



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

**HILANA DAYANA DODOU**

**PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO A PARTIR DE UMA INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA DE LONGA DURAÇÃO MEDIADA POR TELEFONE: ENSAIO  
CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO**

**FORTALEZA**

**2017**

HILANA DAYANA DODOU

PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO A PARTIR DE UMA INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA DE LONGA DURAÇÃO MEDIADA POR TELEFONE: ENSAIO  
CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde  
Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

**Orientador:** Prof<sup>a</sup> Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá

FORTALEZA

2017

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)

---

D867p Dodou, Hilana Dayana.  
Promoção do aleitamento materno a partir de uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone : ensaio clínico randomizado controlado / Hilana Dayana Dodou. – 2017.  
251 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

1. Aleitamento materno. 2. Autoeficácia. 3. Enfermagem. 4. Educação em saúde. 5. Telefone. I. Título.

CDD 610.73

---

HILANA DAYANA DODOU

PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO A PARTIR DE UMA INTERVENÇÃO  
EDUCATIVA DE LONGA DURAÇÃO MEDIADA POR TELEFONE: ENSAIO  
CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde  
Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro 1º membro  
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (USP)

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

Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos 3º membro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes 4º membro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará (UECE) – 1º Suplente

Prof. Dra. Anne Fayma Lopes Chaves  
Estácio FIC (FIC) - 2º Suplente

## AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus pela dádiva da vida e por ter guiado os meus caminhos até aqui, nada seria possível sem a Tua presença na minha vida. A Tua palavra e o Teu eterno amor é que me dão forças.

Aos meus queridos e amados pais Józse Hiderval e Izolania Leite por todo cuidado, amor e educação que me concederam. Tudo que alcancei até hoje e a pessoa que me tornei é fruto do árduo esforço e dedicação que fizeram pelos meus estudos e pela minha criação. Vocês são a minha base, as pessoas que me inspiram e que me fazem querer ser alguém sempre melhor.

Aos meus irmãos Valéria Dodou e David Dodou por toda confiança que sempre me transmitiram, pela ajuda, força, companheirismo e momentos de alegrias que compartilhamos juntos. Obrigada irmã por ouvir os meus desabafos acerca da tese e pela ajuda nessa etapa final. Vocês são presentes de Deus na minha vida!

Ao meu amado noivo José Ferreira por tornar os meus dias mais felizes e leves ao seu lado. Por todo companheirismo, amizade e amor que construímos juntos. Obrigada por sempre me apoiar, por sempre me acalmar com a sua paciência, com as suas palavras. Você foi essencial na conclusão desta etapa, pois sempre me fez sentir capaz.

A todos os meus familiares e amigos que me deram forças para chegar até aqui, por sempre torcerem pelo meu sucesso e por todo amor que me transmitem.

À minha querida orientadora Mônica Oriá por ter me acolhido tão bem na UFC, pelos desafios que me lançou e que contribuíram para a minha evolução profissional. Obrigada por todos os ensinamentos, pelas palavras sábias e por todo carinho com que sempre me trataste. O seu grande potencial me inspira.

À professora Dafne Paiva por me acompanhar desde o início da minha caminhada acadêmica na UECE. Hoje finalizo mais uma etapa dessa caminhada que iniciei ao entrar no PET. Obrigada por ter confiado no meu potencial ao longo desses nove anos, pela disposição para sempre me orientar, por todos os ensinamentos

compartilhados e por todo carinho e doçura que sempre teve comigo. A senhora foi essencial para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

À professora Camila Vasconcelos pelo grande apoio nessa fase final, pela enorme contribuição na análise dos dados desta pesquisa. A sua ajuda foi fundamental para a finalização deste trabalho.

Aos professores Paulo César e Lorena Ximenes por todas as contribuições desde o meu projeto de qualificação. Obrigada por sempre estarem disponíveis e abertos a ajudar.

À professora Juliana Cristina por ter aceitado tão prontamente o convite para a minha defesa, pela disponibilidade e contribuições para este trabalho.

Às minhas queridas colegas do NEPPSS, Monique Teles, Bárbara Brandão, e Maria de Fátima por toda ajuda na coleta de dados e por ter encarado esse desafio junto a mim.

Às minhas colegas Lívia Damasceno e Anne Fayma por estarem juntas comigo nessa caminhada há algum tempo e por toda contribuição nesta pesquisa. Obrigada pelos desabafos, ensinamentos, e por todo apoio e incentivo!

A todos os professores e funcionários que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Obrigada pela acolhida, a excelência deste programa é fruto da competência de todos vocês.

Às mulheres que aceitaram participar desse estudo, obrigada pela disponibilidade e pela confiança depositada em mim para realizar esta pesquisa. Espero ter contribuído de alguma forma com o meu cuidado a vocês.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro e científico para a realização desta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que, embora não mencionados, contribuíram de alguma maneira para que este sonho pudesse ser realizado.

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar os efeitos de uma intervenção educativa de longa duração, mediada por telefone, sobre a autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação até o sexto mês de vida da criança. Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado Controlado no qual o Grupo Controle (GC) recebeu o cuidado padrão (cuidados fornecidos pela rotina hospitalar) e o Grupo Intervenção (GI) recebeu o cuidado padrão e a intervenção educativa. A intervenção educativa foi pautada no referencial da autoeficácia para amamentar e em outras literaturas pertinentes ao assunto, utilizando a entrevista motivacional aos 7, 30, 90 e 150 dias pós-parto. O estudo foi desenvolvido no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana em Fortaleza-CE entre outubro/2016 e julho/2017 envolvendo 240 mulheres (GC=120 e GI=120). Foi desenvolvido em três fases: 1. Linha de Base; 2. Intervenção; 3. Avaliação dos desfechos aos 60, 120 e 180 dias pós-parto. A análise comparativa das variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado e teste exato de Fisher e das variáveis numéricas pelo teste U de Mann-Whitney. Ademais se utilizou o coeficiente de Spearman para correlacionar os dados sociodemográficos, obstétricos, escores de autoeficácia com a duração do AM e do AME. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob protocolo 42495114.4.0000.5054. Os grupos eram homogêneos ( $p > 0,05$ ), com exceção das horas fora do lar ( $p = 0,019$ ). Na avaliação intergrupo evidenciou-se que o GC apesar de ter iniciado com mediana maior de escores da autoeficácia, os manteve constantes ao longo das avaliações de desfecho; já o GI aumentou a mediana de escores aos 60 ( $p < 0,001$ ), 120 ( $p < 0,001$ ) e 180 dias ( $p = 0,001$ ). Em relação às taxas de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AME) percebeu-se que tanto aos 60 ( $p < 0,001$ ) como aos 120 dias ( $p = 0,001$ ) o GI apresentou taxas mais elevadas de AM do que o GC, e aos 180 dias o GI apresentou taxas de AM ( $p = 0,012$ ) e de AME ( $p = 0,005$ ) superiores ao GC. Quanto à duração do AM, o GI amamentou por mais tempo (AM,  $p < 0,001$ ; AME,  $p < 0,001$ ) do que o GC. Os escores de autoeficácia aos 60 e 120 dias apresentaram correlação positiva com a duração do AM e do AME, enquanto os escores aos 180 dias só tiveram correlação com a duração do AME, o que evidencia a influência da autoeficácia na duração e exclusividade do AM. Dentre os fatores relacionados com a menor duração do AM estão a prática de exercício físico e o retorno da mulher ao trabalho e/ou estudos aos dois e quatro meses. Já os fatores relacionados com a interrupção do AME foram não receber visita domiciliar, falta de orientação acerca do AM e retorno ao trabalho e/ou estudo aos quatro meses. O Número necessário para tratar (NNT) foi de 8 mulheres, o que justifica a escolha da intervenção, uma vez que é necessário acompanhar um pequeno número de mulheres para evitar que uma interrompa o AM. Diante disso, os dados evidenciaram que uma intervenção educativa de longa duração centrada nos princípios da autoeficácia e com uso da abordagem da entrevista motivacional, mediada por telefone, é eficaz para elevar a autoeficácia materna para amamentar, as taxas e a duração do AM e de AME. Evidenciou-se que o telefone é uma tecnologia viável para ser utilizada como suporte para práticas educativas. Além disso, o uso de uma intervenção que trabalha a confiança materna e a motivação das mães para amamentar contribui para melhorar as taxas de aleitamento materno.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Autoeficácia; Enfermagem; Educação em Saúde; Estudos de Intervenção; Telefone; Entrevista Motivacional.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the effects of a long-term telephone educational intervention on the self-efficacy, duration and exclusivity of breastfeeding up to the sixth month of the child's life. It is a Controlled Randomized Clinical Trial in which two groups were evaluated: Control Group (CG) that received standard care (care provided by the hospital routine) and the Intervention Group (IG), which received standard care and educational intervention. The educational intervention was supported by the breastfeeding self-efficacy framework and other relevant literature on the subject, using the motivational interviewing approach. Study developed at Gonzaga Mota de Messejana District Hospital in Fortaleza-CE between October/2016 and July/2017 with a sample of 240 women (CG=120 and IG=120). The study was developed in three phases: 1. Baseline; 2. Intervention (at 7, 30, 90 and 150 days postpartum); 3. Evaluation of the outcomes (at 60, 120 and 180 days postpartum). In the statistical analysis, the chi-square test and Fisher's exact test were used to compare the categorical variables and the Mann-Whitney U test to compare the numerical variables. Spearman's coefficient was used to correlate sociodemographic, obstetric and self-efficacy scores with the duration and exclusivity of breastfeeding. The research was approved by the Ethics and Research Committee under protocol 42495114.4.0000.5054 and registered in the Brazilian Registry of Clinical Trials (ReBEC) platform. The sample was homogeneous ( $p > 0.05$ ), except for hours outside the home ( $p = 0.019$ ). In the intergroup assessment of self-efficacy, it was evident that the CG, despite having started with a higher median score, maintained these scores throughout the outcome evaluations, whereas the IG presented median scores higher than the CG with 60 ( $p = 0.000$ ), 120 ( $p = 0.000$ ) and 180 days ( $p = 0.000$ ). Regarding the rates of BF and EBF, it was observed that at 60 ( $p = 0.000$ ) and 120 days ( $p = 0.001$ ) the IG had higher BF rates than the CG, and at 180 days IG presented BF ( $p = 0.012$ ) and EBF ( $p = 0.005$ ) higher than CG. In the intergroup evaluation of the BF duration, IG had a final duration of BF ( $p = 0.000$ ) and EBF ( $p = 0.000$ ) higher than CG. The self-efficacy scores of 60 and 120-day women showed a positive correlation with duration of BF and EBF, while the 180-day scores correlated only with the EBF duration. Among the factors related to the shorter duration of BF are the practice of physical exercise and the return of women to work and / or studies at two and four months. The factors related to the interruption of EBF were not receiving a home visit, lack of orientation about the BF and return to work and / or study at four months. The number needed to treat (NNT) was 8 women, which justifies the choice of the intervention, since it is necessary to follow a small number of women to avoid that one interrupts the BF. Thus, the data showed that a long-term educational intervention focused on the self-efficacy assumptions and using the telephone-mediated motivational interview approach is effective in increasing maternal self-efficacy for breastfeeding, rates and duration of BF and EBF. It has been shown that the telephone is a viable technology to be used as support for educational practices. In addition, the use of an intervention that works on maternal trust and the mother's motivation to breastfeed contributes to improving breastfeeding rates

**Keywords:** Nursing; Breastfeeding; Self Efficacy; Health Education; Clinical Trial; Telephone; Motivational Interviewing.



## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 -	Representação gráfica das etapas de coleta de dados. Fortaleza-CE. Outubro/2016 a Julho/2017.....	91
Figura 2 -	Esquema das etapas de coleta de dados de acordo com os meses do estudo. Fortaleza-CE. Outubro/2016 a Julho/2017.....	92
Figura 3 -	Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza, CE. Outubro de 2016 a Junho de 2017.....	106

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Comparação intergrupo da mediana dos escores de autoeficácia em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	115
Gráfico 2 -	Porcentagem de mulheres em aleitamento materno entre os grupos com 60, 120 e 180 dias pós-parto. Fortaleza-CE, 2017.....	119
Gráfico 3 -	Porcentagem de mulheres em aleitamento materno exclusivo entre os grupos com o decorrer do tempo. Fortaleza-CE, 2017.....	121
Gráfico 4 -	Duração do AME entre os grupos com o decorrer do tempo. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	124

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Medline, Scopus e Cochrane de acordo com os critérios de inclusão e exclusão propostos. Fortaleza-CE, 2016.....	43
Quadro 2 -	Caracterização dos artigos de pesquisa selecionados nas bases de dados SCOPUS, Cochrane e PUBMED. Fortaleza-CE, 2016.....	44
Quadro 3 -	Caracterização dos estudos de acordo com os aspectos metodológicos. Fortaleza-CE, 2016.....	46
Quadro 4 -	Intervenções por telefone para promoção do aleitamento materno. Fortaleza-CE, 2016.....	50
Quadro 5 -	Efeitos das intervenções educativas por telefone na duração e exclusividade da amamentação. Fortaleza-CE, 2016.....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Motivos para o Desmame Precoce referidos nas ligações de 60,120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	108
Tabela 2	Distribuição dos dados segundo as características sociodemográficas das puérperas. Fortaleza/CE, Brasil, 2017.....	109
Tabela 3	Características dos antecedentes obstétricos, da gestação atual e do parto de acordo com os grupos de estudo. Fortaleza/CE, Brasil, 2017.....	111
Tabela 4	Características da amamentação de acordo com os grupos de estudo. Fortaleza/CE, Brasil, 2017.....	112
Tabela 5	Dias pós-parto das mulheres nos três momentos de avaliação do desfecho entre os grupos intervenção e controle. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	114
Tabela 6	Tipo de autoeficácia entre os grupos com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE. Brasil, 2017.....	116
Tabela 7	Comparação Intragrupo da mediana dos escores de autoeficácia em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, Brasil, 2017.....	117
Tabela 8	Efeito da intervenção no percentual de aleitamento materno entre os grupos com 60, 120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	118
Tabela 9	Efeito da intervenção no percentual de aleitamento materno exclusivo entre os grupos com 60, 120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	120
Tabela 10	Distribuição dos dados segundo o efeito da intervenção educativa na duração final do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	122
Tabela 11	Efeito da intervenção educativa na duração do aleitamento materno exclusivo com 60, 120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	123
Tabela 12	Correlação entre os dados sociodemográficos e obstétricos e os	

	escores de autoeficácia. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	125
Tabela 13	Correlação entre os dados sociodemográficos e obstétricos e a duração e exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	126
Tabela 14	Correlação dos escores de autoeficácia com a duração e exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	127
Tabela 15	Identificação dos fatores sociodemográficos relacionados com a duração do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	12929
Tabela 16	Identificação dos fatores obstétricos, da gestação atual e do parto relacionados com a duração do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	131
Tabela 17	Identificação dos fatores do puerpério relacionados com a duração do aleitamento materno.....	13333
Tabela 18	Identificação dos fatores sociodemográficos relacionados com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	1355
Tabela 19	Identificação dos fatores obstétricos, da gestação atual e do parto relacionados com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	1377
Tabela 20	Identificação dos fatores do puerpério relacionados com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.....	13939

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AC	Alojamento Conjunto
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EAA	Escore de Autoeficácia
EM	Entrevista Motivacional
EC	Ensaio Clínico
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
IC	Intervalo de Confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NEPPSS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva
NNT	Número Necessário para Tratar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OR	Odds Ratio
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém-nascido
RR	Risco Relativo
SER	Secretaria Executiva Regional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>ESTADO DA ARTE</b>	<b>31</b>
4.1	Tecnologias educativas para promoção da confiança materna em amamentar	31
4.2	Revisão sistemática dos efeitos das intervenções educativas por telefone sobre o aleitamento materno	39
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>69</b>
5.1	A teoria social cognitiva e a autoeficácia	69
5.3	Entrevista motivacional	77
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>85</b>
6.1	Tipo de estudo	85
6.2	Local do estudo	86
6.3	População e amostra	87
6.4	Operacionalização da coleta de dados	90
6.5	Cegamento	99
6.6	Definição operacional das variáveis	101
6.7	Análise dos dados	103
6.8	Aspectos éticos	104
<b>7.0</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>106</b>
<b>8.0</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>143</b>
<b>9.0</b>	<b>LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>178</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>180</b>
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>182</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>184</b>
	Apêndices	203
	Anexos	248

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, sendo considerada uma prática sensível, econômica e eficaz para redução da morbimortalidade infantil. Devido aos seus amplos benefícios contribui para a promoção da saúde integral do binômio mãe-filho (BRASIL, 2015).

Diante disso, a prática do AM é considerada em todo o mundo um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde da criança, e o seu impacto social pode ser vislumbrado por meio da redução de atendimentos médicos, hospitalizações e tratamentos medicamentosos, uma vez que a criança em aleitamento materno exclusivo (AME) tem menor risco de adoecer (QUELUZ *et al.*, 2012).

Essa proteção conferida pelo leite materno deve-se ao fato dele ser considerado o alimento mais completo que pode ser oferecido ao recém-nascido, uma vez que a sua composição apresenta inúmeros elementos protetores à saúde do neonato que se configuram em fatores imunológicos e nutritivos passados da mãe para o filho (TOMA; REA, 2008). Devido às suas ricas propriedades, o aleitamento materno é considerado uma das intervenções com grande potencial para a diminuição da morbidade e mortalidade infantil, contribuindo para a redução de até 22% da mortalidade neonatal (BOCCOLINI *et al.*, 2013), sendo que a sua ampliação a um nível quase universal poderia prevenir 823.000 mortes a cada ano em crianças menores de 5 anos (VICTORA *et al.*, 2016).

É importante compreender que amamentar também é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões que vão além do estado nutricional, contribuindo para a defesa contra infecções, fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, bem como na sua saúde em longo prazo, além de ter inúmeras implicações para a saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015).

Tais benefícios da amamentação para a saúde da criança têm sido comprovados em diversas realidades socioculturais. A amamentação logo após o nascimento possibilita o contato pele a pele, promovendo a troca de afeto e sentimentos e contribuindo para o vínculo e o apego entre mãe e filho. Além disso,



garante controle eficaz da temperatura do recém-nascido, e aumenta os níveis de glicose disponíveis (MARTINS; SANTANA, 2013; SRIVASTAVA *et al.*, 2014).

Sobre os benefícios do AM uma revisão sistemática demonstrou forte evidência de redução nas infecções respiratórias severas em crianças que são amamentadas, com base em um grande número de estudos (HORTA; VICTORA, 2013a). Além disso, há evidência consistente de redução na otite média aguda durante os primeiros dois anos de vida quando as crianças são amamentadas por mais tempo (BOWATTE *et al.*, 2015). Também há indícios de uma grande redução, de dois terços, nas maloclusões em dentes em indivíduos amamentados (PERES *et al.*, 2015).

Em relação às infecções do trato gastrointestinal, o AM fornece alta proteção contra morbidade e internações hospitalares por diarreia (HORTA; VICTORA, 2013b), podendo reduzir em até quatorze vezes o risco de morte por diarreia no primeiro ano de vida (BOCCOLINI *et al.*, 2011; WHO, 2013). Além disso, é capaz de prevenir metade das mortes causadas por infecções em crianças de 6-23 meses de idade (VICTORA *et al.*, 2016).

Em longo prazo, a amamentação diminui as probabilidades de ter diabetes tipo 2, reduz em 13% as chances de ter sobrepeso ou obesidade, além de melhor desempenho em testes de inteligência (WHO, 2013; HORTA; MOLA; VICTORA, 2015). Ademais, fornece proteção contra dermatite atópica (STRASSBURGER; VITOLO; BORTOLINI *et al.*, 2010), e tem efeitos positivos na saúde fonoaudiológica da criança, pois está relacionado ao adequado desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém-nascido (MARTINS; SANTANA, 2013).

É importante ressaltar que o AM além de proporcionar menos chances de doenças crônicas, acarreta outros benefícios que são importantes mencionar, como a sobrevivência das crianças especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Recentes pesquisas comprovaram que crianças amamentadas por mais tempo melhoram o seu capital humano, que consiste no conjunto de capacidades, conhecimentos, competências, e atributos da personalidade que favorecem o desenvolvimento de trabalho de modo a produzir valor econômico, ou seja, as evidências revelam que as crianças amamentadas por mais tempo são mais

inteligentes, tem maior escolaridade e alcançam maiores rendas na vida adulta (VICTORA *et al.*, 2015; HORTA; VICTORA, 2015).

Isso evidencia que os benefícios do AM vão além da saúde física da criança, impactando no seu desenvolvimento e capacidade para alcançar melhores condições na idade adulta.

Para a saúde da mulher, os estudos comprovam a relação positiva entre amamentação e redução dos cânceres de mama, ovário, endométrio, redução de mortes por artrite reumatoide; menor risco de fratura e osteoporose; retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente; diminuição do sangramento pós-parto devido a involução uterina acelerada pelo AM, reduzindo os índices de hemorragia e anemia. Além disso, quando a amamentação é exclusiva, pode ser um método contraceptivo natural, pois aumenta a duração da amenorreia e o intervalo interpartal (TOMA; REA, 2008; BARTICK *et al.*, 2013; BRASIL, 2009a, 2009b; IMDAD; YAKOOB; BHUTT, 2011; MARTINS; SANTANA, 2013; VICTORO *et al.*, 2016).

A amamentação em longo prazo também está associada à redução de diabetes tipo 2 (VICTORA *et al.*, 2016) e doenças cardiovasculares nas mulheres, podendo evitar cerca de quatro mil mortes maternas prematuras anualmente (BARTICK *et al.*, 2013). Em relação à saúde mental, a amamentação é um fator protetor contra a depressão pós-parto, devido à melhora do estado psicológico da mãe, envolvimento emocional com o bebê, melhora do sono, além da ação hormonal (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Dessa forma, a decisão de não amamentar uma criança tem efeitos importantes em longo prazo na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança e na saúde da mãe. Possivelmente, nenhum outro comportamento de saúde pode afetar desfechos tão diversos nos dois indivíduos que estão envolvidos: a mãe e a criança (VICTORA *et al.*, 2016).

A julgar pela ampla contribuição do AM para a promoção da saúde materna e infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que as crianças sejam amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida e de forma complementar até dois anos ou mais, devendo o início da amamentação ocorrer

ainda na sala de parto (WHO, 2009; BRASIL, 2015). Outra justificativa para essa recomendação é o fato de que o AME até o sexto mês de vida pode evitar anualmente mais de 1,3 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2013) e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano (VICTORA *et al.*, 2016).

Com o intuito de seguir essa recomendação, diversos órgãos nacionais e internacionais têm empreendido esforços por meio da criação de políticas, programas, estratégias e iniciativas no sentido de proteger, promover e apoiar o AME.

É importante atentar que a implementação das ações de proteção e promoção do AM depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2015).

Essa promoção do AM deve ser iniciada na rede de atenção básica a saúde, tão logo a gestação da mulher seja detectada, uma vez que é nesse período que as mulheres definem os padrões de alimentação que esperam praticar com o seu filho (LOOF-JOHANSON; FOLDEVI; RUDEBECK, 2013; GERD *et al.*, 2012). Após a alta da maternidade, o acompanhamento da puérpera também deve ocorrer na rede básica por meio das consultas, puericultura e visita domiciliar, configurando-se como o principal espaço em que os profissionais de saúde podem atuar para promover e apoiar o AM (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Neste sentido, diversas políticas e programas norteiam as ações de saúde no que concerne ao aleitamento materno. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi criada desde 1999, e tem como principais propósitos a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013a).

