, chás ou sucos de frutas; c) **aleitamento materno**: é oferecido ao bebê o leite materno complementado com outro alimento sólido ou líquido; d) **aleitamento artificial**: a criança recebe apenas leite artificial (fórmula infantil, leite de vaca ou cabra em pó ou *in natura*) (BRASIL, 2002).

Apêndice F

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido a Sr^a para participar, como voluntária, da pesquisa **“Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Marly Javorski**, que poderá ser encontrada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Anexo A do Hospital das Clínicas da UFPE, Cidade Universitária, CEP: 50670-901, Telefone: 2126 3661; 2126 8543. A pesquisa será orientada pela **Professora Dr^a Lorena Barbosa Ximenes**.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa tem como objetivo prepará-la para a prática da amamentação por meio de orientações sobre o aleitamento materno e acompanhá-la nos primeiros dois meses depois do parto para verificar como você alimentou seu filho neste período. As orientações sobre a amamentação serão fornecidas pela enfermeira responsável pelo seu pré-natal e pela pesquisadora.

A senhora participará pessoalmente da primeira entrevista com a própria pesquisadora. Serão marcadas outras 3 entrevistas as quais serão feitas por telefone. As entrevistas serão realizadas na 2^a, 4^a e 8^a semana após o nascimento de seu filho, em horário previamente estabelecido com a senhora.

As entrevistas por telefone serão feitas por um auxiliar de pesquisa e não lhe trarão nenhum custo. Cada entrevista durará em média de 15 a 20 minutos, a senhora dará informações sobre: a sua segurança para amamentar, as condições da sua gestação, do parto e nascimento, da amamentação e alimentação de seu filho. O tempo de participação nesta pesquisa será de dois meses.

Os benefícios para a senhora serão as orientações que receberá sobre o aleitamento materno e a possibilidade de amamentar o seu filho com mais segurança. Os riscos de sua participação na pesquisa podem ser o constrangimento ao responder algumas perguntas e talvez o cansaço e desconforto durante as entrevistas.

Tem a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para a realização deste estudo. A qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados a pesquisa, inclusive para

esclarecer qualquer dúvida que possa ter. Os dados serão guardados por 10 anos em computador pessoal sob a responsabilidade da própria pesquisadora.

Os dados do estudo serão codificados e, portanto sua identidade não será revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou revistas científicas. A participação neste estudo não lhe trará nenhuma despesa, nem prejuízo à sua saúde.

A senhora tem o direito de sair da pesquisa, retirando este termo de consentimento, em qualquer momento, se assim desejar sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**

(Marly Javorski – pesquisadora responsável)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____

Nome participante _____

Assinatura do participante _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

TESTEMUNHAS

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Capacitação da pesquisadora com a aplicação da BSES-SF e com o álbum seriado na MEAC. Agosto - 2012.



ANEXOS

Anexo A

Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form

Escala de autoeficácia na amamentação – forma abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta 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

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 as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar 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 a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre amamento 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 minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

Anexo B

Parecer consubstanciado do CEP

Anexo C

Fichas roteiro: verso do álbum seriado

“EU POSSO AMAMENTAR MEU FILHO” (DODT, *et al.*, 2012)



FICHA TÉCNICA

Organização
Msc. Regina Cláudia Melo Dodt - Enfermeira

Colaboração
Drª. Lorena Barbosa Ximenes – Enfermeira

Ilustração/Diagramação
Damásio Neto

APOIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Assuntos Acadêmicos
Instituto de Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Lab Com SAUDE

Anexo D

Fichas roteiro: Anverso do álbum seriado

“EU POSSO AMAMENTAR MEU FILHO” (DODT, *et al.*, 2012)

Ficha
Roteiro
01

EU SEMPRE SINTO QUANDO O MEU BEBÊ ESTÁ MAMANDO O SUFICIENTE.

Perguntar:

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

Na sua opinião como essa mãe deve estar se sentindo?