A Política Nacional de Aleitamento Materno foi instituída em meados do ano 2000, ganhando destaque pela diversidade de ações e intervenções que buscavam a promoção do aleitamento materno. Esta política constitui-se da Rede

Amamenta e Alimenta Brasil, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, de ações de proteção legal ao aleitamento (Licença maternidade, licença paternidade, salas de apoio à amamentação) e mobilizações sociais como a Semana Mundial do Aleitamento Materno e o Dia Nacional da Doação do Leite Humano. Além disso, o Brasil possui a maior Rede de Bancos de Leite Humano do mundo, cuja principal função é apoiar as mulheres que desejam amamentar e identificar aquelas com potencial para serem doadoras, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; BRASIL, 2013a, 2013b).

A Rede de Bancos de Leite Humano é uma das iniciativas que rendeu ao Brasil o reconhecimento como referência mundial em aleitamento materno pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Dentre os 292 bancos de leite humano existentes no mundo, 213 (72,9%) deles estão no Brasil. As mulheres brasileiras foram responsáveis por 89,2% da coleta dos 1,1 milhão de litros de leite doados entre 2008 e 2014, tornando o Brasil o país que registra o maior número de doadoras de leite humano do mundo (BRASIL, 2016).

No ano de 2008, o MS consolidou a Rede Amamenta Brasil, que consistiu em uma estratégia para a abordagem do AM na atenção básica de saúde. Essa rede tinha como proposta a educação permanente dos profissionais de saúde, utilizando os pressupostos da educação crítica-reflexiva, para incentivo ao AM de forma interdisciplinar no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2008).

Já em 2012, o MS propôs integrar a Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional de Promoção da Saúde. Isso deu origem a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tinha como intuito qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para reforçar e incentivar a promoção do AM e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS (BRASIL, 2013b).

Tal estratégia foi sendo implantada por meio de oficinas de formação de tutores, profissionais com experiência em aleitamento materno, e oficinas de trabalhos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma a qualificar os seus profissionais para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2013b).

Em relação à atenção hospitalar, duas iniciativas têm contribuído para aumentar os índices de AM e prevenir o desmame precoce: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru.

A IHAC está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da OMS e do UNICEF criado em 1990, e tem por objetivo resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso por meio de mudanças nas rotinas das maternidades que permitam o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento. Em 1992, essa estratégia foi inserida no Brasil, reconhecendo as maternidades que trabalham com excelência na promoção do AM (UNICEF, 2008).

Por sua vez, o Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso. Esse método busca favorecer o contato pele a pele e, conseqüentemente, o estímulo lácteo, o qual favorece o vínculo mãe bebê e influencia positivamente a amamentação (BRASIL, 2011a).

Outra estratégia que busca ampliar e qualificar a assistência materno-infantil é a Rede Cegonha criada em 2011. Trata-se de uma estratégia do MS que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para garantir a atenção integral à saúde da criança, a estratégia propõe a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável (BRASIL, 2011b).

Como consequência das ações implementadas pela Política Nacional de Aleitamento Materno e pelas iniciativas de órgãos internacionais, a prevalência do AM vem aumentando no Brasil, porém com muitas disparidades entre as suas regiões, e ainda encontram-se abaixo do considerado satisfatório para essa prática (BRASIL, 2009b).

Na última pesquisa nacional de prevalência do AM nas capitais brasileiras foi constatado aumento da prevalência de aleitamento materno em menores de quatro meses, de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008. Além disso, a duração média do AM no Brasil aumentou cerca de 1,5 mês, passando de 295,9 dias em 1999, para 341,6 dias em 2008 (VENANCIO et al. 2010; BRASIL, 2014).

Em relação ao AME no Brasil, constatou-se aumento de um mês na duração, passando de 23,4 dias em 1999, para 54,1 dias em 2008. Porém, a Região Nordeste teve o pior desempenho na duração do AME, com aumento de somente 8,6 dias. Nesta região houve aumento da mediana do AME na maioria das capitais, mas redução expressiva em Fortaleza, que passou de 63,6 dias em 1999 para 10,6 dias em 2008 (VENANCIO et al., 2010).

Ainda de acordo com esta pesquisa, a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41%, sendo a região Nordeste a que apresenta a pior situação (37%) e duração mediana do AME de 34,92 dias. Na cidade de Fortaleza a situação é ainda mais agravante, com prevalência de 32,9% de AME nos menores de seis meses e duração média de 10,64 dias (VENANCIO et al., 2010; BRASIL, 2009b).

Assim, apesar dos esforços dos organismos nacionais e internacionais, dos programas e estratégias criadas para incentivar o AM, e de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança, a prevalência e a duração do aleitamento materno na Região Nordeste, em especial as de amamentação exclusiva, ainda são bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde, bem como os gestores e os órgãos de saúde tem papel fundamental na mudança deste cenário.

O enfermeiro enquanto integrante dessa equipe de saúde deve ter conhecimento acerca das modificações que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal, para direcionar um plano de cuidados condizente com as reais necessidades da mulher e com a promoção do AM. Somado a isso, esse profissional deve assistir a puérpera em sua singularidade, considerando o seu contexto de vida, conhecimentos e experiências prévias e respeitando os aspectos culturais que envolvem a vida dessa mulher.

A enfermagem pode utilizar os diversos momentos de assistência à mulher, como as consultas de pré-natal, grupos, alojamento conjunto, consulta puerperal, e visita domiciliar para promover práticas educativas que esclareçam, apoiem e preparem a mulher para a prática do AM.

Deve-se enfatizar que é imprescindível considerar a autonomia e singularidade de cada mulher, e para isso as ações ou orientações do profissional

de saúde não podem tentar impor essa prática, mas sim desvelar a sua essência, bem como as dificuldades que podem estar associadas, para que a escolha da mulher por amamentar seja livre e espontânea,

Nesse contexto, é importante atentar que o aleitamento materno é um processo complexo que envolve experiências culturais, sociais, psíquicas e biológicas da mulher (SOARES et al., 2014). Assim, apesar dos inúmeros benefícios elucidados, diversos fatores podem influenciar negativamente essa prática e contribuir para o desmame precoce, que é a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes da criança ter completado seis meses de vida (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Dentre os diversos fatores que influenciam o desmame precoce estão a maternidade precoce (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006), a dor e problemas mamários (ABREU; FABRO; WERNET, 2013; HAGGKVIST et al., 2010); pouca quantidade e qualidade do leite (ABREU; FABRO; WERNET, 2013; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011); introdução precoce de fórmulas infantis e outros alimentos (HAGGKVIST et al., 2010;); choro excessivo (ABREU; FABRO; WERNET, 2013), baixa escolaridade (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; ROIG; MARTINEZ; GARCIA, 2010), baixo nível socioeconômico (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006), trabalho fora de casa (BARGE; CARVALHO, 2011; BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009), dificuldades no pós-parto (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009), experiência negativa na amamentação do filho anterior (ROIG; MARTINEZ; GARCIA, 2010), falta de suporte dos profissionais de saúde (FRAGOSO; FORTES, 2011) e a baixa confiança materna (NOEL-WEISS et al., 2006).

Dessa forma, é evidente que o início e a manutenção do AME são influenciados por diversos fatores de ordem biológica, ambiental, sociocultural, psicológica, entre outros. Dentre os fatores psicossociais, destaca-se a autoeficácia materna para amamentar, que consiste em um importante conceito de promoção da saúde capaz de revelar a expectativa e confiança da mulher para amamentar seu filho (DENNIS, 1999).

Esse conceito foi elaborado por Albert Bandura por meio da Teoria Social Cognitiva, e se refere às crenças dos indivíduos na sua habilidade pessoal de

desempenhar com sucesso determinadas atividades ou comportamentos que levem aos objetivos desejados. Essas crenças determinam como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam (BANDURA, 1977, 2012).

A percepção da pessoa acerca da sua autoeficácia em realizar um determinado comportamento é resultado de um processo psicológico que envolve a experiência prévia e o contexto social (BANDURA, 1986). Assim, a autoeficácia em amamentar consiste na crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito, sendo influenciada pela experiência prévia com a amamentação e pelo contexto social em que está inserida (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2006; DENNIS, 1999).

Diversos estudos apontam que a intenção em amamentar e a confiança materna influenciam positivamente o comportamento da mulher em relação à amamentação (KOOLS, THIJS; DE VRIES, 2005; KRONBORG; VAETH, 2004). A confiança materna tem sido considerada como uma importante variável que influencia o início e a manutenção do AM (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011; DENNIS, 2003). As mulheres com baixo nível de confiança na sua capacidade de amamentar tem risco 3,1 vezes superior de abandonarem precocemente a amamentação, em comparação com mulheres que amamentam com confiança (DENNIS, 2003).

Estudos que investigaram essa variável e a sua associação com o aleitamento materno identificaram que quanto maior a confiança da mãe em amamentar, maior a chance de iniciar e manter essa prática por mais tempo (BLYTH *et al.*, 2002; DENIS; FAUX, 1999; NICHOLS *et al.*, 2009; ZUBARAN *et al.*, 2010). Outras pesquisas desenvolvidas em vários países também encontraram resultados semelhantes, dentre eles tem-se: Austrália (BLYTH *et al.*, 2002; NICHOLS *et al.*, 2009), Canadá (DENIS; FAUX, 1999; NOEL-WEISS *et al.*, 2006; McQUEEN *et al.*, 2011), Japão (OTSUKA *et al.*, 2013; AWANO; SHIMADA, 2010), Brasil (ORIÁ *et al.*, 2009), China (DAI; DENNIS, 2003; WU *et al.*, 2014), EUA (McCARTER-SPAULDING; DENNIS, 2010), Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007), e Portugal (ZUBARAN *et al.*, 2010).

Dentre os diversos fatores que influenciam o AM, a autoeficácia materna é considerada uma variável que pode ser modificável, sendo acessível aos



profissionais de saúde. A sua análise permite identificar em quais domínios a mulher apresenta baixa confiança e as que estão em risco para o desmame precoce, possibilitando ao profissional planejar intervenções e estratégias educativas para reforçar ou melhorar a autoeficácia (BLYTH et al., 2002; ORIÁ et al., 2009; DENNIS, 1999; OLIVEIRA et al., 2010).

Sobre isso algumas pesquisas vêm demonstrando que, embora possa variar conforme o contexto sociocultural e econômico do país em que a mulher está inserida, as intervenções para a promoção do aleitamento materno que incluem apoio para amamentar e educação em saúde demonstram ser efetivas no aumento e duração das taxas de amamentação (INDAAD, YAKOOB, BHUTTA, 2011; HAROON et al., 2012). Diante disso, a forma como os profissionais de saúde abordam a amamentação com as puérperas, quando realizada de maneira efetiva contribui para o estímulo ao aleitamento materno exclusivo (SILVA et al., 2014).

Os profissionais de saúde devem buscar promover o aleitamento materno na sua forma mais ampliada, por meio de ações que tenham por objetivo a sensibilização, a promoção, o incentivo e o apoio a esta prática. É fundamental que o enfermeiro não cuide somente com abordagem técnica, mas que sua perspectiva seja ampliada, mediante uma assistência associada aos aspectos socioculturais da amamentação (SOARES et al., 2014).

Nesse contexto, para a superação dos desafios inerentes ao AM o enfermeiro deve atuar como educador e promotor da saúde, seja no âmbito da atenção primária ou terciária, sendo sua corresponsabilidade buscar estratégias eficientes para a promoção da confiança materna em amamentar.

Educar em saúde compreende o planejamento de uma aprendizagem para melhorar o conhecimento e desenvolver habilidades que favoreçam a saúde individual e coletiva. Essa educação ultrapassa a comunicação de informações e enfatiza a promoção da motivação, habilidades e confiança necessárias para adotar medidas que melhorem a saúde (WHO, 1998).

Dessa forma, o enfermeiro precisa se apoderar da educação em saúde como um dos componentes principais do seu trabalho, agindo como mediador do

processo educativo, na motivação e capacitação dos sujeitos para adotarem comportamentos e práticas saudáveis (NICOLAU, 2015).

Para a promoção do AM os profissionais de saúde devem aliar à sua competência técnica um olhar abrangente, atento, que leve em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar deve reconhecer a mulher como protagonista do processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a, e empoderando-a (BRASIL, 2015). Também é necessário que essa prática educativa seja atrelada às demandas das puérperas e à sua realidade, valorizando a sua cultura e os seus conhecimentos, e utilizando abordagens que respeitem a mulher como protagonista e corresponsável pela sua saúde.

Dessa forma, a prática educativa do enfermeiro além de considerar o momento que a mulher está vivenciando, também deve valorizar o uso de estratégias e tecnologias que favoreçam a participação, reflexão, criticidade e empoderamento dos sujeitos (LINHARES; PONTES; OSÓRIO, 2014). O uso das tecnologias na assistência ao binômio mãe-filho e no processo educativo contribui para oferecer o apoio, suporte e orientação necessários para a prática da amamentação (SILVA et al., 2014).

Nesse contexto, a enfermagem precisa apropriar-se das tecnologias educativas para intervir junto à mulher, pois ao conhecer a sua autoeficácia e as suas dificuldades, é possível planejar uma educação em saúde mais efetiva, em que haja maior adesão e manutenção de novas práticas de saúde pelas puérperas em relação à amamentação (UCHOA et al., 2014). As tecnologias além de fortalecerem a prática educativa do enfermeiro, podem tornar a informação mais clara e facilitar uma comunicação eficaz, contribuindo para a promoção da autoeficácia da mulher em amamentar, e conseqüentemente para o aleitamento materno.

Neste cenário, diversos estudos mostram que muitas tecnologias têm sido criadas e/ou utilizadas em práticas educativas para a promoção da confiança materna em amamentar, dentre as principais estão: os materiais educativos, como cartilhas, álbuns seriados, manuais, folders, e vídeos; sistemas de computadores e softwares; aplicativos, telefone e mensagens de texto. Os estudos que avaliaram o uso dessas tecnologias evidenciaram impacto positivo no aleitamento materno, por

meio da melhoria da autoeficácia materna, das taxas de prevalência e/ou duração do AM e do AME (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012; DODT et al., 2013; DODT et al., 2015; NICHOLS et al., 2009; AWANO; SHIMADA, 2010; ANSARI et al., 2014; OTSUKA et al., 2013; EDWARDS et al. 2013; LAVANDER et al., 2013).

Dentre essas tecnologias, o suporte por telefone tem sido cada vez mais aceito como uma forma útil de apoio no âmbito dos cuidados em saúde, principalmente em áreas específicas da maternidade, como o apoio ao aleitamento materno (LAVANDER et al. 2013). O suporte por telefone consiste em uma intervenção promissora que pode aumentar a duração da amamentação (LAVANDER et al. 2013, HODINNOT et al., 2012).

Grande parte da população brasileira já tem acesso ao telefone, seja ele móvel ou fixo, portanto ele pode ser efetivamente utilizado na educação. As telecomunicações enquanto ferramentas instrucionais estão se tornando cada vez mais sofisticadas e acessíveis, especialmente pelo fato de ser uma tecnologia relativamente barata e disponível (BASTABLE, 2011). Nesse contexto, a utilização do telefone representa uma ferramenta potencial para a ampliação do cuidado e do acompanhamento em saúde (SNOOKS et al., 2008; NICOLAU, 2015).

Com relação à enfermagem, o uso do telefone pode ser uma estratégia para o cuidado holístico, ampliando as ações em saúde e representando um avanço frente ao cuidado tradicional (VASCONCELOS et al., 2013). Apesar disso, percebeu-se por meio da revisão sistemática realizada nesse estudo que não há pesquisas clínicas que avaliem o efeito de intervenções e suporte por telefone sobre a autoeficácia, pois em geral os estudos avaliam somente a duração e exclusividade do AM.

No contexto do Brasil, somente o estudo de Chaves et al. (2016) utilizou uma intervenção educativa por telefone pautada nos pressupostos da autoeficácia para a promoção do AM. A intervenção educativa consistiu em um suporte por telefone de curto prazo realizado no primeiro mês pós-parto (com 7, 15 e 30 dias) a puérperas que estavam amamentando, mostrando-se eficaz para elevar a autoeficácia das mulheres do grupo intervenção aos quatro meses.

Diante disso, nesse estudo propôs-se testar uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone, com início na primeira semana pós-parto e continuidade até o 5º mês pós-parto, uma vez que a maioria dos estudos internacionais acerca deste assunto enfocam que o aconselhamento por telefone de longa duração no puerpério apresentam resultados mais positivos em relação à duração e exclusividade do AM quando comparado com as intervenções de curta duração (GANGA et al., 2015; EFRAT et al., 2015; TAHIR; AL-SADAT, 2013; FU et al., 2014; CARLSEN et al., 2013; FLAX et al., 2014; HODINNOT et al., 2012).

Portanto, mediante as evidências que comprovam a eficácia das intervenções educativas de longa duração por telefone e da contribuição da autoeficácia materna no comportamento da mulher em relação à amamentação, considerou-se relevante explorar os efeitos de uma intervenção desta natureza envolvendo uma amostra de mulheres do Brasil.

O uso deste referencial pode contribuir na elaboração de uma intervenção educativa por telefone realizada em longo prazo que possa ser utilizada por enfermeiros para apoiar e promover a confiança materna e a amamentação.

Diante do exposto, percebe-se que é preciso testar novas intervenções educativas com o suporte das tecnologias para a promoção do aleitamento materno. Assim, o presente estudo pretende responder ao seguinte questionamento: Quais os efeitos de uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone sobre a autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno?

Desta forma, pretende-se defender a seguinte tese: o uso de uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone e centrada nos princípios da autoeficácia é capaz de elevar os escores da autoeficácia materna em amamentar, bem como contribuir para a maior duração e exclusividade do aleitamento materno.

O presente estudo se justifica pela relevância social que revela essa temática, tanto para a sociedade quanto para os profissionais de saúde, conforme já foi amplamente abordado.

Além disso, essa proposta de estudo também foi motivada pelo interesse e atuação da autora na área de saúde da mulher, área na qual vem desenvolvendo

durante os últimos nove anos diversos estudos e pesquisas. A vivência da autora no Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME) por cinco anos e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPSS) por três anos possibilitou discussões e experiências que aproximaram a autora do objeto de estudo trabalhado nesta tese.

Nessa perspectiva, a trajetória no curso de doutorado foi marcada pelo envolvimento em diversas pesquisas que envolviam a educação em saúde, promoção da saúde e aleitamento materno, o que desvelou a necessidade de desenvolver um trabalho para intervir na realidade encontrada com vistas a contribuir para a promoção do aleitamento materno.

O estudo torna-se relevante na medida em que busca propor e avaliar uma nova intervenção educativa a fim de promover a confiança materna em amamentar. Essa pesquisa pode contribuir para a prática profissional, principalmente dos enfermeiros da atenção básica, ao propor uma tecnologia de baixo custo que pode ser utilizada para a promoção do aleitamento materno.

Além disso, a intervenção educativa proposta poderá contribuir para um cuidado de enfermagem mais direcionado às necessidades de cada mãe no decorrer do processo de amamentação, como também poderá ser utilizada para facilitar o acompanhamento e orientação das puérperas em relação a essa prática, podendo repercutir positivamente na saúde materno-infantil.

## **2 OBJETIVOS:**

### **2.1 Primário**

Analisar os efeitos de uma intervenção educativa de longa duração, mediada por telefone, sobre a autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação até o sexto mês de vida da criança;

### **2.2 Secundário**

Comparar os escores da autoeficácia em amamentar intragrupo e intergrupo no 2º, 4º e 6º mês de acompanhamento;

Comparar a duração final do aleitamento materno geral e do aleitamento materno exclusivo entre as mães que receberam a intervenção educativa por telefone e as que não receberam;

Comparar as taxas de aleitamento materno geral e aleitamento exclusivo no 2º, 4º e 6º mês entre as mães que receberam a intervenção educativa por telefone e as que não receberam;

Verificar a correlação entre os escores da autoeficácia com a duração final do aleitamento materno geral e do aleitamento materno exclusivo;

Verificar a correlação entre os escores da autoeficácia com os fatores sociodemográficos e obstétricos das participantes;

Identificar os fatores relacionados com a duração e exclusividade do aleitamento materno;

Verificar a significância clínica da intervenção a partir do cálculo da redução do risco relativo (RRR) e do número necessário para tratar (NNT).

### 3 HIPÓTESES CIENTÍFICAS

Em consonância com o exposto anteriormente foram delineadas as seguintes hipóteses:

- O uso da intervenção educativa por telefone é eficaz para promover a autoeficácia em amamentar e o aleitamento materno exclusivo aos 2, 4 e 6 meses;
- Os escores de autoeficácia das puérperas que participarem da intervenção educativa por telefone serão mais elevados aos 2, 4 e 6 meses do que as que não participarem;
- As taxas de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança serão maiores para as mulheres que participarem do grupo intervenção quando comparada àquelas do grupo controle;
- A duração do aleitamento materno geral e do aleitamento materno exclusivo será maior para as mulheres que participarem da intervenção educativa por telefone quando comparado com aquelas que não participarem.

## 4. ESTADO DA ARTE

### 4.1 TECNOLOGIAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR

A autoeficácia ou confiança em amamentar é um dos fatores que influenciam o desmame precoce, e por ser um elemento modificável, pode promover uma mudança comportamental favorável à saúde. Nessa perspectiva, a autoeficácia é considerada um dos aspectos passíveis de mudança por meio de ações de educação em saúde (DENNIS, 1999; DENNIS, FAUX, 1999).

Sabendo que o enfermeiro desempenha papel primordial no acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, principalmente como educador, é importante que o mesmo utilize as tecnologias educativas para promover o aleitamento materno (CHAVES, 2016).

A tecnologia pode ser utilizada em todas as etapas do cuidado de enfermagem, considerando processo e produto. Além disso, também contempla a forma como se estabelecem as relações entre os sujeitos envolvidos, e o modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente para favorecer a manutenção da vida e o bem-estar (ROCHA *et al.*, 2008).

O cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação. É o cuidado e as necessidades do paciente que indicam quais tecnologias são necessárias em uma determinada situação (ROCHA *et al.*, 2008). Dessa forma, as tecnologias em saúde ajudam os profissionais em seus processos de trabalho, sendo um recurso que auxilia na assistência do paciente, proporcionando a este autonomia em relação aos seus comportamentos de saúde (CHAVES, 2016).

Em relação à tecnologia educativa, ela pode ser compreendida como a aplicação das novas tecnologias nos processos relativos à educação. De acordo com Miranda (2007), esse termo não se limita aos recursos técnicos usados no ensino, mas a todos os processos de concepção, desenvolvimento e avaliação da



aprendizagem. Para essa autora, a tecnologia educativa envolve questões de gestão educacional, de desenvolvimento educacional e também os recursos de aprendizagem (MIRANDA, 2007).

Corroborando com Miranda (2007), Coutinho (2007) define a tecnologia educativa: não como o simples uso de meios tecnológicos sofisticados, mas como uma forma sistemática de conceber, gerir e avaliar o processo de ensino e aprendizagem em função de metas e objetivos educacionais definidos.

Dessa forma, a tecnologia educativa consiste na forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução, empregando uma combinação de recursos humanos e materiais, com o objetivo de obter uma instrução mais efetiva. O uso dessa tecnologia ultrapassa a ideia de conhecimento, referindo-se a tudo que o homem cria com o objetivo de simplificar o processo de trabalho, aprimorar as relações humanas e o processo de ensino-aprendizagem (SOUZA, CUNNHA, 2009).

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

É importante que a enfermagem aproprie-se de tecnologias educativas para intervir junto à mulher e sua família, pois conhecendo a sua autoeficácia e os seus desafios, é possível realizar uma educação em saúde efetiva, em que haja adesão e execução de novas práticas de saúde pelas puérperas em relação à amamentação (UCHOA et al., 2014).

Com esse intuito, diversos pesquisadores da área vêm investigando a utilização de tecnologias para promoção da confiança materna em amamentar, e algumas estratégias têm sido criadas na tentativa de elevar essa autoeficácia e, conseqüentemente, o início precoce e a maior duração do AM (JAVORSKI, 2014; DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012; DODT et al., 2013; NICHOLS et al., 2009; AWANO; SHIMADA, 2010).

Essas tecnologias além de aumentarem o conhecimento das pessoas, contribuem para o seu empoderamento, colocando-as em posição de maior controle

sobre a sua saúde, que associada a autoeficácia passam a ter a possibilidade de mudar, e de levar adiante um plano de mudança comportamental, uma vez que a autoeficácia está associada com comportamentos saudáveis (MENDES, 2012). Dessa forma, a implementação de intervenções educativas não só elevam a autoeficácia em amamentar como também podem aumentar a duração e a exclusividade do aleitamento materno (MCQUEN et al., 2011).

Neste sentido, diversos estudos têm sido realizados para avaliar o efeito de tecnologias e intervenções educativas, construídas a partir do referencial da autoeficácia em amamentar, e a repercussão destas na autoeficácia, exclusividade e manutenção do aleitamento materno (NOEL-WEISS et al., 2006; NICHOLS et al., 2009; AWANO; SHIMADA, 2010; MCQUEEN et al., 2011; JAVORSKI, 2014; RODRIGUES 2016, CHAVES, 2016).

No contexto internacional, Nichols et al. (2009) desenvolveram um estudo na Austrália em que aplicaram uma cartilha educativa construída de acordo com o referencial da autoeficácia de Bandura (1977) a 90 mulheres no terceiro trimestre da gestação. Os resultados apontaram aumento significativo dos escores da BSES-SF no grupo intervenção. Ademais, as mulheres deste grupo mostraram tendência de amamentar por mais tempo e exclusivamente, do que as do grupo controle.

Um ECR realizado no Irã avaliou o efeito de um programa educativo composto por duas sessões educativas mediadas por parteiras e profissionais de saúde, com a utilização de um manual sobre aleitamento materno. O grupo intervenção teve aumento significativo da autoeficácia um mês após o programa quando comparado com o grupo controle. Além disso, a duração do AME no GI foi significativamente maior. Portanto, o programa educacional foi efetivo para aumentar a autoeficácia e a duração do AME no GI (ANSARI ET al., 2014).

Achados semelhantes foram verificados no Japão em um estudo quase-experimental realizado por Awano e Shimada (2010) envolvendo 117 primíparas recrutadas no puerpério imediato, com o objetivo de medir a autoeficácia a partir da versão japonesa da BSES-SF, antes e após uma intervenção educativa. A intervenção utilizou folhetos e materiais audiovisuais construídos com base nos princípios da autoeficácia. Observou-se aumento significativo na pontuação da BSES-SF para o grupo intervenção. A intervenção também foi eficaz na duração do

AM, ao final no primeiro mês pós-parto, 90% do grupo intervenção ( $p=0,02$ ) continuavam amamentando, enquanto 65% do grupo controle haviam interrompido a amamentação. Assim, a intervenção aumentou a autoeficácia do aleitamento materno, e teve efeito positivo sobre a continuidade da amamentação (AWANO; SWHIMADA, 2010).

Um ensaio clínico realizado com primíparas canadenses utilizou como tecnologia a oficina educativa com 2,5 horas de duração, encontrando melhores escores de autoeficácia e menores taxas de desmame precoce no grupo que recebeu a intervenção (NOEL-WEISS *et al.*, 2006).

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

Já o estudo realizado por Otsuka *et al.* (2013) avaliou o efeito de uma intervenção educativa utilizando uma cartilha sobre a autoeficácia na amamentação construído com base nos princípios da autoeficácia de Bandura (1977) e Dennis (1999). O estudo foi realizado com 781 mulheres grávidas no terceiro trimestre da gestação, recrutadas de dois hospitais japoneses acreditados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e de dois hospitais sem esse credenciamento, sendo alocadas para um grupo intervenção ou controle. A intervenção melhorou a autoeficácia materna com quatro semanas pós-parto ( $p = 0,037$ ) e a taxa de amamentação exclusiva, porém somente nas mulheres recrutadas no IHAC.

O desenvolvimento de sistemas de computadores e de softwares também vem ganhando destaque no âmbito das tecnologias utilizadas para a promoção da autoeficácia em amamentar. Em um estudo piloto de ensaio clínico randomizado com 15 puérperas foi desenvolvido e aplicado um agente de computador interativo e animado, projetado para fornecer informações e apoio a amamentação. As mulheres que utilizaram o agente de computador (GI) apresentaram maiores intenções de amamentar exclusivamente (EDWARDS *et al.*, 2013).

No contexto do Brasil, alguns estudos também têm avaliado os efeitos de intervenções e tecnologias educativas utilizando o referencial teórico da autoeficácia para a promoção do AM. Dentre estes, destaca-se o estudo de Dodt (2011) que construiu e validou um álbum seriado intitulado, “Eu posso amamentar o meu filho”, idealizado a partir da BSES-SF e do referencial da autoeficácia em amamentar. A validação desse material demonstrou que ele é pertinente e válido para uso na prática clínica do enfermeiro. O álbum foi criado para ser utilizado nas intervenções educativas mediadas por profissionais de saúde para trabalhar a confiança materna na amamentação com mulheres (DODT et al., 2013; JAVORSKI, 2014).

Após a validação do referido álbum, Dodt et al. (2015) realizaram um estudo experimental com 201 puérperas em Fortaleza-CE para avaliar o uso de uma estratégia educacional mediada por meio desse álbum seriado, que mostrou-se eficaz no aumento da autoeficácia materna em amamentar e na duração da amamentação.

Estudo desenvolvido por Javorski (2014) avaliou a eficácia do uso do referido álbum seriado com gestantes no último trimestre da gestação, e verificou que a autoeficácia materna para amamentar pode ser modificada ou consolidada mediante a intervenção educativa com o álbum seriado, já que foi possível aumentar os escores aferidos pela BSES-SF, tanto para primíparas como múltiparas. Além disso, os resultados evidenciaram que o aumento da autoeficácia para amamentar repercutiu positivamente nas taxas de AME até o segundo mês pós-parto.

Outro estudo utilizando o referido álbum seriado foi realizado em Fortaleza-CE com 100 puérperas para verificar a autoeficácia das mulheres antes e após uma intervenção educativa utilizando essa tecnologia. Os resultados mostraram que a intervenção educativa promoveu a elevação da autoeficácia materna para amamentar, o que pode repercutir positivamente nas taxas de amamentação (DODT *et al.*, 2013). Dessa forma, o álbum seriado pode ser utilizado tanto no período gestacional (JAVORSKI, 2014) quanto no puerpério (DODT et al., 2013), de maneira individualizada ou em sessão grupal, acarretando melhora na autoeficácia em amamentar (RODRIGUES, 2016).

Esses achados corroboram com o estudo de Chaves et al. (2015), o qual avaliou por meio de um estudo quase-experimental, os efeitos do uso do álbum

seriado como intervenção educativa na melhoria da autoeficácia materna na amamentação entre mães do interior do Ceará, evidenciando que o álbum teve efeito positivo na elevação da autoeficácia das puérperas do GI (CHAVES *et al.*, 2015).

Um ECR foi realizado por Rodrigues (2015) com 208 puérperas em uma maternidade do Rio Grande do Sul para avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do mesmo álbum seriado. A prática do AME aos 120 dias pós-parto foi superior no GI, com chance de amamentar exclusivamente de 1,75 vezes no grupo de puérperas que recebeu a intervenção. Além disso, os escores de autoeficácia em amamentar e os índices de oferta do aleitamento materno foram mais elevados no GI, mantendo-se acima de 52% até o quarto mês pós-parto. Dessa forma, o estudo demonstrou que o uso do álbum em sessão grupal reforçou a autoeficácia em amamentar, e repercutiu positivamente na oferta do AME durante o estudo.

Outra tecnologia que vem ganhando destaque no âmbito nacional e internacional é o suporte por telefone, que tem se mostrado como uma forma útil e acessível de promover apoio à amamentação (LAVENDER *et al.*, 2013).

Diante disso, alguns estudos têm aplicado e avaliado intervenções com o uso do telefone como tecnologia, evidenciando efeitos positivos na autoeficácia, duração ou exclusividade da amamentação (HODINNOT *et al.*, 2012; CHAVES, 2016; FU *et al.*, 2014). O uso de intervenções educativas mediada por telefone também foi testado em um ECR realizado com puérperas na Escócia, no qual os profissionais de saúde promoveram apoio ao AM até 14 dias pós-parto. A intervenção foi eficaz posto que as taxas de amamentação e AME aumentaram respectivamente 23% e 22% entre as mulheres que participaram do grupo intervenção em 6-8 semanas pós-parto, além de ter proporcionado satisfação das mães com a intervenção (HODINOTT *et al.*, 2012).

O estudo de Fu *et al.* (2014) evidenciou que o contato telefônico semanal realizado por profissionais de saúde é uma estratégia de impacto para a manutenção do AM em curto e longo prazo.

O suporte por telefone também foi avaliado na pesquisa de Dennis et al. (2002) no Canadá, a qual evidenciou que o apoio à amamentação provido por telefone foi eficaz na manutenção da amamentação até três meses pós-parto, melhorando também a satisfação da mãe com a experiência de amamentar. As ligações foram realizadas por pares, e de forma não padronizada, sendo limitada a uma determinada área geográfica.

Estudo piloto desenvolvido no Canadá utilizou um protocolo de intervenção padronizado e individualizado com duas oficinas e contato telefônico no pós-parto. Os resultados evidenciaram maiores níveis de autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação até o segundo mês pós-parto para as mães que participaram da intervenção, porém não houve significância estatística quando comparado com o grupo controle (McQUEEN *et al.*, 2011).

No Brasil, Chaves (2016) desenvolveu um ECR com o uso da entrevista motivacional por telefone aos 7, 15 e 30 dias pós-parto envolvendo puérperas de uma maternidade pública de Fortaleza-CE. A intervenção foi realizada por enfermeiro capacitado, seguiu os princípios da entrevista motivacional e utilizou como referencial a teoria da autoeficácia de Bandura (1977). A intervenção educativa foi eficaz para elevar a autoeficácia em amamentar das mulheres do GI aos quatro meses ( $p < 0,001$ ). Além disso, o GI apresentou maior duração do aleitamento materno na avaliação do desfecho realizada aos dois meses ( $p = 0,040$ ), mas não aos quatro meses ( $p = 0,203$ ). A intervenção não foi eficaz em relação ao aleitamento materno exclusivo, pois não houve diferença significativa nas taxas de AME entre os grupos aos dois ( $p = 0,983$ ) e quatro meses ( $p = 0,573$ ).

Nesse contexto, percebe-se o interesse dos pesquisadores da área em desenvolverem e avaliarem continuamente novas tecnologias para melhoria da autoeficácia, bem como da duração e exclusividade do aleitamento materno. De acordo com estas publicações, as diversas intervenções e tecnologias que vêm sendo desenvolvidas utilizando os princípios da autoeficácia, tem contribuído para a promoção do aleitamento materno e para a mudança de alguns indicadores importantes.

Diante disso, os profissionais de saúde devem integrar a avaliação da autoeficácia materna na sua prática clínica de forma a direcionar o cuidado ao

binômio mãe-filho, buscando identificar previamente a confiança da mulher para amamentar, bem como as dificuldades que possam emergir da prática.

Os estudos vêm demonstrando que a utilização de intervenções e tecnologias educativas adequadas às necessidades e contexto da mulher possibilitam, além do aumento e reforço da autoeficácia materna, resultados positivos nas taxas de AM e AME, e conseqüentemente, na saúde materno-infantil, contribuindo para a promoção do aleitamento materno.

## **4.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DOS EFEITOS DAS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS POR TELEFONE SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO**

A enfermagem vem experimentando uma profunda mudança cultural ao longo das últimas décadas. Cada vez mais, espera-se que os enfermeiros compreendam e realizem pesquisas e baseiem a sua prática profissional nos resultados comprovados por estudos científicos, como também adotem uma prática baseada em evidências (PBE). A PBE consiste no uso dos melhores dados clínicos para a tomada de decisões relativas à assistência aos pacientes, e esses dados são originados de pesquisas realizados por enfermeiros e outros profissionais de saúde (POLIT; BECKER, 2011).

Trata-se de um movimento que surgiu da necessidade de aprimorar a prática clínica e a qualidade do ensino. A PBE emergiu da necessidade de sintetizar a grande quantidade de informação científica disponível acerca de um tema específico e tem a finalidade de obter subsídios para fundamentar propostas de aprimoramento, de implementação e de avaliação dos resultados obtidos para o incremento da assistência e do ensino (GUANILLO et al., 2011).

Existem diversos métodos para obter os subsídios da PBE, destacando-se entre eles o uso da Revisão Sistemática, como forma de integrar e analisar as evidências de múltiplos estudos que focalizam um problema específico. Além de proporcionar uma síntese do estado do conhecimento de um determinado tema, a revisão sistemática pode apontar lacunas a serem preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT; BECK, 2011). Deve-se ressaltar que os dados utilizados na PBE devem vir de fontes com estudos criteriosos que forneçam informações consistentes capazes de orientar as decisões e ações dos enfermeiros.

Diante do exposto, ao trabalhar com a promoção do aleitamento materno, constatou-se a necessidade de realizar uma revisão sistemática para investigar as evidências científicas atuais disponíveis na literatura nacional e internacional sobre intervenções educativas por telefone voltadas para o aleitamento materno e a real eficácia dessas. Tal avaliação fornecerá embasamento teórico-metodológico para o delineamento da intervenção educativa que será testada e avaliada nesse estudo.



A revisão sistemática é uma metodologia rigorosa proposta para identificar os estudos sobre um tema em questão, aplicando métodos explícitos e sistematizados de busca; avaliar a qualidade e validade desses estudos, assim como sua aplicabilidade no contexto em que serão implementadas, para selecionar os estudos que fornecerão as evidências científicas e, disponibilizar a sua síntese, com vistas a facilitar sua implementação na PBE (HIGGINS; GREEN, 2009).

Trata-se de um método de síntese de evidências que avalia criticamente e interpreta todas as pesquisas relevantes disponíveis para uma questão particular, área do conhecimento ou fenômeno de interesse. Por se tratar de método explícito e sistemático para identificar, selecionar e avaliar a qualidade de evidências, as revisões sistemáticas são tipos de estudos produzidos por uma metodologia confiável, rigorosa e auditável (BRASIL, 2012).

Para isso, utiliza um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reproduzível, que localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção (HIGGINS, GREEN, 2009).

As revisões sistemáticas devem ser abrangentes e não tendenciosas na sua preparação, de modo que os critérios adotados são divulgados para que outros pesquisadores possam repetir o procedimento. Revisões sistemáticas de boa qualidade são consideradas o melhor nível de evidência para tomadas de decisão, por seguir um método científico explícito e rigoroso, sendo considerada como contribuição original na pesquisa clínica (MEERPOHL et al., 2012)

Nesse contexto, nas pesquisas clínicas a questão de pesquisa a ser investigada deve ser clara e objetiva. A fim de orientar a formulação dessa questão, convencionou-se estruturá-la segundo os componentes do acrônimo PICO (população, intervenção, controle e desfecho, do inglês *outcome*) (BRASIL, 2012; HIGGINS; GREEN, 2009; GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Dessa forma, para a construção dessa revisão sistemática formulou-se a seguinte questão de pesquisa a fim de nortear a busca na literatura: Qual a eficácia das intervenções educativas por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno em mulheres lactantes?

A realização de uma revisão sistemática acerca dessa temática é relevante para subsidiar a prática clínica e educativa do enfermeiro no contexto da promoção da saúde. Para que as ações educativas desenvolvidas pela enfermagem tenham real eficácia e impacto nos fenômenos a que ela se propõe trabalhar, é necessário reconhecer, sintetizar, e avaliar criticamente as evidências científicas disponíveis acerca dos efeitos das intervenções e tecnologias educativas utilizadas.

Diante disso, a presente revisão tem como objetivo: avaliar os efeitos das intervenções educativas mediadas por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do AM em mulheres lactantes.

#### **4.2.1 Processo de elaboração da revisão**

O processo de elaboração desta revisão seguiu as etapas propostas pelas Diretrizes Metodológicas para a Elaboração de Revisões Sistemáticas e Metanálises de Ensaio Clínicos Randomizados (BRASIL, 2012): definição da questão de pesquisa no formato PICO, definição dos critérios de elegibilidade, justificativa para a revisão sistemática, busca de potenciais estudos elegíveis, avaliação da elegibilidade dos estudos (triagem dos estudos por resumo e título, e posteriormente pela leitura do texto completo), extração dos dados relevantes (uso da ficha clínica), apresentação e discussão da síntese dos resultados.

A busca dos estudos foi realizada de forma independente e concomitante por dois pesquisadores no período de junho de 2016. Essa busca ocorreu em bases de dados relevantes e de impacto para o contexto da saúde, predeterminadas pelo pesquisador principal, sendo elas: Cochrane, PubMed, MEDLINE, LILACS e SCOPUS.

Para a seleção dos artigos que compuseram essa revisão adotaram-se os seguintes critérios de elegibilidade: ser artigo de pesquisa completo, estar publicado em inglês, português ou espanhol, ter nível de evidência 1 ou 2, ter sido publicado entre 2010 e 2016 (evidências mais recentes), ter utilizado o telefone nas intervenções educativas para o aleitamento materno e ter como desfecho a autoeficácia e/ou duração e/ou exclusividade do AM. E como critério de exclusão:

relatos de casos, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, e artigos repetidos nas bases de dados.

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

Para realização das buscas nas bases de dados foram utilizados os descritores controlados presentes no DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings): estudos de intervenção (*Intervention Studies*), telefone (*Telephone*) e aleitamento materno (*Breast Feeding*). Foi utilizado o operador booleano *and* e realizado o seguinte cruzamento: *Intervention Studies and Telephone and Breast Feeding*.

Após o levantamento dos estudos, iniciou-se o processo de avaliação da elegibilidade, por meio de uma etapa de triagem dos artigos, com leitura de título e resumo, o que permitiu descartar um grande número de referências que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade, e posteriormente uma etapa de confirmação, pela leitura do manuscrito em forma de texto completo.

Deve-se ressaltar que quando houve discordância sobre o julgamento da elegibilidade entre os revisores, bastava apenas um revisor julgar o artigo elegível que ele passava para a etapa seguinte. Ao final desse processo obteve-se uma amostra de 10 artigos (Quadro 1).

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

<b>PRODUÇÃO ENCONTRADA</b>	<b>LILACS (n=1)</b>	<b>PUBMED (n=71)</b>	<b>SCOPUS (n=114)</b>	<b>COCHRANE (n=55)</b>	<b>Total (241)</b>
<b>Motivo da Exclusão</b>					
Outros idiomas	-		1	-	1
Não possui nível de evidência 1 ou 2	1	10	20	9	40
Não publicação entre 2010 e 2016	-	38	59	25	122
Não aborda a temática do estudo	-	8	9	5	22
Não usou telefone como intervenção		7	13	3	23
Duplicidade	-	-	11	12	23
<b>TOTAL SELECIONADO</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>

Fonte: Autor, 2016.

A extração dos dados dos artigos foi guiada por uma ficha clínica padrão (APÊNDICE H) elaborada previamente pelos autores com base nas recomendações de Brasil (2012), contendo as informações e as variáveis que foram consideradas importantes para interpretação e aplicabilidade dos resultados. Foram extraídas as seguintes informações e variáveis: Identificação do artigo (título do artigo, autoria, ano de publicação, base de dados, país), Participantes (população, amostra inicial e final, perdas do estudo, critérios de inclusão), Intervenção (descrição da intervenção, referencial teórico utilizado, provedor da intervenção e período da intervenção), Desfechos (desfechos avaliados e período de avaliação), e Resultados.

#### **4.2.2 Caracterização dos artigos**

A análise dos artigos selecionados evidenciou que todos foram oriundos de periódicos internacionais e publicados na língua inglesa. A base PUBMED foi a que apresentou o maior número de estudos, com oito estudos, seguido pela SCOPUS e COCHRANE cada qual com um estudo. Predominaram as publicações realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) (6). De acordo com a classificação

metodológica, todos os artigos incluídos foram Ensaios Clínicos Randomizados Controlados. A caracterização dos artigos está apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2** - Caracterização dos artigos de pesquisa selecionados nas bases de dados Cochrane, PUBMED e SCOPUS. Fortaleza-CE, 2016.

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>AUTORIA/ANO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PAÍS</b>
COCHRANE	Efrat <i>et al.</i> (2015)	The effect of lactation educator implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomized trial	EUA
PUBMED	Pugh <i>et al.</i> (2010)	A Randomized Controlled Community-Based Trial to Improve Breastfeeding Rates Among Urban Low-Income Mothers	EUA
PUBMED	Bunik <i>et al.</i> (2010)	Are 2 Weeks of Daily Breastfeeding Support Insufficient to Overcome the Influences of Formula?	EUA
PUBMED	Rasmussen <i>et al.</i> (2011)	Interventions to Increase the Duration of Breastfeeding in Obese Mothers: The Bassett Improving Breastfeeding Study	EUA
PUBMED	Tahir e Al-Sadat (2013)	Does telephone lactation counseling improve breastfeeding practices?: A randomized controlled trial	Malásia
PUBMED	Carlsen <i>et al.</i> (2013)	Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial	Dinamarca
PUBMED	Fu <i>et al.</i> (2014)	Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicenter cluster randomized controlled trial	China
PUBMED	Reeder <i>et al.</i> (2016)	Telephone Peer Counseling of Breastfeeding Among WIC Participants: A Randomized Controlled Trial	EUA
PUBMED	Flax <i>et al.</i> (2016)	Integrating Group Counseling, Cell Phone Messaging, and Participant-Generated Songs and Dramas into a Microcredit Program Increases Nigerian Women's Adherence to International Breastfeeding Recommendations	Nigéria
SCOPUS	Ganga <i>et al.</i> (2015)	A Clinic-Based Breastfeeding Peer Counselor-Intervention in an Urban, Low-Income Population: Interaction with Breastfeeding Attitude	EUA

Fonte: Autor, 2016

### **4.2.3 Caracterização dos artigos de acordo com o Método**

Para iniciar a análise dos estudos incluídos nessa revisão sistemática é necessário inicialmente apresentar alguns aspectos metodológicos importantes para a compreensão dos ensaios clínicos realizados, como a população e amostra de cada estudo, perdas amostrais, critérios de inclusão e as técnicas de randomização utilizadas conforme descrito no Quadro 3.