E o bebê? Parece satisfeito?

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

Enfocar na perspectiva de que:

Livre demanda: deixar o bebê mamar quando quiser e

pelo tempo que quiser. Crianças que utilizam a livre demanda, desde o nascimento, perdem menos peso do que aquelas amamentadas apenas em horários determinados.

Deve ser satisfatório e prazeroso para mãe e filho.

Amamentar não é doloroso; a dor indica posicionamento incorreto.

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

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

Ficha
Roteiro
02

EU SEMPRE AMAMENTO MEU BEBÊ EM UM PEITO E DEPOIS MUDO PARA O OUTRO.

DEIXAR A CRIANÇA TERMINAR DE SUGAR A PRIMEIRA MAMA ANTES DE OFERECER A OUTRA.

Perguntar:

O que vocês estão vendo na figura?

Você oferece as duas mamas?

Em que momento você faz a troca do peito?

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

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

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

começar pela mama que o bebê mamou por último.

- Crianças maiores podem querer sugar nas duas mamas em todas as mamadas. As menores podem ficar satisfeitas após sugar apenas uma, ou, então, podem sugar pouco leite da segunda. Muitas mães e crianças têm um lado "favorito". Entretanto, se a criança sugar mais de um lado que do outro, o lado "abandonado" poderá ficar ingurgitado ou parar de produzir leite.

- A mama "favorita" poderá ficar maior. A criança pode, com frequência, obter leite suficiente apenas de uma mama. Mas, normalmente é melhor usar ambas as mamas.

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

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

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

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

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

AVALIANDO O COMPORTAMENTO DO FILHO
Aceitando o peito

Recusando mamadeira
Mamando e sugando bem
Filho mamando bastante
Regurgitando
Arrotando (eructações)

Ficando satisfeito

Criança ficando satisfeita
Percebendo que o bebê dorme bem
Observando que a criança é tranquila, quase não chora.

AVALIANDO A SAÚDE DO FILHO

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

A amamentação está indo bem quando:

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

**Ficha
Roteiro
04**
EU SEMPRE POSSO AMAMENTAR MESMO SE O MEU BEBÊ ESTIVER CHORANDO.
Perguntar:

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

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

Enfocar o seguinte aspecto:

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

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

RECOMENDA-SE:

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

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

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

Ficha Roteiro 05
EU SEMPRE LIDO COM AMAMENTAÇÃO COM SUCESSO, DA MESMA FORMA QUE EU LIDO COM OUTROS DESAFIOS. (SUPERA COM SUCESSO A AMAMENTAÇÃO E AS DEMAIS SITUAÇÕES DA VIDA).
Perguntar:

Quais as atividades que Maria está realizando?
 Você também realiza várias atividades em seu dia a dia?
 Como organiza seu tempo?
 Como se deve lidar com as atividades diárias e a amamentação?

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

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

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

Ficha Roteiro 06
EU SEMPRE POSSO DAR DE MAMAR CONFORTAVELMENTE NA FRENTE DE PESSOAS DA MINHA FAMÍLIA.
Perguntar:

Como ela está se sentindo com a presença da família?
 E você? Como se sente quando amamenta diante de outras pessoas?

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

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

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

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

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

Ficha Roteiro 07
EU SEMPRE POSSO AMAMENTAR MEU FILHO ATÉ OS 6(SEIS) MESES.
Perguntar:

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

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

De que forma amamentar seu bebê satisfaz você?

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

ANEXO E

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está **CONFIANTE** ou **SEGURA** em amamentar o seu bebê. **Por favor, olhe a escala e informe o número mais próximo de como você se sente hoje (nesta entrevista). LEMBRE-SE: não existe uma resposta certa ou errada - USE ESTA ESCALA COMO GUIA PARA RESPONDER AS PERGUNTAS DURANTES AS ENTREVISTAS POR TELEFONE.**

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

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

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

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

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

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

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

 7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.

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

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

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

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

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

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