**Quadro 3** - Caracterização dos estudos de acordo com os aspectos metodológicos. Fortaleza-CE, 2016.

<b>Autor</b>	<b>População</b>	<b>Amostra Inicial</b>	<b>Amostra Final</b>	<b>Perdas</b>	<b>Crítérios de Inclusão</b>	<b>Técnica de Randomização</b>
Bunik et al. 2010	Puérperas latinas de baixa renda	341	249	27,0%	Puérperas com 18 anos ou mais; que tiveram bebê a termo saudável; e que queriam amamentar; cujo idioma principal fosse o inglês ou espanhol.	Randomização em blocos com uso de envelopes lacrados.
Pugh et al. 2010	Puérperas	467	328	30,0%	Lactente de gestação a termo, com intenção de amamentar, idioma inglês, com acesso a telefone e com residência dentro de 25 milhas do hospital de nascimento.	Uso de algoritmo no SPSS sendo utilizado a técnica dos envelope selado.
Rasmussen et al. 2011	Puérperas obesas	50	40	20,0%	Mulheres com 35 semanas ou menos de gestação, com a intenção de amamentar, sem história de cirurgia de mama, residente próximo ao local do estudo, maiores de 19 anos e com (IMC) > 29 kg / m <sup>2</sup>	Houve a randomização em dois grupos: Grupo controle (cuidado de rotina) e Grupo intervenção. Não informa a técnica utilizada.
Tahir e Al-Sadat., 2013	Puérperas	357	318	10,9%	Puérperas com 18 anos ou mais; nacionalidade da Malásia; Gestação única a termo; ter intenção de amamentar; compreender e se comunicar pelo idioma malaio ou inglês; ter participado ao menos de um programa de educação no pré-natal; ter telefone para contato.	Randomização em blocos, utilizando um software de distribuição aleatória.
Carlsen et al. 2013	Puérperas Obesas	226	227	8,5%	Mulheres que pretendiam amamentar e que não tinham história de cirurgia de mama. Todas as mulheres que tinham participado do Estudo Tratamento da Obesidade na gravidez/ IMC pré-gravidez: 30 kg / m <sup>2</sup> .	Randomização um por um, utilizando um software de distribuição aleatória

Fu et al. 2014	Puérperas Chinesas	724	722	0,3%	Primíparas chinesas, pelo menos 18 anos de idade; intenção de amamentar; sem complicações obstétricas ou doenças psiquiátricas, e sem contra indicação para amamentação.	Randomização em grupo (o hospital era a unidade de randomização, pois se tratou de um estudo multicêntrico) com uso da tabela de números aleatórios
Ganga et al., 2015	Gestantes	120	103	14,2%	Mulheres com $\geq 28$ semanas de gestação, maiores de 18 anos, idioma inglês e com indicação para amamentação.	Randomização em blocos e estratificada de acordo com a atitude da mãe em relação à amamentação.
Efrat et al.; 2015	Gestantes	289	117	59,5%	Mulheres hispânicas com 26 a 34 semanas de gestação; telefone para contato; nascimento de bebê saudável a termo.	Randomização em blocos utilizando algoritmo computacional
Flax et al. 2016	Gestantes	484	461	4,8%	Mulheres gestantes que integravam programas de microcréditos	Randomização em blocos utilizando a variável Bernoulli criada pelos pesquisadores
Reeder et al. 2016	Gestantes	1948	1885	3,2%	Mulheres que falassem o idioma inglês ou espanhol, participantes do Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC), com intenção de amamentar ou que estavam indecisas quanto à amamentação.	Randomização estratificada por idioma (inglês e espanhol) para o grupo controle, aconselhamento de baixa frequência e de alta frequência. Não informa a técnica utilizada.

Fonte: Autor, 2016



Em relação à população eleita para a realização dos estudos percebe-se que tanto gestantes como puérperas foram escolhidas, pois alguns autores defendem ser necessário iniciar o suporte e apoio ao aleitamento materno ainda durante a gestação por meio do acompanhamento pré-natal (EFRAT et al., 2015; GANGA et al., 2015; REEDER et al. 2016).

Nos estudos em que a população foi composta por mulheres gestantes, a intervenção teve início a partir do terceiro trimestre gestacional, por acreditar que é nesse período que a mulher deve ser preparada para as questões que envolvem a vivência do parto e nascimento, puerpério e alimentação da criança (EFRAT et al., 2015; GANGA et al., 2015; REEDER et al. 2016). Já nos estudos em que a população foi constituída por puérperas, a intervenção teve início no puerpério imediato, como forma de ajudar e apoiar as mulheres a iniciar essa prática, fornecer informações e apoio para superar as dificuldades presentes no início da amamentação e torná-la confiante para manter a exclusividade da amamentação (BUNIK et al., 2010; TAHIR; AL-SADAT, 2013; FU et al., 2014; CARSELN et al. 2013; PUGH et al., 2010).

De forma geral, a amostra dos estudos foi composta por mulheres que tiveram bebês saudáveis a termo, sem complicações ou intercorrências obstétricas ou no período puerperal, sem contraindicações para amamentar e que tivessem telefone para contato. Somente os estudos de Rasmussen et al.(2011) e Carlsen et al. (2013) envolveram um grupo específico de puérperas (mulheres obesas) uma vez que a obesidade materna está associada a piores taxas de AM e AME, sendo necessário intervenções de suporte e apoio para esse público específico.

Em relação à perda amostral, os estudos tiveram taxas significativas de perda, variando de 0,3% até 59,55% da amostra. Nos ECR é importante considerar a perda de amostra que pode ocorrer ao longo dos estudos, uma vez que a maioria envolve períodos longos de acompanhamento dos sujeitos.

Nas intervenções por telefone para a promoção do aleitamento materno diversas causas podem elevar o número de perda dos participantes, como mudança de número de telefone, telefone desligado, não atender as ligações, desistência de participar da pesquisa, interrupção da amamentação, dentre outros (JAVORSKI,

2014; RODRIGUES, 2015; CHAVES, 2016). Na tentativa de superar as possíveis limitações ocasionadas pela diminuição do número de participantes ao longo do estudo é necessário acrescentar um percentual de possíveis perdas no cálculo amostral.

Todos os estudos analisados referiram ter realizado a randomização dos participantes no grupo controle e intervenção, utilizando técnicas como a randomização em blocos, em grupos e estratificada, com a utilização de algoritmos computacionais, uso de envelopes lacrados e tabelas de números aleatórios. Apenas os estudos de Rasmussen et al. (2011) e Reeder et al. (2016) não referiram a técnica de randomização utilizada. A randomização consiste em uma das características bases de um ensaio clínico, devendo alocar de forma aleatória os tratamentos testados e que essas alocações sejam invioláveis, devendo a técnica escolhida e o procedimento de alocação ser adequados para cada tipo de estudo (HULLEY et al., 2008).

#### **4.2.4 Características das Intervenções Educativas por Telefone**

Nesta seção serão apresentadas as descrições das intervenções por telefone que foram realizadas nos ensaios clínicos, considerando fatores importantes como o provedor da intervenção, período em que foi realizada, referencial teórico utilizado e sua descrição.

**Quadro 4** - Intervenções por telefone para promoção do aleitamento materno. Fortaleza-CE, 2016.

Autor	Provedor	Período	Referencial Teórico	Descrição da Intervenção
Efrat <i>et al.</i> ; (2015)	Profissional de Saúde consultor em lactação pelo IBLCE e com experiência como educador em lactação.	Início no terceiro trimestre da gestação, até o 6º mês pós-parto	Não informa esse dado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguiu um protocolo de intervenção criado pelo pesquisador principal;</li> <li>- Aconselhamento utilizando técnicas centradas no cliente.</li> <li>- No pré-natal: aumentar a motivação da mulher e apoiar o início do AM; reduzir as concepções erradas acerca do AM; orientação acerca do AM.</li> <li>- No pós-parto: aumentar o apoio ao AME até o sexto mês; reforçar o conhecimento do pré-natal; conversar sobre as dificuldades que surgiram; orientar procura dos serviços de saúde quando necessário.</li> </ul>
Bunik <i>et al.</i> (2010)	Enfermeiros treinados bilíngues (inglês e espanhol)	Duas primeiras semanas pós-parto (telefonemas diários)	Não informa esse dado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ligações com base em protocolos desenvolvidos a partir de referências nacionais e de saúde pública acerca do aleitamento materno e adaptados culturalmente.</li> <li>-Aspectos abordados: questões culturais do AM, vantagens do colostro e da boa pega; benefícios da amamentação; ingurgitamento; dor nas mamas; causas do choro do bebê; fórmulas suplementares; suporte familiar; grupos de apoio; doenças maternas; medicações e dieta; armazenamento do leite; retorno ao trabalho ou ao estudo e outras dificuldades.</li> <li>- Duas visitas ao centro de saúde, a primeira entre 3 a 5 dias, e a segunda com 2 semanas pós-parto.</li> </ul>

Tahir e Al-Sadat, 2013	Enfermeiros obstetras certificados como consultores em lactação	Até o sexto mês pós-parto, sendo dois telefonemas por mês	Não informa esse dado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhamento por telefone realizado duas vezes por mês por um conselheiro em lactação;</li> <li>- Treinamento dos profissionais acerca do manejo da amamentação e do aconselhamento;</li> <li>- Uso de materiais educativos acerca de aconselhamento na amamentação, e POPs para uniformizar a intervenção.</li> </ul>
Ganga et al., 2015	Por pares (mulheres com experiências de sucesso em amamentar treinadas)	Até o quarto mês pós-parto	Não informa esse dado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A intervenção consistiu em apoio e acompanhamento da amamentação, com orientações básicas acerca da amamentação.</li> </ul>
Rasmussen et al. (2011)	Consultor em lactação certificado pelo IBLCE	Até 72 horas pós-parto (uma ligação no pré-parto, e outras duas com 24 e 72 horas)	Não informa esse dado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A intervenção seguiu um roteiro para padronizar a intervenção, criado pelos pesquisadores, porém os consultores também abordavam outras questões importantes que surgiam durante as ligações;</li> <li>- Ligação no pré-parto: abordava os conhecimentos, expectativas e dúvidas das mulheres em relação ao AM;</li> <li>- No pós-parto: demandas e dificuldades no AM, quando necessário encaminhava a mulher para o serviço de saúde.</li> </ul>
Reeder et al. (2016)	Por pares (mulheres com experiências de sucesso em amamentar treinadas)	Até quatro meses pós-parto	Não informa esse dado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O estudo avaliou duas intervenções: 1). Aconselhamento de baixa frequência: 4 ligações, duas no pré-natal e duas até a segunda semana pós-parto. 2). Aconselhamento de alta frequência: 8 ligações, quatro no pré-natal e quatro até o quarto mês pós-parto</li> <li>- Aconselhamento realizado por pares para suporte e apoio ao AM, abordava aspectos como benefícios do AM, técnicas de amamentação e dificuldades no</li> </ul>

Fu et al. (2014)	Enfermeiras com vasta experiência e certificados como consultor em lactação	Até a quarta semana pós-parto	Não informa esse dado	<p>AM.</p> <p>- O estudo avaliou três intervenções diferentes:</p> <p>1) Grupo controle 2) sessões de apoio a amamentação na maternidade (3 sessões nas primeiras 48 horas) 3). Suporte por telefone (ligações até a quarta semana pós-parto</p> <p>-Suporte por telefone: focado em conhecimentos sobre amamentação, alimentação infantil, saúde física e emocional da mãe, e orientações sobre problemas como baixo ganho de peso, leite insuficiente, retorno ao trabalho, armazenamento do leite.</p>
Carlsen et al. (2013)	Profissional de Saúde certificado como consultor em lactação pelo IBLCE	Até o sexto mês pós-parto	Não informa esse dado	<p>- Três ligações no primeiro mês, a cada duas semanas até o segundo mês e, posteriormente uma vez por mês.</p> <p>- Suporte consultivo por telefone que seguiu um projeto estruturado, abordando questões de aspectos físicos e psicológicos relacionados com a amamentação e o bem-estar da mãe e da criança, as dificuldades e possíveis soluções encontradas.</p> <p>- Determinava se a mãe tinha conhecimento suficiente sobre AM e, se necessário o aconselhamento ocorria.</p>
Flax et al. (2016)	Parceiros de uma organização americana não governamental em parceria com 4 organizações comunitária	Até o sexto mês pós-parto	Não informa esse dado	<p>- A intervenção consistiu em 3 componentes: 1) sessões de aconselhamento sobre AM durante as reuniões de microcrédito; 2) mensagens de texto e de voz gravadas e enviadas por telefone acerca de assuntos discutidos nas sessões; e 3) canções e dramas criados pelos participantes (Os grupos escolhiam uma das mensagens recebidas a cada mês e criavam música ou drama para apresentar</p>

Pugh et al. (2010)	Grupo de suporte formado por enfermeiros consultores em lactação e conselheiros pares.	Até o sexto mês pós-parto	Não informa esse dado	<p>na reunião mensal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os seguintes temas foram abordados: recomendações para o início precoce do AM e para o AME; Benefícios do AM; técnicas de amamentação; tempo de introdução de outros alimentos. Também foi utilizado cartazes e folhetos durante as sessões.</li> <li>- O GI recebeu visita do grupo de apoio no hospital diariamente até sua alta, duas vezes no domicílio durante a primeira semana, e uma terceira visita com 4 semanas pós-parto.</li> <li>- Suporte por telefone, realizado pelos conselheiros de pares, por meio de ligações programadas a cada 2 semanas até o sexto mês.</li> <li>- Os participantes podiam ligar para a enfermeira até o sexto mês</li> </ul>
--------------------	--	---------------------------	-----------------------	---

Fonte: Autor

Na maioria dos estudos (6) os provedores da intervenção por telefone foram profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, com experiência profissional como conselheiro em amamentação e certificados como consultores em lactação, evidenciando a competência desses profissionais para conduzir intervenções voltadas para a promoção do aleitamento materno (EFRAT *et al.*, 2015; TAHIR; AL-SADAT, 2013; RASMUSSEN *et al.* 2011; FU *et al.*, 2014; CARLSEN *et al.*, 2013).

Em três desses estudos, os profissionais responsáveis por conduzir a intervenção por telefone eram consultores em lactação certificados pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE), que consiste em uma entidade internacional de certificação que confere a credencial de Consultor Internacional em Amamentação para os profissionais com o conhecimento, habilidades cognitivas e experiência clínica necessária para um desempenho efetivo de consultor em amamentação (EFRAT *et al.*, 2015; RASMUSSEN *et al.*, 2011; CARLSEN *et al.*, 2013).

Somente no estudo de Bunik *et al.* (2010), os provedores da intervenção eram enfermeiros sem certificação de consultor em lactação, apesar disso o estudo mostra que as ligações foram realizadas por enfermeiros que atuavam na área e que foram treinados para a realização do suporte ao aleitamento materno por telefone.

Diante disso, é importante atentar que na realização de ensaios clínicos, em que se aplica e avalia intervenções educativas, por não se tratar de uma intervenção “pronta” e “concreta”, mas sim que se constrói no momento de contato e diálogo entre o profissional e os participantes, o domínio e a experiência do pesquisador acerca do assunto trabalhado é fundamental para o sucesso da intervenção e para a sua eficácia sobre os efeitos desejados, sendo promissor para esse tipo de estudo o treinamento e capacitação dos profissionais responsáveis por intervir.

Nesse contexto, Tahir e Al-Sadat (2013) utilizaram materiais educativos para guiar o aconselhamento realizado na amamentação, e Procedimentos Operacionais Padrões para uniformizar a intervenção, chamando a atenção para a criação de instrumentos, materiais e padrões que orientem a realização da

intervenção com rigor metodológico, de forma a garantir a sua qualidade e homogeneidade, evitando possíveis vieses no estudo.

No estudo de Flax *et al.* (2016) a intervenção foi realizada por parceiros de uma organização americana não governamental em parceria com quatro organizações comunitárias das localidades onde a pesquisa ocorreu, porém os autores não relatam quem eram esses parceiros, se tratavam-se de profissionais de saúde ou não.

Nesta revisão, três estudos utilizaram o aconselhamento por pares como intervenção educativa, utilizando mulheres que haviam tido experiências de sucesso em amamentar para aconselhar as participantes do grupo intervenção. Além da experiência prévia com a amamentação, os pares foram treinados pelos pesquisadores para realizar o aconselhamento por telefone. Nesse tipo de intervenção, as mulheres recebiam dos seus pares suporte e apoio para a prática da amamentação e para superar as dificuldades que surgiam, além de orientações básicas, como os benefícios do aleitamento materno, pega correta e técnicas de amamentação (GANGA *et al.*, 2015; REEDER *et al.*, 2016; PUGH *et al.*, 2010).

O aconselhamento por pares é uma forma de intervenção que vem se consolidando nos estudos internacionais, que consiste em pessoas que tiveram experiências positivas com determinadas situações promover o apoio e aconselhamento para os seus pares (LUMBIGANON *et al.*, 2012; INGRAM *et al.*, 2010).

Dentre os aspectos abordados nas ligações realizadas pelos profissionais de saúde no pré-natal estavam: aumentar a motivação da mulher, apoiar o início do AM, conhecimentos, expectativas e dúvidas em relação ao AM (EFRAT *et al.*, 2015; GANGA *et al.*, 2015; REEDER *et al.*, 2016). Já no pós-parto as ligações tinham como objetivo: aumentar o apoio ao AME até o sexto mês de vida, reforçar o conhecimento do pré-natal, trabalhar questões culturais do AM, e dificuldades para a prática do AM (ingurgitamento, dor, traumas, choro do bebê, baixo peso, leite insuficiente, fórmulas suplementares, falta de apoio, dieta e doenças maternas), suporte familiar, retorno ao trabalho e estudos, armazenamento do leite, encaminhamentos para os serviços de saúde quando necessário.



Em três ECR os pesquisadores associaram às intervenções por telefone outros tipos de intervenção. Flax *et al.* (2016) utilizaram sessões de aconselhamento realizadas de forma presencial uma vez por mês, mensagens de texto e canções e dramatizações relacionadas aos assuntos discutidos nas sessões. No estudo de Bunik *et al.* (2010) além das ligações, as mulheres tiveram duas visitas aos centros de saúde para acompanhamento da saúde e do AM. Já no estudo de Pugh *et al.* (2010), além do suporte telefônico as lactantes receberam visitas na maternidade e três visitas domiciliares por profissionais de saúde.

Os estudos incluídos nessa revisão não referiram ter utilizado referencial teórico para fundamentar a intervenção do estudo, o que pode ser uma limitação no planejamento da intervenção ou na descrição dos artigos, que não detalha completamente a intervenção que foi testada. Apenas o estudo de Bunik *et al.* (2010) referiu ter utilizado um protocolo com base em referências nacionais e de saúde pública sobre aleitamento materno.

Em relação ao período de realização das intervenções, os estudos foram bastante heterogêneos, variando da primeira semana pós-parto até o sexto mês. Para essa revisão, decidiu-se adotar a terminologia intervenções de curta duração, aquelas que ocorreram somente até o primeiro mês pós-parto, e intervenções de longa duração aquelas que tiveram continuidade no decorrer do puerpério, estendendo-se para além do primeiro mês de vida da criança.

Dessa forma, evidenciou-se que a maioria dos estudos ( $n = 7$ ) utilizaram intervenções de longa duração, enquanto apenas os estudos de Bunik *et al.* (2010), Rasmussen *et al.* (2011) e Fu *et al.* (2014) utilizaram intervenções de curta duração, sendo os períodos adotados de duas semanas pós-parto, até 72 horas pós-parto e até quatro semanas pós-parto, respectivamente.

#### **4.2.5 Avaliação dos Efeitos das Intervenções por Telefone**

Neste tópico será abordado o efeito das intervenções educativas realizadas por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação, buscando responder à pergunta de pesquisa que norteou esta revisão.

Por meio da análise dos artigos foi possível evidenciar que nenhum deles elencou a autoeficácia em amamentar como um desfecho a ser avaliado, dessa forma, não avaliaram os efeitos da intervenção por telefone na autoeficácia, somente na duração e exclusividade do AM.

**Quadro 5** - Efeitos das intervenções educativas por telefone na duração e exclusividade da amamentação. Fortaleza-CE, 2016.

Autor	Intervenção	Avaliação Desfecho	Duração do AM	Exclusividade do AM
Efrat <i>et al.</i> ; (2015)	Ligações do terceiro trimestre da gestação até o sexto mês pós-parto por profissional consultor em lactação	72 horas, 1º, 3º e 6º mês pós-parto	A intervenção foi eficaz para o aumento da duração do AM no GI. O GI teve uma média de 20,2 semanas de amamentação, enquanto o GC de 13,7 semanas, sendo essa diferença significativa (p=0,024).	As taxas de AME foram mais elevadas no GI do que no GC, embora não significativo: 1º mês – 31,4% do GC e 32,4% do GI (p=0,97); 3º mês – 23,2% no GC e 30,9% no GI (p= 0,35); 6º mês – 8,2% no GC e 22,2% no GI (p=0,06). O GI foi mais propenso a continuar o AME nos diversos períodos de avaliação (OR72hrs = 1,1, OR1mês = 1,6, OR3mês = 1,7 e OR6mês = 2,6).
Bunik et al. (2010)	Ligações nas duas primeiras semanas pós-parto por enfermeiros treinados	1º, 3º e 6º mês pós-parto	O grupo GI e GC não tiveram diferenças significativas quanto as taxas de amamentação, e a duração do aleitamento materno  Taxas de AM em 1 mês: GI: 74%, GC: 74% (p=0,9), 3 meses: GI: 49%, GC: 54% (p=0,38) e 6 meses: GI: 28%, GC: 37% (p=0,16).  O estudo não informa a duração média de duração do aleitamento materno no GI e GC.	Não houve diferença significativa na taxa de amamentação exclusiva entre o GI e GC: Taxas de AME em 1mês: GI: 48%, GC: 48% (p=0,82), em 3 meses: GI: 27%, GC:35% (p=0,13) e 6 meses: GI: 17%, GC: 25% (p=0,10).
Tahir e Al-Sadat, 2013	Ligações até o sexto mês pós-parto por enfermeiros consultores em lactação	1º, 4º e 6º mês pós-parto	As taxas de aleitamento materno no GI foram maiores do que no GC com 1, 4 e 6 meses, porém a diferença não foi significativa. Taxas de AM em 1 mês: GI= 95,8% GC= 92,6% (p= 0,304) 4mês: GI= 90,1% GC= 87,4% (p= 0,555)	No primeiro mês pós-parto, a taxa de AME no GI foi maior que no GC, sendo estatisticamente significativa a diferença (1º mês: GI: 84,3%; GC: 74,7% p= 0,042). As taxas de AME no quarto e sexto mês pós-parto foram semelhantes no GI e GC (4º

			6mês: GI= 90,6% GC = 86,1% (p= 0,276). Mais puérperas interromperam completamente a amamentação no GC do que no GI com 1, 4 e 6 meses, mas a diferença não foi significativa: 1º mês GI= 4,2% GC= 7,4% 4mês: GI= 9,9% GC= 12,6% 6mês:GI= 9,4% GC= 13,9%. O estudo não informa a duração média de duração do AM no GI e no GC.	mês: GI: 42%; GC: 39% p=0,67); (6º mês: GI: 12,5%; GC:12% p = 0,89). O GI foi mais propenso a continuar o AME com 1 mês e com 4 mês (1mês OR: 1,83; 4º mês OR:1,13; 6º mês OR: 1,04).
Ganga et al., 2015	Ligações até o quarto mês realizada por Pares	1º e 6º mês pós-parto	Não houve diferença significativa entre o GI e GC na duração da amamentação, sendo a média de 6 semanas (GI = 7,0 semanas, GC = 6,0 semanas). As taxas de amamentação do GI foram superiores ao GC somente com 1 mês, embora não significativo (1mês: GI = 68% GC=53% p= 0,14; 6meses: GI = 8% GC=8% p=0,96)	Não houve diferença significativa nas taxas de AME entre o GI e o GC com 1 mês (p= 0,51) e 6 meses (p=0,51).
Rasmussen et al. (2011)	Ligação no pré-parto, e no pós-parto com 24 e 72 horas realizado por um consultor em lactação	7, 30, 90 dias	A duração do AM foi 4,3 semanas mais curto no GI do que no GC.  O GI teve média de 8,6 semanas de duração, e o GC 12,9 semanas (p=0.08)  Aos 30 e 90 dias também foram menores (p= 0,10)	A duração do AME foi 4,7 semanas mais curta no GI do que no GC. O GI teve média de 3,4 semanas de AME, e o GC 8,1 semanas (p=0,08).  Aos 7 dias 65% do GI e 80% do GC estava em AME  Aos 30 dias 40% do GI e 60% do GC estavam em AME
Reeder et al. (2016)	Ligações até quatro meses pós-parto realizada por pares	1º, 3º e 6º mês pós-parto	Não houve diferença significativa da intervenção na duração do AM. O aconselhamento aumentou em 22% a probabilidade da amamentação não	Não houve diferença significativa entre o GI e GC em relação ao aleitamento materno exclusivo.

			exclusiva com três meses no GI (RR: 1,22); 1mês (RR: 1,19); 6 meses (RR: 1,18).	
Fu et al. (2014)	Ligações até a quarta semana pós-parto realizada por enfermeiros consultores em lactação	1º, 2º, 3º e 6º mês pós-parto	<p>A intervenção aumentou significativamente a duração do AM nos primeiros 6 meses (<math>p=0,01</math>).</p> <p>As taxas de AM até o sexto mês foram superiores no GI quando comparado com o GC, sendo o GI significativamente mais propenso a continuar qualquer amamentação tanto com 1 mês (GI= 76, 2% GC = 67,3% OR = 1,63 <math>p=0,01</math>), como com 2 meses (GI = 58,6% GC= 48,9% OR= 1,48, 95% <math>p =0,03</math>). Aos 3 e 6 meses o GI foi mais propenso a amamentar, embora não significativo (GI= 48% GC=39% OR=1,39 <math>p= 0,08</math>), e 6 meses (GI= 13% GC= 10% OR= 1,33 <math>p=0,15</math>). O risco de interromper precocemente o AM foi significativamente mais baixo no GI quando comparado com o GC (RR: 0,79 <math>p=0,03</math>).</p>	Em relação ao AME, o GI foi mais propenso a continuar amamentando exclusivamente quando comparado com o GC com 1 mês (GI= 28,4% GC= 16,9% OR= 1,89 $p=0,003$ ), 2 meses (OR=1,43 $p= 0,12$ ), 3 meses (OR=1,25 $p=0,43$ ), 6 meses (OR=1,21 $p=0,49$ ), embora só tenha sido significativo no 1º mês.
Carlsen et al. (2013)	Ligações até o sexto mês pós-parto por consultor em lactação	1º, 3º e 6º mês pós-parto	A intervenção foi efetiva para aumentar a duração do AM. O AM foi mantido por uma média de 184 d (92-185 d) no GI em comparação com 108 d (16-185 d) no GC ( $p = 0,002$ ).	A intervenção foi efetiva para aumentar o AME. O GI amamentou exclusivamente por uma média de 120 d (percentis 25 a 75th: 14-142 d) em comparação com 41 d (3-133 d) para indivíduos controle ( $p = 0,003$ ).
Flax et al. (2016)	Sessões de aconselhamento, mensagens de texto e de voz por telefone até	1º, 3º e 6º mês pós-parto	Não avaliou a duração do AM	As chances de AME no GI foi maior do que no GC com 1 mês (73% versus 61%, OR: 1.6 IC: 0.6-1.8 $p=0,10$ ), 3 meses (71% versus 58%, OR: 1.8 IC: 1.1-3.0 $p<0,05$ ) e

	o sexto mês pós-parto			6 meses (64% versus 43%, OR: 2.4 IC: 1.4-4.0 $p < 0,01$ ), sendo significativo com 3 e 6 meses, porém não com 1 mês
Pugh et al. (2010)	Ligações até o sexto mês por pares + visitas hospitalares e domiciliares por enfermeiros consultor em lactação	6 semanas, 3º e 6º mês pós-parto	A intervenção aumentou as taxas de AM, porém não foi significativo: 6 semanas: GI teve o valores maiores de AM do que o GC (66,7% vs 56,9% $p=0,05$ ); 3º mês: (49,4% vs 40,6% $p= 0,07$ ); 6º mês: (29,2% vs 28,1% $p=0,46$ ).	Não foi avaliada a exclusividade

Fonte: Autor

Na presente revisão, optou-se por apresentar os resultados dos estudos de acordo com a eficácia das suas intervenções, de forma a facilitar a compreensão das características dos ensaios clínicos que tiveram impacto positivo nos desfechos investigados, e daqueles em que não se evidenciou diferenças associadas à intervenção.

Diante disso, esse tópico será subdividido em duas categorias: I. Intervenções não eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno; II. Intervenções eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno.

### **I. Intervenções não eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno**

Da amostra total de 10 artigos que foram incluídos nessa revisão, cinco não apresentaram efeitos significativos no aleitamento materno. Em relação aos três estudos que realizaram intervenções de curto prazo, dois não tiveram eficácia sobre a duração ou exclusividade do aleitamento materno (BUNIK et al, 2010; RASMUSSEN et al., 2010).

Dentre esses, o ECR de Bunik et al. (2010) com 590 puérperas latinas de baixa renda avaliou o suporte ao AM realizado por telefone durante as duas primeiras semanas pós-parto por enfermeiros. Os grupos GI e GC não tiveram diferenças significativas quanto às taxas de amamentação e a duração do AM (1 mês: GI: 74% vs GC: 74% ( $p=0,9$ ). Também não houve diferença em relação a taxa de aleitamento materno exclusivo entre o GI e o GC.

O estudo de Rasmussen et al. (2010) com 50 puérperas obesas avaliou se o aumento do apoio a amamentação por telefone até 72 horas pós-parto, realizado por consultores de lactação, era eficaz para melhorar a amamentação em mulheres obesas. Esse estudo apresentou efeitos negativos em relação ao grupo intervenção quando comparado ao controle, sendo a duração da amamentação 4,3 semanas mais curto no GI do que no GC ( $p= 0,08$ ), o que foi observado também aos 30 e 90 dias ( $p =0,10$  e  $p=0,08$ , respectivamente). A duração do AME foi de 4,7 semanas mais curto no GI que no GC ( $p= 0,08$ ), e as taxas de aleitamento exclusivo também foram piores no grupo intervenção.

Esse estudo teve diversas limitações que podem ter influenciado seus resultados, como o pequeno número amostral (n=50), o período de realização das ligações, o público específico, e não ter utilizado referencial teórico para a intervenção com esse grupo.

Além disso, as ligações foram realizadas em momentos inoportunos, como o pré-parto, em que a puérpera se encontra bastante vulnerável e ansiosa quanto ao nascimento do filho, não sendo o momento ideal para orientação sobre AM, e no período de 24 e 72 horas após o parto, em que algumas mulheres ainda encontram-se internadas na maternidade ou acabaram de receber alta. Neste momento é mais indicado que essas intervenções ocorram no alojamento conjunto, valorizando o contato pessoal do profissional com a paciente, de forma a demonstrar a prática do AM e superar as dificuldades que possam surgir (RODRIGUES, 2015). Os demais estudos que iniciaram a intervenção ainda antes do parto enfatizam a importância de ser realizada no terceiro trimestre da gestação, durante o pré-natal, de forma a preparar a mulher para essa prática (EFRAT *et al.*, 2015; GANGA *et al.*, 2015; REEDER *et al.* 2016).

Outro fator limitante foi a condição física das puérperas, pois os valores de IMC foram mais elevados no GI do que GC, e essa variável esteve associada com o menor tempo de amamentação. Alguns estudos demonstram que a obesidade está associada a piores taxas de aleitamento materno, uma vez que essas mulheres têm mais dificuldades para iniciar a amamentação e menores chances de manter essa prática, além de fatores biológicos, como dificuldade de posicionamento do bebê, seios grandes, atraso no início da lactogênese, e uma menor resposta da prolactina (BAKER *et al.*, 2007; KATZ, NILSSON, RASMUSSEN, 2010; JEVITT *et al.*, 2007).

Dentre os sete estudos que utilizaram intervenções de longa duração, três não foram eficazes na duração ou exclusividade do AM. Percebeu-se que nesses três artigos o provedor da intervenção foram os pares (mulheres com experiências de sucesso na amamentação). Apesar dos pares terem sido treinadas por profissionais de saúde para prover suporte por telefone para as mulheres que estavam amamentando, os estudos que utilizaram aconselhamento por pares via telefone não apresentaram efeito significativo na duração ou exclusividade do AM (GANGA *et al.*, 2015; REEDER *et al.*, 2016; PUGH *et al.*, 2010).



Em um ECR realizado com 120 gestantes, a intervenção consistiu em ligações realizadas por pares até o quarto mês pós-parto para apoiar e orientar o AM. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa na duração da amamentação entre o GI e GC, com média de seis semanas (GI = 7,0 semanas, GC = 6,0 semanas). As taxas de amamentação do GI foram superiores ao GC somente com 1 mês, porém não significativo (1mês: GI = 68% GC=53%  $p= 0,14$ ). Também não houve diferença nas taxas de AME entre o GI e o GC tanto com 1 mês ( $p= 0,51$ ), quanto com 6 meses ( $p=0,51$ ) (GANGA et al., 2015).

No estudo de Reeder *et al.* (2016), os autores também utilizaram o aconselhamento por pares por meio do telefone a 1948 gestantes, divididas em três grupos, um controle e dois intervenção, buscando avaliar o aconselhamento de baixa frequência (4 ligações) e o de alta frequência (8 ligações) na promoção do AM. Apesar do aconselhamento de alta frequência ter aumentado em 22% a probabilidade da amamentação não exclusiva aos três meses no GI (RR: 1,22), não se evidenciou diferença significativa na duração do AM ou no AME entre o GI e o GC em ambos os tipos de aconselhamento.

Por fim, o estudo de Pugh *et al.* (2010) realizado com 467 puérperas também testou um suporte por telefone realizado por pares até o sexto mês pós-parto, associado a visitas hospitalares e domiciliares realizadas por enfermeiros. A taxa de AM foi superior no GI somente com seis semanas pós-parto, porém não foi significativo (GI: 66,7% vs GC: 56,9%  $p=0,05$ ), aos três e seis meses essas taxas foram semelhantes entre os dois grupos. A exclusividade da amamentação não foi avaliada nesse estudo.

Diante disso, percebe-se que os efeitos encontrados nesta revisão acerca do aconselhamento por pares (via telefone) no aleitamento materno diverge dos resultados encontrados em outros estudos ou revisões da literatura, em que o aconselhamento por par quando bem delineado tem se configurado como uma fonte de suporte e apoio para a puérpera, obtendo bons resultados em relação à duração e exclusividade do AM (LUMBIGANON *et al.*, 2012; INGRAM *et al.*, 2010).

Porém, é importante ressaltar que os efeitos positivos do aconselhamento por pares comprovado em outras pesquisas estão associados ao aconselhamento de forma presencial, com o contato entre os pares, e nos estudos incluídos na

presente revisão avalia-se o aconselhamento realizado por pares via telefone, o que é um fator diferencial.

Dessa forma, não se podem desprezar as contribuições significativas que esse tipo de aconselhamento tem trazido para a amamentação, sendo necessários novos estudos que investiguem esse suporte realizado por telefone.

Nessa categoria foi possível evidenciar que metade dos estudos (n=5) não apresentaram efeitos significativos na duração ou exclusividade do aleitamento materno. Porém, boa parte desses estudos apresentou alguma limitação ou fatores diferenciais que podem ter contribuído para esses resultados, como o reduzido número amostral, período de realização da intervenção, intervenções de curta duração e aconselhamento por pares via telefone.

Diante disso, torna-se importante conhecer e analisar todas as evidências disponíveis acerca das tecnologias e intervenções que a enfermagem pode utilizar no processo educativo, a fim de fazer a melhor tomada de decisão quanto a tecnologia e a forma de implementá-la.

Nesse contexto, também é importante compreender que o telefone deve ser considerado uma forma de suporte ou apoio que pode ser implementado na assistência ao binômio mãe-filho para promoção do aleitamento materno, não devendo substituir o contato, atenção e o cuidado direto dos profissionais para com as puérperas e seus filhos.

## **II. Intervenções eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno**

Nessa revisão, cinco dos dez artigos analisados apresentaram efeitos significativos na duração e/ou exclusividade da amamentação.

Evidenciou-se que dentre os três estudos que utilizaram intervenção de curto prazo, apenas o estudo de Fu et al. (2014) teve efeito significativo na duração e exclusividade do aleitamento materno. Tratou-se de um estudo multicêntrico, realizado em hospitais da China com amostra representativa (n=1446), em que o suporte por telefone foi provido até quatro semanas pós-parto por enfermeiros consultores em lactação e com vasta experiência em amamentação.

Nesse estudo, a intervenção aumentou significativamente a duração do AM nos primeiros seis meses ( $p=0,01$ ). As taxas de AM até o sexto mês também foram superiores no GI quando comparado com o GC, sendo o GI significativamente mais propenso a continuar amamentando tanto com 1 mês (GI= 76, 2% GC = 67,3% OR = 1,63  $p=0,01$ ), quanto com 2 meses (GI = 58,6% GC= 48,9% OR= 1,48, 95%  $p=0,03$ ). O risco de interromper precocemente o AM foi significativamente mais baixo no GI quando comparado com o GC (RR: 0,79  $p=0,03$ ). Em relação ao aleitamento exclusivo, o GI foi mais propenso a manter o AME até o sexto mês, porém a intervenção foi significativa para aumentar as taxas de AME somente com 1 mês (GI= 28,4% GC= 16,9% OR= 1,89  $p=0,003$ ).

Em relação aos sete estudos que utilizaram intervenções de longo prazo, a maioria ( $n=4$ ) mostrou-se eficaz na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno. Na pesquisa de Efrat et al. (2015) realizada com 406 mulheres, avaliou-se um suporte por telefone provido por consultores em lactação do pré-natal até seis meses pós-parto. Apesar da perda significativa de amostra ao longo do estudo (59,5%), a intervenção mostrou-se eficaz para o aumento da duração do AM no GI, com média de 20,2 semanas de amamentação, enquanto o GC com 13,7 semanas ( $p=0,024$ ). As mulheres que receberam a intervenção foram mais propensas a continuar o AME nos diversos períodos de avaliação (OR72hrs = 1,1, OR1mês = 1,6, OR3meses = 1,7 e OR6meses = 2,6). As taxas de AME também foram mais elevadas no GI do que no GC, porém o efeito não foi significativo.

No ECR realizado com 675 puérperas, Tahir e Al-Sadat (2013) testaram um suporte por telefone realizado até o sexto mês pós-parto por consultores em lactação. Esses autores evidenciaram que as taxas de AM foram maiores no GI quando comparados com o GC, embora a diferença não tenha sido significativa (6 meses: GI= 90,6% vs GC = 86,1%  $p= 0,276$ ). Outro resultado positivo foi o fato de que mais puérperas interromperam completamente o AM no GC do que no GI em todos os períodos de avaliação (1º mês GI= 4,2% vs GC= 7,4%; 4meses: GI= 9,9% vs GC= 12,6%; 6meses:GI= 9,4% vs GC= 13,9%). A intervenção desse estudo foi eficaz para aumentar a taxa de AME no GI somente no primeiro mês pós-parto (GI: 84,3% vs GC: 74,7%  $p= 0,042$ ), embora as mulheres que receberam a intervenção também tenham sido mais propensas a continuar o AME com 4 e 6 meses pós-parto (1mês OR: 1,83; 4º mês OR:1,13; 6º mês OR: 1,04).

No estudo de Carsel *et al.* (2013) com 453 puérperas obesas, as mulheres receberam ligações por consultores em lactação até o sexto mês pós-parto abordando aspectos físicos e psicológicos relacionados à amamentação, e as dificuldades que surgiam. A intervenção foi efetiva para aumentar a duração do AM no GI, com média de 184 dias em comparação ao GC com média de 108 dias ( $p=0,002$ ). Além disso, a intervenção foi capaz de aumentar significativamente a duração do aleitamento exclusivo, com o GI apresentando média de 120 dias de AME, enquanto o GC de somente 41 dias ( $p=0,003$ ).

Flax *et al.* (2016) realizaram um ECR com 945 mulheres integrantes de comunidades nigerianas que faziam parte de um programa de microcrédito, em que foi implementado um aconselhamento com o objetivo de aumentar o início precoce do AM e manter a exclusividade do aleitamento. Esse aconselhamento era composto por sessões, acompanhamentos por telefone, mensagens de textos e uso de canções e dramatizações no momento dos encontros. Os achados demonstraram que a intervenção foi eficaz em relação ao AME, pois as chances de AME no GI foi maior do que no GC com 1 mês (73% versus 61%, OR: 1.6 IC: 0.6-1.8  $p=0,10$ ), 3 meses (71% versus 58%, OR: 1.8 IC: 1.1-3.0  $p<0,05$ ) e 6 meses (64% versus 43%, OR: 2.4 IC: 1.4-4.0  $p<0,01$ ), sendo significativo com 3 e 6 meses. Esse estudo não avaliou a duração do aleitamento materno.

Essas organizações de microcréditos fazem parte das estratégias criadas na Nigéria para promover a adesão a comportamentos saudáveis, bem como às práticas recomendadas de amamentação. Consiste em programas criados para oferecer pequenos empréstimos a mulheres de baixa renda para que elas iniciem ou expandam pequenos negócios, com vistas a melhorar as suas condições de vida e conseqüentemente a sua saúde e o desenvolvimento dos seus filhos. Diversos estudos que integram os programas de microcréditos com intervenções voltadas para a saúde da comunidade têm obtido sucesso em modificar comportamentos de saúde (LEATHERMAN; DUNFORDE, 2010; LEATHERMAN *et al.*, 2012).

Por meio dessa revisão, evidenciou-se que os estudos que foram eficazes para melhorar a duração do AM e as taxas de AM e AME foram ensaios clínicos bem delineados, que utilizaram amostras representativas, cujas intervenções foram providas por profissionais de saúde com domínio e experiência clínica com a amamentação, sendo considerados consultores em lactação. Dentre os estudos que

apresentaram impacto positivo no aleitamento materno, a maioria (n=4) utilizou intervenções por telefone de longa duração que tiveram continuidade no decorrer do puerpério, o que evidencia a necessidade de novas investigações utilizando esse tipo de intervenção com o suporte do telefone no contexto do aleitamento materno.

As evidências demonstraram que as intervenções destes ensaios foram eficazes tanto a curto quanto em longo prazo, uma vez que alguns estudos impactaram a duração ou exclusividade do AM até o sexto mês pós-parto.

Diante disso, as evidências demonstram que a depender do delineamento e rigor metodológico dos ensaios clínicos, o telefone consiste em uma tecnologia que pode ser utilizada na promoção do aleitamento materno, vislumbrando aos profissionais e serviços de saúde uma alternativa que pode contribuir para a assistência ao binômio mãe-filho.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

### 5.1 A TEORIA SOCIAL COGNITIVA E A AUTOEFICÁCIA

A Teoria Social Cognitiva (TSC), proposta por Albert Bandura (1977), foi formulada, inicialmente, com o nome de Teoria da Aprendizagem Social, sendo ainda conhecida por muitos pesquisadores e profissionais no Brasil com esse termo. O conceito de aprendizagem social tornou-se ultrapassado, diante da necessidade de valorizar as abordagens que defendem o papel mais ativo dos indivíduos no processo de aprendizagem e a interlocução que eles fazem com o ambiente, principal mediador deste processo (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008).

Neste sentido, a Teoria Social Cognitiva, teve como principal representante Albert Bandura (1986, 2008), psicólogo canadense, que construiu uma base teórica consistente considerando o indivíduo enquanto um ser social, integrante de um grupo, que influencia e é influenciado pelo mesmo.

Para Bandura (2008), o princípio básico que fundamenta a TSC é a perspectiva da agência, sendo o autodesenvolvimento e a mudança de comportamento humano explicados a partir dessa perspectiva.

Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional, ser capaz de desenvolver e manter mecanismos de autorregulação que poderão determinar os caminhos a serem seguidos. O indivíduo pode interferir no curso dos acontecimentos de acordo com o seu interesse. Ele é um participante ativo das suas escolhas e comportamentos, uma vez que é capaz de estabelecer metas que serão alcançadas mediante trajetórias escolhidas por ele mesmo (BANDURA, 2008b).

Segundo essa visão, as pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Segundo Bandura (2008b, p.71):

As pessoas não são apenas hospedeiras e espectadoras de mecanismos internos regidos pelos eventos ambientais. Elas são agentes das experiências, ao invés de simplesmente serem sujeitas a elas. Os sistemas sensorial, motor e cerebral

são ferramentas que as pessoas usam para realizar as tarefas e os objetivos que conferem significado, direção e satisfação às suas vidas.

A agência humana possui quatro características fundamentais: intencionalidade, antecipação, autorreatividade e autorreflexão. A intencionalidade significa que as pessoas podem escolher o modo de agir, elaborando estratégias para realizá-los. Pela antecipação, as pessoas antecipam os resultados esperados, guiando e motivando seus esforços. Com a autorreatividade os agentes monitoram o próprio comportamento e regulam suas ações pela influência autorreativa, fazendo coisas que lhes dão satisfação, e evitam ações que lhes tragam insatisfação. Já pela autorreflexão os agentes são autoexaminadores do seu próprio funcionamento, refletindo sobre sua eficácia, e suas motivações e fazem as correções necessárias (BANDURA, 2008b).

Nessa teoria, Bandura também defende que o comportamento humano é um modelo de reciprocidade triádica em que a conduta, os fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos (BANDURA, 1977; CAVALCANTI, 2009). Dessa forma, o indivíduo cria, e modifica o seu entorno, para torná-lo propício ao alcance dos seus resultados. O indivíduo se torna agente e receptor de situações que se produzem, e ao mesmo tempo essas situações determinarão seus pensamentos, emoções e comportamento futuro (BANDURA, 1989; MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006, CAVALCANTI, 2009).

A noção de autoeficácia é um dos pilares da Teoria Social Cognitiva. Na concepção de Bandura, a autoeficácia é tida como um dos mecanismos-chave para a composição da agência humana. De acordo com Azzi e Polydoro (2006), embora possa ser investigada de forma independente, a Teoria da Autoeficácia está contida na Teoria Social Cognitiva a qual lhe dá suporte e sentido.

Para Bandura (1986), a autoeficácia percebida é definida pelos julgamentos das pessoas sobre suas capacidades em organizar comportamentos e ações requeridas para obter determinados tipos de desempenho. Já as crenças de autoeficácia se relacionam com as percepções que um indivíduo tem acerca das suas competências e podem ser consideradas como a base para a sua motivação.

Essas crenças de eficácia se constroem baseadas nos juízos sobre as capacidades possuídas, ou seja, com as mesmas capacidades, pessoas com diferentes crenças podem obter êxitos ou fracassos em função dessas diferenças de crenças. Assim, a autoeficácia é vista como as crenças pessoais; o indivíduo apresenta níveis de autoeficácia elevados ou reduzidos, de acordo com os próprios julgamentos em relação às suas capacidades (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006).

Para a elaboração desses julgamentos acerca da própria capacidade, o indivíduo poderá levar em conta diversos fatores, que contribuirão para o aumento ou diminuição de suas crenças. Essas crenças podem estar relacionadas a domínios específicos, podendo haver percepção de elevada autoeficácia em determinado domínio e baixa autoeficácia em outros (AZZI; POLYDORO, 2006).

Assim, crenças de autoeficácia mais fortes levam o indivíduo a maior motivação durante a realização de tarefas ou comportamentos, sendo importante compreender que a capacidade que um indivíduo tem de exercer sua agência humana, ou seja, agir de modo intencional para alcançar seus objetivos, tem maior relação com as suas crenças de autoeficácia que com as suas capacidades comprovadas. Apesar disso, possuir fortes crenças de autoeficácia por si só não é suficiente para garantir o sucesso na realização de um determinado comportamento ou tarefa. Essas crenças devem ser aliadas a conhecimentos e experiências prévias e a uma capacidade cognitiva adequada, servindo de base para a motivação e o sucesso.

De acordo com Bandura (2007) entre os aspectos que podem interferir no comportamento humano está a motivação, a qual influencia a atuação e persistência do comportamento. A primeira fonte da motivação humana é a capacidade de perceber futuras consequências, ou seja, a capacidade de antecipar as consequências de um determinado comportamento. E a segunda fonte da motivação é o tipo de objetivo que se deseja alcançar, e a reação de autoavaliar seus desempenhos diante do objetivo traçado.

Diante disso, compreende-se que a autoeficácia é um componente da motivação que tem importância na aquisição e mudança do comportamento humano. Logo, refere-se a uma análise que a pessoa faz de sua habilidade para realizar uma tarefa ou comportamento dentro de certo domínio (BANDURA, 1977).



Deve-se enfatizar que os indivíduos formam suas crenças ou expectativas da autoeficácia interpretando informações de quatro fontes principais (BANDURA 1977, 2012). Sendo elas: 1. experiência de domínio ou pessoal, 2. experiência observacional ou vicária, 3. persuasão social ou verbal, e 4. estados somáticos e emocionais ou fisiológicos (BANDURA, 1977, 2012).

A **experiência pessoal** é a fonte mais influente, pois o indivíduo interpreta e utiliza as experiências passadas para desenvolver sua crença acerca da capacidade de realizar um determinado comportamento, ação ou tarefa (BANDURA, 1977, 2012; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). No contexto da amamentação, quando a mulher já amamentou e foi bem sucedida, ela se sentirá mais segura e confiante quanto a sua capacidade para realizar essa prática, porém se essa mulher não teve uma experiência positiva com a amamentação, esta vivência pode deixá-la insegura e menos confiante no seu desempenho para amamentar o seu filho (DENNIS; FAUX, 1999; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

Outra fonte importante é a **experiência vicária** que se configura na observação de outras mulheres que amamentam ou que já tiveram essa experiência. Essa fonte pode alterar as crenças das mulheres em relação a esse comportamento, por meio do aprendizado e estímulo gerado pelo desempenho dos outros. Dessa forma, quando as mulheres vivenciam a amamentação de outras mães na sua família, comunidade, nos postos de saúde ou nas maternidades elas têm a oportunidade de aprender com esses sujeitos, compartilhar experiências, dúvidas e anseios, buscando melhorar suas habilidades nessa prática e auxiliando aquelas que têm dificuldades (DENNIS; FAUX, 1999; DODT, 2011; UCHOA, 2012). Essa vivência compartilhada permite atribuir significado à prática vivenciada, influenciando a formação das crenças de autoeficácia e a orientação do comportamento.

As mulheres também criam e desenvolvem as suas crenças de autoeficácia por meio das **persuasões sociais e verbais** que sofrem de amigos, familiares, e profissionais de saúde (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Por meio dessa fonte a mulher recebe informações e incentivo para acreditar que é capaz de amamentar de forma eficaz e bem sucedida. Os profissionais de saúde que atuam na atenção primária e no alojamento conjunto devem incentivar o aleitamento materno e apoiar a mulher nesse processo, por meio de orientações que estimulem e reforcem a importância da amamentação, e que

faça a mulher sentir-se confiante na sua capacidade de realizar essa prática (DENNIS; FAUX, 1999; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

O sucesso dessa fonte depende das características de quem vai persuadir. Logo, os profissionais de saúde das instituições que prestam assistência às mulheres que amamentam, devem realizar essa prática no intuito de reforçar a autoeficácia da mãe. Para que a informação seja apreendida pelo sujeito é necessário que ele deseje obtê-lo, por isso essa estratégia só terá êxito se for considerado o momento adequado e a vontade da mulher (DENNIS; FAUX, 1999; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

Quando as pessoas são persuadidas verbalmente no sentido de que possuem capacidade para assumir determinados comportamentos mobilizam maiores esforços para mantê-lo, do que aquelas que se sentem inseguras, duvidosas e focam nas dificuldades pessoais quando surgem problemas. Essa fonte além de influenciar as pessoas a tentarem ser bem sucedidas, promove o desenvolvimento de habilidades e um senso de eficácia pessoal.

Pajares e Olaz (2008) entendem que os persuasores desempenham papel importante no desenvolvimento das crenças de eficácia. Para eles, as persuasões positivas podem encorajar e empoderar, enquanto que as persuasões negativas podem enfraquecer as crenças de eficácia.

A última fonte que influencia as crenças de autoeficácia são os **estados somáticos, emocionais ou fisiológicos** do indivíduo, como a ansiedade, a fadiga, o estresse, a excitação e os estados de humor. Assim, os profissionais de saúde devem incentivar o bem-estar físico e psicossocial das mulheres que amamentam, e momentos prazerosos, buscando minimizar a ansiedade, fadiga, medo e desgaste emocional que permeiam o período puerperal, almejando melhorar a sua autoeficácia e o seu desempenho na amamentação (DENNIS; FAUX, 1999; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

Dessa forma, o construto de autoeficácia refere-se a um fator que influencia os comportamentos de saúde dos indivíduos, uma vez que eles precisam ter a convicção de que poderão realizar com êxito determinada ação ou comportamento de saúde, acreditando que irão atingir os resultados esperados (BANDURA, 1977).

Diante da importância do enfoque da autoeficácia nos comportamentos de saúde, e mais especificamente no aleitamento materno (AM), a enfermeira canadense Cindy Lee Dennis fundamentou-se na Teoria de Autoeficácia para estudar a confiança da mulher em relação à amamentação (DENNIS, 1999). Essa autora correlacionou os pressupostos da Teoria de Autoeficácia com o processo de Aleitamento Materno, apresentando um conceito referente à confiança da mãe na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso a amamentação (DENNIS, 1999). Dessa forma, Dennis construiu o seguinte conceito de autoeficácia:

A autoeficácia é um processo cognitivo da confiança do indivíduo em sua habilidade percebida para regular sua motivação, processo de pensamento, estado emocional e ambiente social em realizar um comportamento específico. Ela reflete a percepção do indivíduo em relação à sua habilidade e não necessariamente suas verdadeiras habilidades (1999, p.196)

Assim, a confiança no ato de amamentar consiste na crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2006; ORIÁ; XIMENES, 2010).

São essas crenças e expectativas de autoeficácia que influenciam o julgamento da mulher acerca da sua capacidade e competência para iniciar e manter o aleitamento materno, superando as dificuldades quando necessário. Dessa forma, a autoeficácia é um dos fatores que influenciam o desmame precoce, podendo ser modificado por meio de intervenções dos profissionais de saúde (DENNIS, 1999; OLIVEIRA et al., 2010).

A crença de autoeficácia na amamentação influencia a escolha de cada mãe em amamentar ou não o seu filho, refletindo a sua motivação e esforço para realizar essa prática, e interferindo nos seus padrões de pensamento e reações emocionais. A partir deste mecanismo, é possível desenvolver comportamentos que serão iniciados ou mantidos a depender da interpretação e experiência de cada sujeito (RODRIGUES, 2015).

Essas crenças de autoeficácia são construídas a partir das expectativas de eficácia e das expectativas de resultado. A **expectativa de eficácia** é a confiança

da pessoa nas suas habilidades e convicção de que pode executar com sucesso o comportamento necessário para alcançar os objetivos desejados, enquanto a **expectativa de resultado** é a estimativa da pessoa de que um determinado comportamento levará a determinado resultado (DENNIS 1999, 2006; BANDURA, 1977, 2012).

É importante compreender que essas expectativas são diferentes, pois os indivíduos podem acreditar que um comportamento levará a um determinado resultado, mas se não tiverem confiança na sua capacidade para realiza-lo, somente a crença inicial não irá influenciar o seu comportamento (SOUZA; SOUZA, 2004).

Considerando a importância da autoeficácia no aleitamento materno, surgiu a necessidade de criar estratégias para avaliar de forma objetiva a confiança da mulher em relação à amamentação. Com esse intuito, Dennis e Faux (1999) criaram um instrumento, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), a qual permite que o profissional de saúde conheça previamente a autoeficácia da mulher para amamentar.

A BSES é uma escala composta por dois domínios que contemplam habilidades técnicas e interpessoais. O primeiro domínio enfatiza os aspectos técnicos da amamentação como: posicionamento correto, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento da boa lactação, sucção dos mamilos, término da mamada, dentre outros. O segundo domínio enfatiza a vontade da mãe em amamentar, sua motivação, experiência com a amamentação, entre outros. Trata-se de uma escala com padrão de resposta do tipo Likert, que possui 33 itens com pontuação variando de 1-5 pontos, dependendo da concordância da mãe. De acordo com a escala, as mães com maior pontuação são as que têm maior confiança na sua habilidade de amamentar.

A escala foi desenvolvida inicialmente no Canadá (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN; 2011; McQUEEN et al., 2011; THOMSON et al., 2009), porém já foi traduzida e aplicada em diversos países da língua inglesa (CREEDY et al., 2003), chinesa (DAY; DENNIS, 2003; IP et al., 2012), polonesa (WUTKE; DENNIS, 2006), espanhola (ROIG et al., 2012), italiana (PETROZZI, GAGLIARDI, 2016), sueco (GERHARDSSON et al., 2014) e portuguesa (ORIÁ et al., 2009), sendo considerado um instrumento confiável e válido para medir a autoeficácia em amamentar

Mesmo a escala BSES apresentando alto índice de confiabilidade, foram identificadas redundâncias em alguns itens da escala, sendo esta reduzida pela autora para 14 itens dando origem a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form* (BSES-SF) (DENNIS, 2003).

Dessa forma, a BSES-SF é considerada um instrumento de avaliação que permite identificar tanto mulheres com média e elevada autoeficácia, como aquelas com baixa autoeficácia e com risco de interrupção precoce do aleitamento materno, necessitando de maior atenção e intervenções específicas por parte dos profissionais de saúde (DENNIS, 2003; DAI; DENNIS, 2003; CREEDY et al., 2003; WUTKE; DENNIS, 2007; ORIÁ et al., 2009).

O estudo que validou a BSES para o Brasil concluiu que a escala é um instrumento válido para medir a confiança das mulheres brasileiras em sua capacidade de amamentar (ORIÁ; XIMENES, 2010). Sendo possível de ser usada por profissionais de saúde para planejar as intervenções orientadas para as mulheres que mais necessitam de apoio para reduzir a interrupção prematura, além de ser de fácil compreensão (DOTT et al., 2012). A versão reduzida (BSES-SF) foi validada por Dotts et al (2008; 2012), e vem sendo utilizada por diversos outros autores nos seus estudos envolvendo o aleitamento materno (CHAVES, 2016; TAVARES et al., 2010; ZUBARAN et al., 2010; ZUBARAN; FORESTI, 2011; RODRIGUES et al., 2014; RODRIGUES, 2015; JAVORSKI, 2014).

A BSES-SF também foi aplicada com gestantes adolescentes em um estudo realizado no Canadá, o qual evidenciou que a escala trata-se de um instrumento válido e confiável para ser utilizado entre as adolescentes, o qual pode prever o início, a duração e exclusividade da amamentação nessa população (DENNIS, HEAMAN, MOSSMAN, 2011). Dessa forma, o uso da referida escala nesse estudo permitiu avaliar previamente a confiança que cada mulher tem para a prática da amamentação, permitindo evidenciar os domínios e áreas em que a mulher apresenta menor nível de confiança e que precisavam ser trabalhados pela pesquisadora. Com isso, foi possível planejar quais aspectos da confiança de cada puerpera em particular precisavam ser abordados na intervenção educativa.

## 5.2 ENTREVISTA MOTIVACIONAL: SUA APLICAÇÃO NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A amamentação é uma prática que depende do comportamento da mulher, sendo influenciada pela sua intenção, motivação e confiança materna em amamentar (KOOLS, THIJS; DE VRIES, 2005; KRONBORG; VAETH, 2004).

Bandura defende que a confiança ou autoeficácia é um componente da motivação. Logo, a motivação pode interferir no comportamento humano influenciando a atuação e persistência do comportamento (BANDURA, 2007). Diante disso, o enfermeiro precisa agir como mediador do processo educativo dos sujeitos, usando estratégias e abordagens que trabalhem a motivação e capacitação desses para adotarem e manterem comportamentos saudáveis (NICOLAU, 2015).

Essa mudança comportamental depende tanto do apoio dos profissionais como do esforço e vontade dos indivíduos, devendo-se levar em consideração o contexto sociocultural, a motivação para mudar e o incentivo da autonomia, uma vez que são fatores que aumentam a efetividade das intervenções (DIAS; NONATO; CHAVES, 2010). A mudança de comportamento consiste em uma tarefa complexa que exige domínio e habilidades dos profissionais de saúde (MENDES, 2012). Para a mudança de comportamento são necessárias diversas estratégias que dependem do conhecimento das pessoas em relação à sua saúde, às suas crenças, aos seus comportamentos, aos seus níveis de confiança e motivação, às suas redes de suporte social e aos fatores ambientais.

Nesse contexto, destaca-se a entrevista motivacional, que é um método de comunicação diretivo, centrado na pessoa, com o objetivo de aumentar a sua motivação intrínseca para a mudança. Trata-se de uma abordagem que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde nos diversos contextos de atenção para ajudar as pessoas a se sentirem envolvidas na promoção de sua saúde (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009). Esse tipo de entrevista vai além de um conjunto de técnicas, sendo um estilo de abordagem que busca despertar na pessoa as suas próprias motivações para mudar ou manter um comportamento saudável (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009). Trata-se de uma abordagem simples e muito eficaz para trabalhar a mudança de comportamento no contexto da atenção à saúde (SILVA, 2015).

A entrevista motivacional surgiu em 1983 no cenário de assistência à dependência química, sendo inicialmente desenvolvida pelos psicólogos Miller e Rollnick, tendo como objetivo principal a mudança de comportamento de risco por meio da exploração e resolução da ambivalência dos clientes, estimulando o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica convincente e encorajadora (MILLER; ROLLNICK, 2001).

No entanto, após a sua primeira publicação, várias outras pesquisas foram sendo realizadas, mostrando que a EM pode ser utilizada em outros campos de intervenções e para outras condições de saúde, como na saúde cardiovascular (SHERWOOD et al., 2010; MURPHY et al., 2009), odontologia (SILVA, 2015; CASCAES et al., 2014), diabetes (WEST, 2007), transtornos da alimentação e obesidade (DUNN, 2006), promoção de saúde (Elliot, 2007; CARSEY, 2007), amamentação (WILHEM et al., 2006; ELLIOT-RUDDER *et al.*, 2014; CHAVES et al., 2016), dentre outros. Diante disso, a aplicabilidade da entrevista motivacional em outros cuidados de saúde precisa ser explorada, em razão da eficácia que essa abordagem possui no auxílio ao indivíduo e nos seus processos de mudanças comportamentais.

Para Miller e Rollnick (2013), a EM é um estilo de conversa colaborativa voltada para o fortalecimento da motivação e comportamento do indivíduo para a mudança. Por se tratar de uma abordagem que tem como meta resolver a ambivalência, tem o caráter de uma intervenção breve, que pode ser utilizada pelos profissionais nos diversos contextos da saúde. De acordo com Colby et al. (2012) essa abordagem é voltada não só para resolução da ambivalência, mas também para aumentar a autoeficácia para a mudança.

As mulheres que estão vivenciando a amamentação podem se sentir ambivalentes em relação à manutenção deste comportamento. Inicialmente a mulher pensa em uma razão para amamentar e depois pensa em uma para não amamentar, ou interromper essa prática, e depois pode até parar de pensar a respeito. No entanto, existem acontecimentos ou situações que aproximam ou afastam a pessoa do comportamento desejável para a promoção da sua saúde, e a abordagem profissional pode ser uma dessas situações. Na ambivalência, o papel do profissional é evocar a mudança ou manutenção do comportamento quando favorável, em vez de evocar a resistência nas mulheres.

Assim, esse tipo de entrevista ao invés de indicar soluções para o sujeito, oferece condições de crítica que propiciem ao mesmo uma mudança natural. Nesse sentido, procura-se buscar as razões para a mudança em vez de impor ou tentar persuadir a pessoa sobre ela. A EM estimula os pacientes acerca das transformações necessárias, objetivando sua melhora (MILLER; ROLLNICK, 2001).

O uso dessa entrevista pelos profissionais de saúde envolve premissas básicas que são a empatia, congruência, o espírito colaborativo no aumento da motivação para mudança, relacionamento cliente-profissional amigável, corresponsabilidade do sujeito no seu progresso, ou seja, o profissional atua como facilitador, estimulando e apoiando a autoeficácia (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009). Dessa forma, a aplicação da EM envolve um estilo colaborativo, evocativo e com respeito à autonomia do cliente, sendo composto por quatro elementos principais: a parceria, aceitação, evocação e compaixão (MILLER; ROLLNICK, 2013). Por meio da parceria o profissional interage e se interessa pela história do sujeito, trabalhando de forma colaborativa com a pessoa e buscando saídas juntos (FILGIE; GUIMARÃES, 2014).

Na aceitação, o profissional se interessa e valoriza o potencial de cada indivíduo e as suas particularidades, por meio da empatia, suporte à autonomia e reforço positivo das falas e posturas em prol da saúde. Esta perspectiva parte do pressuposto de que, quando o indivíduo se acha julgado ou que não é respeitado, ele se sente imobilizado para a mudança. Já quando o profissional aceita (aceitar não implica em concordar) o sujeito da forma como ele é, ele se sente mais livre e disposto a experimentar mudanças (FILGIE; GUIMARÃES, 2014).

A proposta da EM é que o sujeito escute a si mesmo e perceba as suas motivações e ambivalências, assumindo decisões em relação ao seu comportamento. Assim, é necessário fortalecer o apoio à autonomia, reconhecendo a capacidade de direcionar a própria vida, e reconhecer os pontos fortes das pessoas e reforçá-los de forma positiva.

Na evocação o profissional deve ajudar o sujeito a se recordar de elementos próprios e únicos que podem ser motivos para que haja uma mudança positiva de comportamento, ou seja, significa evocar as forças que motivam as pessoas. Muitos modelos de aconselhamento partem do princípio de que as pessoas podem apresentar déficits em diversos domínios, o que justificaria a necessidade de



atenção profissional. Porém, a EM tem um visão oposta a esses modelos, partindo do pressuposto de que quem tem a verdade ou as respostas para os questionamentos é o próprio cliente, portanto cabe ao profissional evocar estas informações e empoderar o indivíduo quanto a este saber de si mesmo (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009; MILLER; ROLLNICK, 2013).

Já a compaixão é compreendida como o meio de tentar fazer o profissional se aproximar da pessoa e não do seu problema, tornando possível compreender as complexidades que dificultam as mudanças de comportamento para poder ajudar. Consiste em buscar promover o bem-estar do outro, priorizando as suas necessidades (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009; FILGIE, GUIMARÃES, 2014).

Além disso, a EM se orienta por quatro princípios norteadores: resistir ao reflexo de fazer as coisas pelo outro; entender e explorar as motivações do sujeito (saber por que ele gostaria de mudar, ao invés de dizer como ele deve fazer); escutar com empatia; fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A metodologia da EM consiste na utilização de perguntas abertas, reflexões, reforços positivos e resumos, com preferência das reflexões. As perguntas devem ser utilizadas em menor proporção porque se espera que todas as estratégias possam gerar mais reflexão no cliente. A reflexão deve ser valorizada porque possibilita que o sujeito fale mais que o profissional e consiga ouvir a si mesmo, percebendo que é capaz de discernir, tomar decisões e agir (ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009). Essas estratégias podem seguir o modelo PARR (Perguntas abertas – Afirmação - Reforço positivo e Reflexões) (MILLER; ROLLNICK, 2013).

Iniciar a entrevista com perguntas abertas é uma boa maneira de encorajar o sujeito a falar o máximo possível, fazendo com que ele possa refletir e elaborar. A reflexão é a principal estratégia da EM, sendo necessária a escuta reflexiva, em que o profissional se coloca na relação por meio de um processo horizontal, objetivo e direto. A afirmação pode ser realizada por meio do apoio e compreensão por parte do profissional, valorizando o que o sujeito conquista em cada momento. É uma forma de apoio autêntico, incentivo e reconhecimento daquilo que há de valor em cada ser humano e das suas conquistas. Por fim, os resumos

podem ser utilizados para conectar os assuntos discutidos e para que o sujeito organize as suas ideias, demonstrando que o profissional escutou o cliente (FILGIE, GUIMARÃES, 2014).

Na EM também é possível informar e aconselhar, uma vez que o auxílio dos sujeitos para a mudança é bastante particular, e requer intervenções específicas. Quando os sujeitos estão ambivalentes podem sentir-se confusos ou inseguros, por isso a EM encoraja os profissionais a fornecerem informações, principalmente quando forem solicitadas, desde que estas sejam importantes e complementares ao processo de construção e descoberta dos sujeitos (FILGIE, GUIMARÃES, 2014).

Diante disso, toda EM pode ser considerada uma forma de orientação, porém nem toda orientação é EM. A EM envolve um conjunto de habilidades clínicas e estratégias para evocar a mudança ou manutenção do comportamento do sujeito (NICOLAU, 2015). Na prática da EM os profissionais de saúde devem usar as três habilidades comunicativas fundamentais: perguntar, escutar e informar. O profissional deve saber o momento mais adequado para usar cada habilidade, pois o seu uso correto torna a intervenção mais eficiente (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A formulação de pergunta é importante para compreensão do problema, além de contribuir para a reflexão do sujeito ao formular as suas respostas. É importante considerar o tom, o ritmo, as palavras e a clareza das perguntas. Os profissionais devem buscar favorecer a mudança por meio da escuta reflexiva, pois esta contribui para obter as informações necessárias, promover o vínculo entre paciente e profissional, e incentiva a mulher a ser mais aberta e receptiva às orientações. A terceira habilidade, informar, é o principal meio para a troca de conhecimentos, devendo valorizar aspectos como fornecer informações simples e claras, ser conciso para não sobrecarregar as mulheres de informações, fornecer mensagens positivas e verificar se as informações foram compreendidas (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Diante disso, duas estratégias para fornecer informação podem ser usadas: A estratégia de “informar-verificar-informar”, na qual o profissional fornece informação, verifica se o sujeito entendeu e depois fornece mais informações. Essa estratégia tem como objetivo transformar o processo de informar em uma conversa,

considerando o indivíduo como um ser ativo capaz de expressar a sua perspectiva e o que compreendeu das informações (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A outra estratégia utilizada é a de “evocar-fornecer-evocar”, na qual o profissional inicia com uma pergunta aberta, depois fornece informações necessárias, e finaliza com uma evocação realizada sob a forma de uma pergunta aberta para incentivar a resposta da pessoa à informação prestada. Nessa abordagem há uma postura mais colaborativa, em que o profissional ajuda o sujeito a refletir e perceber o sentido das informações e tomar decisões adequadas sobre o seu comportamento (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Essas habilidades podem ser utilizadas em diferentes combinações a depender das prioridades e anseios dos usuários. As diferentes combinações permitem um diálogo mais produtivo em que é possível orientar, incentivar e negociar com as mulheres (NICOLAU, 2015).

De acordo com os princípios da EM o profissional de saúde não segue o modelo prescritivo, ao invés de propor soluções e sugestões para o paciente, ele cria condições de autoconhecimento que propiciam o espaço para uma mudança natural (SILVA, 2015). No contato com os sujeitos em qualquer cenário da saúde o profissional deve expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas desejáveis, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia (SALES, FIGLIE, 2009).

Outro benefício dessa estratégia é o fato de ser uma abordagem relativamente simples e com baixo custo, que pode ser realizada de forma breve tanto na intensidade como na duração, a depender da condição abordada. Por isso, é de fácil acesso aos profissionais, podendo ser aplicada em diversos ambientes da saúde. A EM é compatível com o ambiente hospitalar, que exige rapidez, eficiência e resposta rápida, sendo também aplicável ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual os recursos em sua maioria são escassos e a demanda é extrema (BANDINELLI; GONÇALVES; FONSECA, 2015). Sendo assim, sua utilização como ferramenta para o enfermeiro que pretende trabalhar na atenção básica, e mais especificamente com o aleitamento materno, necessita ser avaliada e investigada, por configurar uma alternativa eficiente para trabalhar as demandas existentes neste ambiente.

É importante ressaltar que o número de sessões e o tempo das mesmas não são fatores fundamentais para a obtenção de sucesso na utilização da EM. Em

relação à sua correta aplicação, verifica-se que o manejo, a relação terapêutica estabelecida e o profissional podem se constituir variáveis associadas ao sucesso ou insucesso desta prática (BANDINELLI; GONÇALVES; FONSECA, 2015).

O nível de treinamento dos profissionais que vão utilizar essa abordagem e a garantia de homogeneização no uso das técnicas são variáveis que influenciam os resultados em relação ao desempenho da EM. Desta forma, treinamentos protocolados e específicos em entrevista motivacional podem ser uma alternativa para que exista melhora no seu desempenho (MELO et al., 2008).

Nesse contexto, diversas pesquisas vêm mostrando que a EM é uma intervenção eficaz para a mudança de comportamentos, a qual respeita a autonomia e singularidade dos pacientes, podendo ser utilizada em qualquer contexto de atenção à saúde (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014; CLARO; OLIVEIRA; PAGLIONE, 2013). Estudo realizado na Carolina do Norte com 200 pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) buscou avaliar a eficácia de um programa para lidar com a IC, o programa testou dois grupos intervenção. O primeiro participava de sessões de aconselhamento por telefone com o uso da entrevista motivacional e o segundo recebia sessões de educação por telefone e acompanhamento dos sintomas. Houve melhor manejo da condição de saúde e mudanças de comportamento nos participantes do grupo que recebeu a EM (SHERWOOD et al., 2011).

Um ECR multicêntrico realizado em instituições da República da Irlanda e da Irlanda do Norte com 903 pacientes com doença cardíaca coronariana buscou avaliar a eficácia de uma intervenção voltada para a mudança de comportamento usando a EM, e evidenciou que houve redução significativa do número de internações entre os pacientes que participaram do grupo intervenção (MURPHY et al., 2009). Já uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA) com 162 adolescentes fumantes, a qual utilizou os princípios da EM associados a um suporte por telefone com o intuito de aumentar os índices de abandono do cigarro, mostrou uma queda nas taxas de fumantes que participaram do grupo da EM quando comparadas com o grupo de aconselhamento padrão (COLBY et al., 2012).

Outro estudo desenvolvido nesse país com pessoas com epilepsia avaliou um programa de autogestão por telefone para adultos com esta condição. O programa foi baseado na teoria cognitiva social e nos princípios da entrevista motivacional e foi provido por uma enfermeira treinada. Como resultado houve boa

aceitação do programa pelos pacientes, além de ter se mostrado eficiente no monitoramento dos sintomas e na adesão aos medicamentos pelos pacientes (DILORIO et al., 2009).

ECR realizado na Inglaterra com 52 pessoas que sofreram acidente vascular encefálico isquêmico avaliou se uma prevenção secundária reforçada com o uso da EM influenciava a mudança de comportamento de saúde quando comparada com a prevenção secundária convencional. O grupo intervenção recebeu além do cuidado convencional, o suporte por telefone com o uso da entrevista motivacional. O uso da EM teve efeito significativo no comportamento dos pacientes em relação à prática de exercícios físicos e à dieta (GILHAM; ENDACOTT, 2010).

Essa entrevista também vem sendo aplicada em estudos que tratam sobre o AM, como no estudo longitudinal de Wilhelm et al. (2006) realizado nos EUA com 73 primíparas alocadas em um grupo intervenção e controle, o qual avaliou a viabilidade do uso da EM para promover maior duração do AM, e aumentar a autoeficácia das mulheres para amamentar. O grupo que recebeu a entrevista motivacional amamentou por mais tempo quando comparado ao grupo que não recebeu a intervenção, apesar da diferença não ter sido significativa.

Um ECR realizado na Austrália com 330 mulheres amamentando evidenciou que uma intervenção provida pelos enfermeiros da rede primária com o uso da entrevista motivacional aos 2, 4 e 6 meses foi significativa para aumentar as taxas de AME e aleitamento materno predominante aos 4 meses, sendo uma estratégia eficaz para a promoção do AM (ELLIOT-RUDDER *et al.*, 2014).

Dessa forma, percebe-se que alguns estudos têm investigado o uso da EM no contexto da promoção da saúde, porém é necessário explorar mais o uso dessa abordagem no âmbito do aleitamento materno. Diante disso, é necessário que pesquisas investiguem como essa abordagem pode ser utilizada pelo enfermeiro para educar e promover a saúde do binômio mãe-filho, e como ela pode ser eficaz para manter comportamentos favoráveis em relação ao AM.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo experimental, do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR). A pesquisa experimental é um delineamento para testar uma hipótese de relação causa e efeito, devido às suas propriedades especiais de controle e manipulação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). A sua principal vantagem em relação aos estudos observacionais é a sua capacidade de demonstrar causalidade (HULLEY et al., 2008).

As condições do estudo experimental, como a seleção dos grupos de tratamentos, a natureza das intervenções, o manejo durante o seguimento e as avaliações dos desfechos são especificadas pelo investigador com o propósito de fazer comparações não-enviesadas, sendo o pesquisador um agente ativo nesse processo, mais do que um observador passivo (FLETCHER, 2006).

Nos ensaios clínicos randomizados, o investigador aplica uma intervenção e observa os seus efeitos sobre os desfechos. A demonstração da causalidade nesse tipo de estudo ocorre, principalmente, em razão da alocação aleatória da intervenção, que pode eliminar a influência de variáveis confundidoras, e do cegamento, que pode eliminar a possibilidade de os efeitos observados serem explicados por diferenças no uso de co-intervenção nos grupos de tratamento e controle ou por vieses na mensuração dos desfechos (HULLEY et al., 2008).

No ECR, o pesquisador compara o desfecho em grupos de participantes que recebem diferentes intervenções. O delineamento escolhido para esse estudo é o intergrupo, em que um grupo recebeu a intervenção a ser testada, e o outro recebeu um tratamento não ativo ou de comparação (HULLEY et al., 2008). No caso desta pesquisa, houve a comparação entre dois grupos: o grupo que recebeu a intervenção educativa por telefone juntamente com o cuidado padrão da instituição, e o grupo que recebeu somente o cuidado padrão oferecido pelos profissionais da instituição pesquisada. Deve-se ressaltar que também foi possível realizar a comparação intragrupo do grupo intervenção e do controle em relação aos escores de autoeficácia materna nos momentos de acompanhamento do estudo.

Utilizaram-se as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para aperfeiçoar a descrição metodológica e dos resultados

desse estudo. Para essa pesquisa foi utilizado o CONSORT para Intervenções Não-Farmacológicas (2017) que leva em consideração aspectos como dificuldade de cegamento e a complexidade da intervenção. O seguimento dessas recomendações permitiu evitar possíveis emissões de erros sistemáticos que comprometam a validade e confiabilidade dos resultados, e, conseqüentemente, do contexto da medicina baseada em evidências (CONSORT, 2017).

Por fim, esse estudo foi registrado na base de dados de Registro de Ensaio Clínicos Brasileiros (ReBEC), permitindo a sua divulgação de maneira pública e reduzindo o viés da publicação.

## **6.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido na unidade de alojamento conjunto (AC) do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, que se trata de um Hospital Público de nível secundário, localizado na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) de Fortaleza.

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

A escolha por esse local se deu por este ser referência na rede municipal de saúde pela atenção secundária em ginecologia, obstetrícia e pediatria. Por mês, são registrados cerca de 420 partos, sendo o maior número entre as maternidades da prefeitura de Fortaleza. O Hospital foi premiado duas vezes, em 2013 e em 2014 com o prêmio “Ceará Gestão Pública”, pela melhoria da assistência qualificada e humanizada. Além disso, o hospital é vinculado à Rede Cegonha do Ministério da Saúde, e vem passando por um processo avaliativo quanto ao credenciamento IHAC (FORTALEZA, 2015). Apesar de já ter recebido visitas no ano de 2017 a instituição ainda aguarda o resultado da avaliação e credenciamento enquanto Hospital Amigo da Criança.

Dentre as conquistas alcançadas para a melhoria da qualidade da assistência estão a construção do centro de parto humanizado; a ampliação do

centro cirúrgico; a construção da unidade neonatal; a implantação do banco de leite e do programa “parto que te quero perto”, que estimula a participação do homem ao longo de todo o processo gestacional, fortalecendo o vínculo com a mulher, o bebê e o hospital (FORTALEZA, 2011).

Em relação à promoção do AM, a instituição inaugurou em 2014 o Posto de Coleta de Leite Humano Dra. Zilda Arns Neumann. O lactário tem o objetivo de orientar e estimular a amamentação e coletar leite para ser utilizado na UTI Neonatal da unidade.

Para isso, o banco de leite funciona todos os dias, inclusive aos finais de semana, até às 19 horas, e conta com uma equipe capacitada para orientar a mulher em relação às dificuldades do aleitamento materno, bem como para auxiliá-las na coleta do leite materno, com uma equipe composta por duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. Além disso, conta com um atendimento específico ao AM realizado com as puérperas do alojamento conjunto por técnicas de enfermagem capacitadas (FORTALEZA, 2014).

### 6.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por puérperas internadas no AC do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana durante o período de coleta de dados.

Para a realização do cálculo da amostra necessária, utilizou-se a fórmula a seguir indicada para a comparação de dois grupos (HULLEY et al., 2008). O Poder do teste estimado foi 80%, o que significa que, se de fato houver alguma diferença, haverá uma probabilidade de 80% de detectá-la (MAROTTI et al., 2008), e o nível de significância de 5%.

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

Considera-se P1 a proporção de possibilidade do desfecho no GC, e P2 a proporção da possibilidade do desfecho no GI. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Aleitamento Materno mais recente, realizada nas capitais Brasileiras, o AME em menores de seis meses na capital de Fortaleza era de apenas 33% (VENÂNCIO



et al., 2010; BRASIL, 2010), assim foi considerado a proporção de 33% de possibilidade do desfecho no GC.

Os pesquisadores adotaram que a diferença clínica (d) esperada para o GI é de 20%, acreditando ser uma diferença já importante para esse desfecho e considerando a pesquisa realizada por Hodinnot *et al.* (2012) em que evidenciou-se aumento de 22% nas taxas de AME do GI quando comparado com o GC, após a realização de uma intervenção educativa por telefone. Assim, com uma diferença clínica esperada de 20% para o GI, a proporção de possibilidade do desfecho para o GI é de 53%.

Dessa forma, adotaram-se os seguintes valores:

$n$  = tamanho da amostra

Coeficiente de Confiança = 95%

Poder do teste = 80%

$Z_{5\%} = 1,96$

$Z_{20\%} = 0,84$

$p_1$  = proporção do desfecho no controle de 33%

$p_2$  = proporção do desfecho no experimento de 53%

$q_1 = 1-p_1$

$q_2 = 1-p_2$

Aplicados à fórmula, o tamanho da amostra foi de 92 puérperas para cada grupo. Porém, ao adicionar a esse total um percentual de segurança de 30% para eventuais perdas, tem-se que serão necessárias 120 puérperas para cada grupo, perfazendo um total de 240 participantes.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres no período puerperal imediato, que segundo Rezende e Montenegro (2016) é considerado o período entre o primeiro e o décimo dia após o parto;
- Puérperas com, no mínimo, seis horas de pós-parto, posto que antes desse momento seria inoportuno realizar a coleta de dados, a julgar que as primeiras

horas após o parto são caracterizadas por estresse emocional para a mãe, tornando-o ainda mais difícil devido as alterações fisiológicas que ocorrem (STRIGHT; HARRISON, 1998);

- Puérperas com gestação única, a termo (idade gestacional  $\geq$  37 semanas;  $<$  41 semanas), uma vez que as condições clínicas e o ambiente em que o recém-nascido pré-termo fica hospitalizado são fatores que podem dificultar o aleitamento materno, além de que em algumas situações é necessário iniciar o uso de fórmulas lácteas na alimentação da criança;

- Puérperas com 12 anos ou mais de idade, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8.069/90 (BRASIL, 2005);

- Puérperas com recém-nascidos internados em alojamento conjunto;

- Puérperas que estejam realizando a prática do AM;

- Puérperas que tenham pelo menos um contato telefônico.

Com relação aos critérios de exclusão, considerou-se:

- Puérperas que declararam a intenção de não amamentar;

- Puérperas que apresentaram intercorrências clínicas no momento da coleta de dados (cardiopatias, nefropatias, diabetes, hipertensão, entre outros);

- Mulheres com intercorrências obstétricas no período puerperal (anemia, sangramento transvaginal, cefaleia pós-raquidiana, entre outros);

- Puérperas que apresentaram algum tipo de contraindicação à amamentação (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, dependência química, dentre outras);

- Puérperas com restrições mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento;

- Puérperas que realizaram redução da mama ou que colocaram prótese mamária, pois, embora estes procedimentos não contraindiquem a amamentação, em geral, as mulheres que se submetem a eles podem decidir por não amamentar;

- Puérperas com filhos internados na unidade de terapia intensiva, a julgar que o setor abriga recém-nascidos com condições clínicas críticas que podem impossibilitar a amamentação;

- Puérperas cujos filhos nasceram com deficiências que impediam ou dificultavam a amamentação (fenda palatina, atresia de esôfago, dentre outros);

- Puérperas portadoras de deficiência auditiva.

Como critérios de descontinuidade, foram considerados:

- Desistência da puérpera ou do responsável legal (no caso das adolescentes) em participar da pesquisa após início da coleta;

- Falecimento da mãe ou da criança no decorrer do estudo;

- Ausência da prática do aleitamento materno;

- Recém-nascido oferecido para adoção;

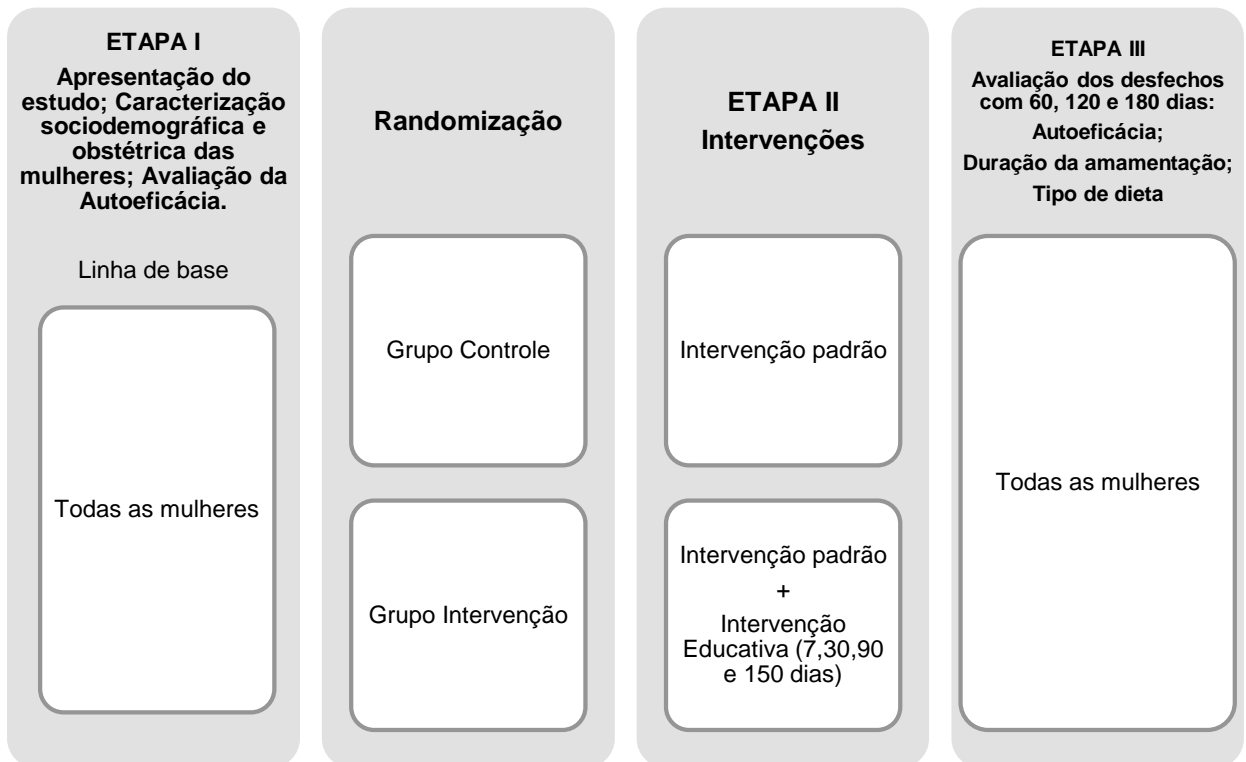
- Mudança de telefone após o acompanhamento;

- Não atender as ligações telefônicas após três tentativas em dias consecutivos e horários distintos.

#### **6.4 Operacionalização da coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de Outubro/2016 a Julho/2017, sendo o recrutamento no período de Outubro a Janeiro de 2016 e o acompanhamento de Outubro/2016 a Julho/2017, conforme as etapas destacadas na Figura 1.

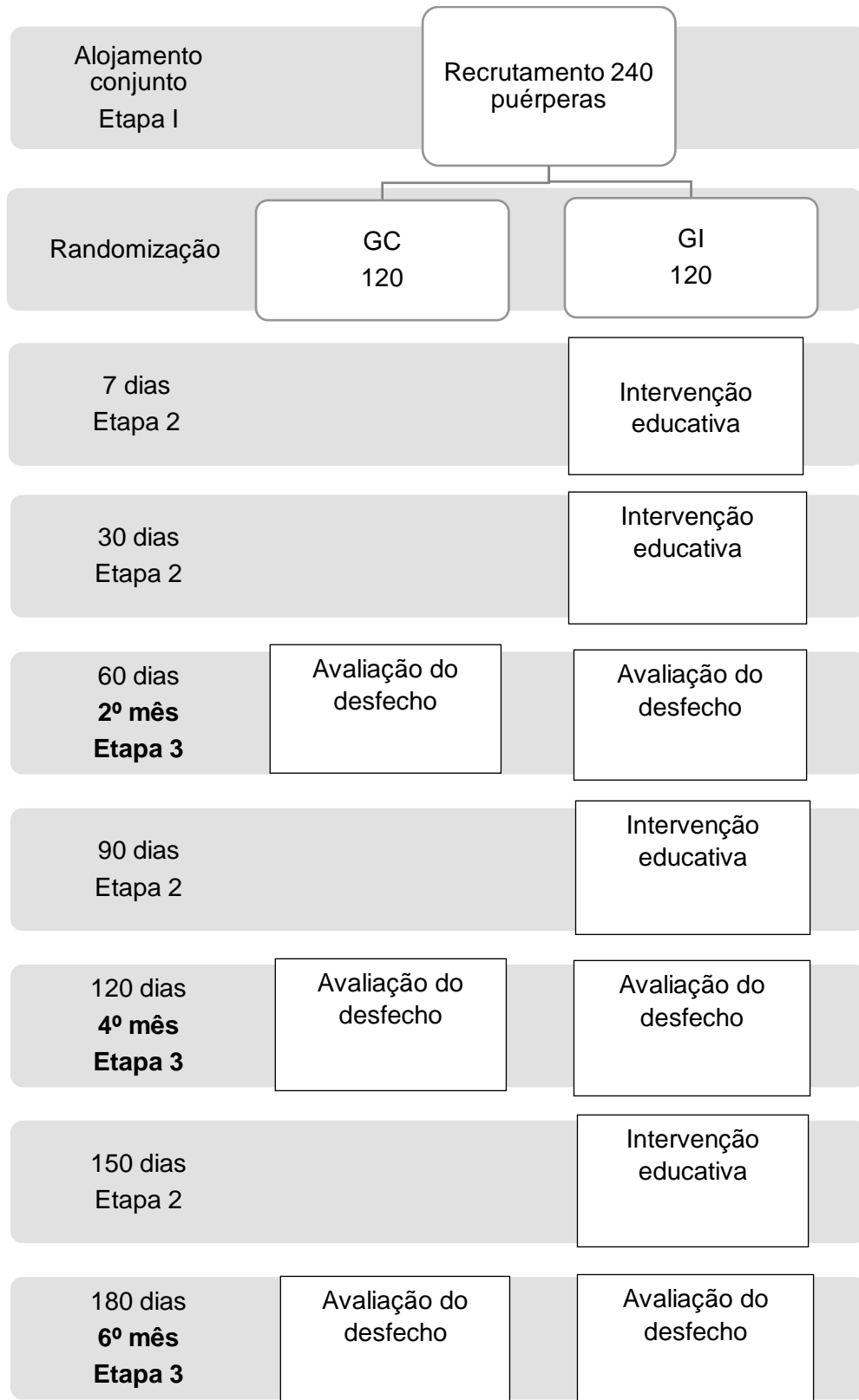
**Figura 1** - Representação gráfica das etapas de coleta de dados. Fortaleza-CE. Outubro/2016 a Julho/2017.



Fonte: Autor, 2017

A Figura 2 representa a etapa de coleta de dados de acordo com os meses do estudo. O grupo controle recebeu a intervenção padrão que consistia nas orientações da equipe de enfermagem do serviço enquanto a mulher encontrava-se internada no alojamento conjunto, além de uma visita de um profissional do banco de leite do hospital que passava diariamente orientando as mães acerca da importância do aleitamento materno, seus benefícios e sobre a função do banco de leite, esclarecendo às mulheres que poderiam contribuir com a doação de leite materno ou buscar apoio nesse serviço caso viessem a precisar. O grupo intervenção recebeu além da intervenção padrão a intervenção educativa por telefone com 7, 30, 90 e 150 dias pós-parto. A avaliação do desfecho foi realizada aos 60, 120 e 180 dias pós-parto por telefone tanto para o grupo intervenção como para o controle.

**Figura 2** - Esquema das etapas de coleta de dados de acordo com os meses do estudo. Fortaleza-CE. Outubro/2016 a Julho/2017.



Fonte: Autor, 2017

## ETAPA I: Linha de Base

O recrutamento das puérperas foi realizado no AC do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana por um período de quatro meses (outubro de 2016 a janeiro de 2017) sempre às segundas, quartas e sextas no período diurno.

Estabeleceu-se um intervalo de um dia entre as coletas de dados para evitar a repetição das puérperas internadas nos dias da pesquisa, uma vez que as mulheres permanecem internadas nessa unidade no mínimo por 24 horas após o parto normal e 48 horas após o parto cesáreo. Iniciando a coleta na segunda-feira foi possível abordar também as mulheres que pariram no domingo e que ainda estavam aguardando a alta hospitalar. Dessa forma, foi possível captar uma amostra representativa da população estudada, pois as únicas mulheres que não foram incluídas no estudo são aquelas que foram admitidas na maternidade no sábado e receberam alta no domingo.

A equipe de pesquisa foi composta pela pesquisadora responsável pelo estudo; pela orientadora do projeto que integra o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; de uma bolsista do *Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica* (PIBIC) da Universidade Federal do Ceará; de uma professora e três enfermeiras que integram o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPSS).

O início da etapa de campo ocorreu com o treinamento dos auxiliares de pesquisa que participaram da coleta de dados quanto à utilização e compreensão da BSES-SF e dos formulários. Além disso, os auxiliares receberam o Procedimento Operacional Padrão (POP) com as respectivas orientações acerca das etapas de coleta de dados e da aplicação dos instrumentos (APÊNDICE I).

O POP para aplicação da BSES-SF foi adaptado de Rodrigues (2015), enquanto os demais POPs foram construídos pela própria pesquisadora e serviram como guia durante o período de coleta dos dados. Além disso, foram realizados encontros semanais com todos os envolvidos na coleta de dados no alojamento conjunto para discussão dos procedimentos e das dificuldades que surgiram durante a aplicação dos instrumentos, e para entrega dos instrumentos preenchidos para que se pudesse proceder à randomização dos sujeitos e realização das demais etapas da pesquisa.

O recrutamento das puérperas no alojamento conjunto foi realizado pelas enfermeiras e acadêmicas de enfermagem previamente treinadas.

As participantes foram abordadas na enfermaria obstétrica, com apresentação dos auxiliares de pesquisa e explicação do objetivo da pesquisa e seus benefícios, após isso foi solicitado o seu consentimento, por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Quando a participante era adolescente foi solicitado o TCLE do seu responsável legal, bem como o Termo de assentimento livre e esclarecido da adolescente, respeitando a sua liberdade em participar da pesquisa (APÊNDICE B).

Após isso, todas as participantes responderam a um formulário adaptado de Uchoa (2012), contendo características sociodemográficas, obstétricas, comportamentais e variáveis relacionadas à gravidez atual, parto e puerpério (APÊNDICE C).

Além deste instrumento, foi aplicada a *BSES-SF* (ANEXO A), para avaliar a autoeficácia das puérperas na linha de base. Optou-se pela versão reduzida da escala que é composta somente por 14 itens, por ser de fácil aplicabilidade, tornando viável seu uso no alojamento conjunto e por telefone.

Deve-se ressaltar que a aplicação da *BSES-SF* nesse momento teve como objetivo possibilitar a posterior comparação da autoeficácia dos grupos durante as avaliações dos desfechos, além de possibilitar o diagnóstico inicial acerca das necessidades de cada puérpera, evidenciando os itens que deveriam ser priorizados na primeira intervenção educativa.

## **Randomização**

Foi realizada a randomização dos sujeitos, que consiste na alocação aleatória dos indivíduos para o tratamento experimental ou para o grupo controle. Essa técnica permite estudar os efeitos específicos de uma intervenção clínica isentos de outros efeitos (FLETCHER, 2006).

As puérperas foram divididas em dois grupos (GI: grupo intervenção que recebeu a intervenção educativa por telefone e GC: grupo controle que recebeu a intervenção comparação – orientações de rotina do serviço). A randomização foi realizada de forma aleatória, para que as puérperas tivessem chances iguais de

serem incluídas nos grupos, gerando grupos verdadeiramente comparáveis. A designação aleatória dos sujeitos impede que haja parcialidade sistemática nos grupos, com respeito aos atributos que possam afetar a variável dependente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As duas características mais importantes da randomização são a alocação aleatória dos tratamentos e que as alocações sejam invioláveis, de forma que seja impossível que fatores intencionais ou não-intencionais influenciem na randomização (HULLEY et al., 2008). Dessa forma, a randomização não foi realizada pelo pesquisador principal, e sim por outro membro da equipe de pesquisa.

Devido às características específicas do ensaio clínico proposto, em que a primeira intervenção educativa teve início sete dias após a captação inicial da puérpera alocada para o GI, optou-se por realizar a técnica de randomização em blocos.

Mediante uma ferramenta contida no próprio SPSS 20 foi utilizado uma ferramenta automática para realizar a randomização em blocos (HULLEY *et al.*, 2008). Optou-se por este tipo de randomização para garantir a distribuição equitativa de puérperas nos grupos controle e intervenção. Além disso, a randomização em blocos proporcionou a melhor operacionalização da coleta de dados durante o seguimento das pacientes nas etapas posteriores. Neste estudo, a randomização foi feita a partir de 12 blocos de 20 puérperas. Assim, à medida que 20 formulários iam sendo preenchidos, um membro da equipe pesquisadora, que não tinha tido contato com as participantes, randomizava a amostra.

## **ETAPA II: Intervenção educativa centrada nos princípios da autoeficácia e com abordagem da entrevista motivacional**

A intervenção proposta nesse estudo foi uma intervenção educativa centrada nos princípios da autoeficácia e utilizando a abordagem da entrevista motivacional por telefone, com início na primeira semana pós-parto até o 5º mês pós-parto. Dessa forma, a intervenção desse estudo consistiu em quatro contatos: o primeiro com sete dias pós-parto, o segundo com 30 dias, o terceiro com 90 dias (3º mês), e o último com 150 dias (5º mês).



A intervenção foi realizada somente pela pesquisadora principal, em razão da sua experiência anterior com pesquisas sobre a autoeficácia na amamentação e como forma de garantir que fosse utilizada a mesma abordagem com todas as participantes, evitando possíveis vieses.

A revisão sistemática realizada nesse estudo demonstrou que as intervenções educativas de longa duração por telefone foram mais eficazes para aumentar a duração e exclusividade da amamentação (EFRAT *et al.*, 2015; TAHIR; AL-SADAT, 2013; CARLSEN *et al.*, 2013; FLAX *et al.*, 2016). Dessa forma, optou-se por desenvolver uma intervenção educativa contínua, que tivesse prosseguimento ao longo do período puerperal, para que a pesquisadora conseguisse acompanhar a mulher durante os seis meses em que é preconizada a amamentação exclusiva, com o intuito de melhorar a autoeficácia, duração e exclusividade do AM.

Durante o primeiro mês, as mulheres receberam dois contatos, posto que as primeiras seis semanas após o parto são consideradas como um período crítico para o estabelecimento da amamentação, em que a mãe precisa de mais apoio e educação, devido às inúmeras adaptações e dificuldades vivenciadas. Por isso, os contatos precisam ser implementados com maior frequência durante esse período. Diante disso, o primeiro contato foi realizado com 7 dias pós-parto e o segundo com 30 dias pós-parto (GROSS *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2011).

O terceiro contato foi realizado no 3º mês pós-parto, uma vez que é o período que antecede o retorno de muitas mulheres às suas atividades fora do lar, como o trabalho e os estudos, já que, na maioria dos casos, a licença maternidade encerra-se com quatro meses. O retorno à rotina de trabalho contribui para o desmame precoce quando as mães sentem a necessidade de retornar às suas atividades profissionais, ou precisam fazer isso em virtude das dificuldades financeiras (SOUTO; JAGER; DIAS, 2014). Esse é considerado um período crítico para a amamentação, em que muitas mulheres preocupadas com o retorno ao trabalho ou aos estudos passam a planejar como irão conciliar as atividades fora de casa com a alimentação do seu bebê. Com isso, muitas mães começam a modificar a dieta da criança, optando pelo desmame precoce ou introduzindo outros tipos de leite e alimentos na dieta da criança (SIPSMA *et al.*, 2013; SOUTO; JAGER; DIAS, 2014).

Devido a isso, o último contato foi realizado no 5º mês pós-parto, com o intuito de fazer as mulheres continuarem amamentando até o sexto mês ou mais. Ademais, essa última intervenção permitiu avaliar se mesmo após o retorno às suas atividades de trabalho formal a mulher continuou confiante em amamentar ou se ainda apresenta alguma dificuldade, permitindo que a pesquisadora abordasse, na intervenção, os fatores que podem contribuir para o desmame precoce e fortalecesse mecanismos que promovessem a autoeficácia da mulher para amamentar.

Para cada sessão da intervenção foi preenchido um formulário criado pelo pesquisador com dados referentes ao contato, número de tentativas, dias pós-parto, duração do contato, se estava amamentando ou não, principal motivo para desmamar, tipo de amamentação, duração do AM e do AME, bem como os itens da autoeficácia e as dificuldades abordadas em cada sessão da intervenção (APÊNDICE D).

Após isso, foi utilizada a abordagem da entrevista motivacional para guiar a intervenção educativa por telefone às puérperas, acreditando que esta pode ser eficaz para reforçar ou melhorar a confiança da mulher para amamentar, bem como influenciar positivamente os seus comportamentos e escolhas em relação à dieta da criança.

Como forma de garantir a homogeneidade na aplicação da EM às participantes do estudo foi criado um instrumento para nortear a aplicação dessa entrevista adaptado de Nicolau (2015) (APÊNDICE E) e foi formulado um Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE I) contendo as orientações para a aplicação desta abordagem.

Para realizar a EM optou-se pela estratégia de “evocar-fornecer-evocar”, na qual o profissional inicia com uma pergunta aberta, depois fornece as informações necessárias, e finaliza com uma evocação, realizada sob a forma de uma pergunta aberta, para incentivar a resposta da pessoa à informação prestada. Essa estratégia foi escolhida, pois ela propicia uma postura mais colaborativa entre profissional e puérpera, buscando despertar as suas motivações e ajudando a mulher a refletir acerca das informações, bem como assumir comportamentos favoráveis à sua saúde.

Durante a intervenção, quando foi necessário utilizar a técnica informar utilizou-se um instrumento para orientar as informações fornecidas pelo pesquisador, os assuntos foram abordados de acordo com as necessidades das puérperas, priorizando informações que fossem importantes para os anseios ou dificuldades expressas, bem como para melhorar a confiança da mulher em amamentar.

O instrumento criado é composto por duas partes: 1. Orientações acerca dos itens da escala de autoeficácia e 2. Dúvidas e dificuldades na amamentação. A primeira parte do instrumento foi adaptado de Chaves (2016) e a segunda foi construída pela pesquisadora. É importante enfatizar que tanto para a adaptação da primeira parte do instrumento, como para a construção da segunda, a pesquisadora se baseou na Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1977) e no conceito de autoeficácia em amamentar (DENNIS, 1999), bem como em literaturas importantes sobre o aleitamento materno (BRASIL 2015; DODT, 2008; SOUZA et al., 2012) (APÊNDICE F).

Deve-se enfatizar que o instrumento criado para ser utilizado durante a técnica informar na intervenção educativa foi submetido para dois experts independentes da área de estudo para que pudessem realizar uma avaliação do conteúdo do instrumento (APÊNDICES E e F). A partir disso, em cada intervenção a pesquisadora abordou até dois itens da escala de autoeficácia na qual as mulheres apresentaram dificuldades. Quando as mulheres expressaram alguma dúvida, anseio ou dificuldade relacionada à amamentação que pudesse interferir nessa prática, a pesquisadora podia deixar de abordar o item previamente estabelecido para intervir e informar acerca das dificuldades apresentadas.

Ressalta-se que quando a mulher não apresentou dificuldades ou itens com baixa autoeficácia, a intervenção foi centrada naqueles itens que ainda não foram abordados nos contatos anteriores com vistas a fortalecer a confiança da mulher para amamentar. O tempo de contato durante as ligações variou de três a doze minutos a depender das necessidades apresentadas pelas mulheres.

Também é importante mencionar que as intervenções tiveram uma continuidade, assim ao iniciar um novo contato a pesquisadora realizava um *feedback* sobre o que foi abordado no contato anterior, a fim de averiguar se as dificuldades estavam sendo superadas e se a puérpera permanecia confiante em relação aos itens que foram trabalhados anteriormente. Isso permitiu o melhor

direcionamento da intervenção, promoção do vínculo e uma atenção continuada à puérpera.

### **ETAPA III: Avaliação do Desfecho com 60, 120 e 180 dias**

Após a realização da intervenção educativa a avaliação dos desfechos da pesquisa ocorreu por meio de um contato telefônico aos dois, quatro e seis meses para ambos os grupos. Esse contato foi realizado pelas mesmas enfermeiras e acadêmicas de enfermagem que realizaram o recrutamento das puérperas.

Deve-se ressaltar que essas pesquisadoras foram cegas quanto aos sujeitos dos grupos para os quais fizeram o contato telefônico, para isso elas receberam uma lista composta de sujeitos tanto do GI, como do GC, identificados somente por um código numérico. Uma ficha com os códigos que relacionam quais puérperas estavam nos grupos controle e intervenção se manteve guardado somente com a pesquisadora principal que realizou a intervenção até o final do estudo. Esse procedimento foi adotado para impedir qualquer interferência da equipe pesquisadora na avaliação do desfecho.

Na avaliação do desfecho foi aplicado novamente a BSES-SF nos três momentos, com o intuito de comparar a autoeficácia entre os dois grupos ao longo do processo de amamentar. Além disso, foi aplicado um formulário (APÊNDICE G), contendo dados sobre: tipo de aleitamento materno, duração e exclusividade da amamentação, motivo do desmame precoce para aquelas que interromperem a amamentação, número de mamadas por dia, comportamento da criança, se já teve visita domiciliar ou puericultura, se receberam orientações relativas ao AM, se retornou ao trabalho, dentre outros.

### **6.5 Cegamento**

O cegamento consiste em manter a intervenção realizada desconhecida pelos participantes, profissionais de saúde que administram a intervenção e aqueles coletando os dados clínicos e analisando os resultados (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

No caso de cegamento dos pacientes, tenta-se prevenir o viés de execução resultante de efeitos não associados com a intervenção recebida. O cegamento dos profissionais de saúde que administram a intervenção também

previne o viés de execução, enquanto que o cegamento daqueles que coletam as variáveis de resposta e analisam os resultados previne o viés de detecção, evitando-se que disponham de atitudes diferenciadas aos pacientes por reconhecer para qual grupo ele foi assinalado ou que selecionem os métodos estatísticos baseados neste conhecimento prévio (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009). Quando não é possível cegar todas essas pessoas, deve-se buscar que o maior número possível seja cegado. Em um ECR o cegamento é tão importante quanto a randomização, pois protege o estudo de vieses devido ao uso de co-intervenções e devido à avaliação enviesada dos desfechos (HULLEY et al., 2008).

Os ensaios clínicos não-farmacológicos apresentam limitações para o cegamento, uma vez que as intervenções envolvem procedimentos conhecidos tanto por aqueles que administram como pelo paciente (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009). Nesses tipos de ensaios o cegamento é difícil ou até mesmo impossível, seja por motivos técnicos ou de ordem ética. Um exemplo disso são as intervenções de cunho educacional, sendo necessário limitar e padronizar o máximo as potenciais co-intervenções e cegar a equipe responsável pela avaliação e adjudicação dos desfechos (HULLEY *et al.*; 2008).

Diante disso, nessa pesquisa não foi possível cegar a pesquisadora responsável pela intervenção, pois ela teve que entrar em contato por telefone com as puérperas do GI para realizar a intervenção educativa. Por se tratar de uma intervenção educativa também não foi possível cegar as participantes do estudo, uma vez que apenas o GI recebeu a intervenção educativa por telefone, enquanto o GC recebeu apenas as ligações de avaliação de desfecho.

Os auxiliares de pesquisa que avaliaram os desfechos foram cegos para o grupo de alocação das mulheres até o final da coleta de dados dos desfechos, bem como a pessoa responsável pela análise estatística. O cegamento daqueles que coletam as variáveis e avaliam os desfechos é particularmente importante nestes casos marcados pela impossibilidade ou falhas de cegamento (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

## 6.6 Definição operacional das variáveis

### 6.6.1 Variável dependente (desfecho)

Para esse estudo foram eleitos três aspectos como variáveis dependentes:

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

- Baixa autoeficácia: 14 a 32 pontos;
- Média autoeficácia: 33 a 51 pontos;
- Elevada autoeficácia: 52 a 70 pontos.

**II. Duração do AM:** Avaliada mediante o instrumento que foi aplicado em cada sessão da intervenção, bem como pelo instrumento aplicado na avaliação do desfecho para o GI e GC aos dois, quatro e seis meses. Foi avaliado por meio das perguntas: Você está amamentando? Por quanto tempo amamentou? Quais motivos a levaram a parar o AM? (para aquelas que interromperam o AM). Assim, foi possível identificar as taxas de desmame precoce, além de detectar aquelas mulheres que não continuaram no estudo, uma vez que interromper a amamentação, não obstante ser um resultado é também um critério de descontinuidade.

**III. Tipo de dieta da criança:** Foi avaliado por meio do instrumento aplicado aos dois, quatro e seis meses, sendo classificado conforme as definições da WHO (2007) e do Ministério da Saúde (2015):

➤ **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

➤ **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

➤ **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

➤ **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

➤ **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

### **6.6.2 Variáveis independentes (explanatórias)**

As variáveis independentes a serem consideradas nesse estudo foram as variáveis sociodemográficas, variáveis maternas e variáveis da intervenção realizada com 7, 30, 90 e 150 dias, quais sejam:

#### **Variáveis Sociodemográficas:**

- Idade: mensurada em anos.
- Raça: Branca, Parda, Amarela, Negra, Outros.
- Estado civil: casada/união estável, solteira, divorciada, viúva.
- Escolaridade: em anos de estudo concluídos. A escolaridade foi classificada em baixa, média e alta de acordo com os anos de estudo concluídos, sendo considerada baixa quando a pessoa teve menos de nove anos de estudo, média entre nove e doze anos de estudo e alta acima de doze anos de estudo.
- Ocupação: Estudante, Do lar, Empregada, Desempregada, Aposentada e Outras.
- Renda familiar: em reais.
- Número de moradores no domicílio: número de pessoas.
- Período fora do lar: tempo (horas) que a mulher permanece fora da casa

#### **Variáveis Maternas:**

- Número de Gestações: 1 gestação, 2 gestações, 3 ou mais gestações.
- Número de Aborto: mensurado em número de gravidez interrompida.
- Paridade: número de partos.
- História anterior de prematuridade: Sim ou Não.

- Prática da amamentação anteriormente: Sim ou Não.
- Motivos para amamentar os filhos.
- Dificuldades durante a amamentação dos outros filhos.
- Gravidez planejada: Sim ou não.
- Realização de pré-natal: Sim ou não.
- Incentivo para amamentar: Sim ou não (quem incentivou e orientou).
- Tipo de parto: normal ou cesáreo.
- Bebê mamou imediatamente após o parto: Sim ou Não.

#### **Variáveis de Intervenção:**

- Número de tentativas de ligações.
- Dias pós-parto
- Duração do contato.
- Se estava amamentando.
- Tipo de aleitamento materno.
- Motivo principal do desmame
- Duração do AM e do AME.
- Itens da autoeficácia trabalhados nas sessões.
- Dificuldades abordadas na intervenção.

### **6.7 Análise dos dados**

Inicialmente foi realizada a revisão dos instrumentos para confirmar se todas as informações necessárias estavam preenchidas corretamente. Após a revisão, os dados foram inseridos em um banco de dados no programa Microsoft® Office Excel do Windows Starter 7 (Microsoft Corporation versão 2003-2007). Posteriormente o banco foi transferido para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para análise.

Empregou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade das variáveis, evidenciando que a distribuição dos dados contínuos não seguiu a normalidade. Por conta disso, optou-se pelo uso de testes não-paramétricos.

Para a análise descritiva, foram realizados testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, medianas e percentis. As variáveis contínuas foram expressas em medianas e as categóricas em frequências absolutas e relativas.



Realizou-se a comparação entre o grupo intervenção e controle na *baseline*, com 60, 120 e 180 dias pós-parto. Para as comparações das variáveis categóricas foram utilizados os testes qui-quadrado, já o Teste Exato de Fisher foi utilizado quando o percentual de valores esperados abaixo de 5 foi superior a 20%. Para a comparação das variáveis numéricas foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney.

O Teste de Wilcoxon para dados pareados foi usado para comparar a associação entre as variáveis numéricas relacionadas no tempo. A análise da correlação dos dados sociodemográficos e obstétricos numéricos com os escores de autoeficácia e com a mediana de duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo foram realizados pelo coeficiente de Spearman. Já a associação dos dados sociodemográficos e obstétricos com a duração e exclusividade do AM foi realizada pelo teste do qui-quadrado e pelo Teste Exato de Fisher.

A razão de chance (RC) e o intervalo de confiança de 95% foram calculados para as principais variáveis dependentes. Consideraram-se como estatisticamente significante as análises inferenciais com valores de  $p < 0,05$ . Para verificar a significância clínica da intervenção educativa utilizada foi calculado o número necessário para tratar (NNT).

## **6.8 Aspectos éticos**

A pesquisa só teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com protocolo de nº 42495114.4.0000.5054 e autorização da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Fortaleza.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), como o esclarecimento da pesquisa aos sujeitos; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo; a garantia do anonimato, a ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos; garantia de que danos previsíveis seriam evitados; liberdade dos sujeitos em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase.

Para a participação de puérperas adolescentes nesse estudo foi necessária a autorização de seus pais ou responsáveis legais mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todavia, isso não eximiu a responsabilidade do

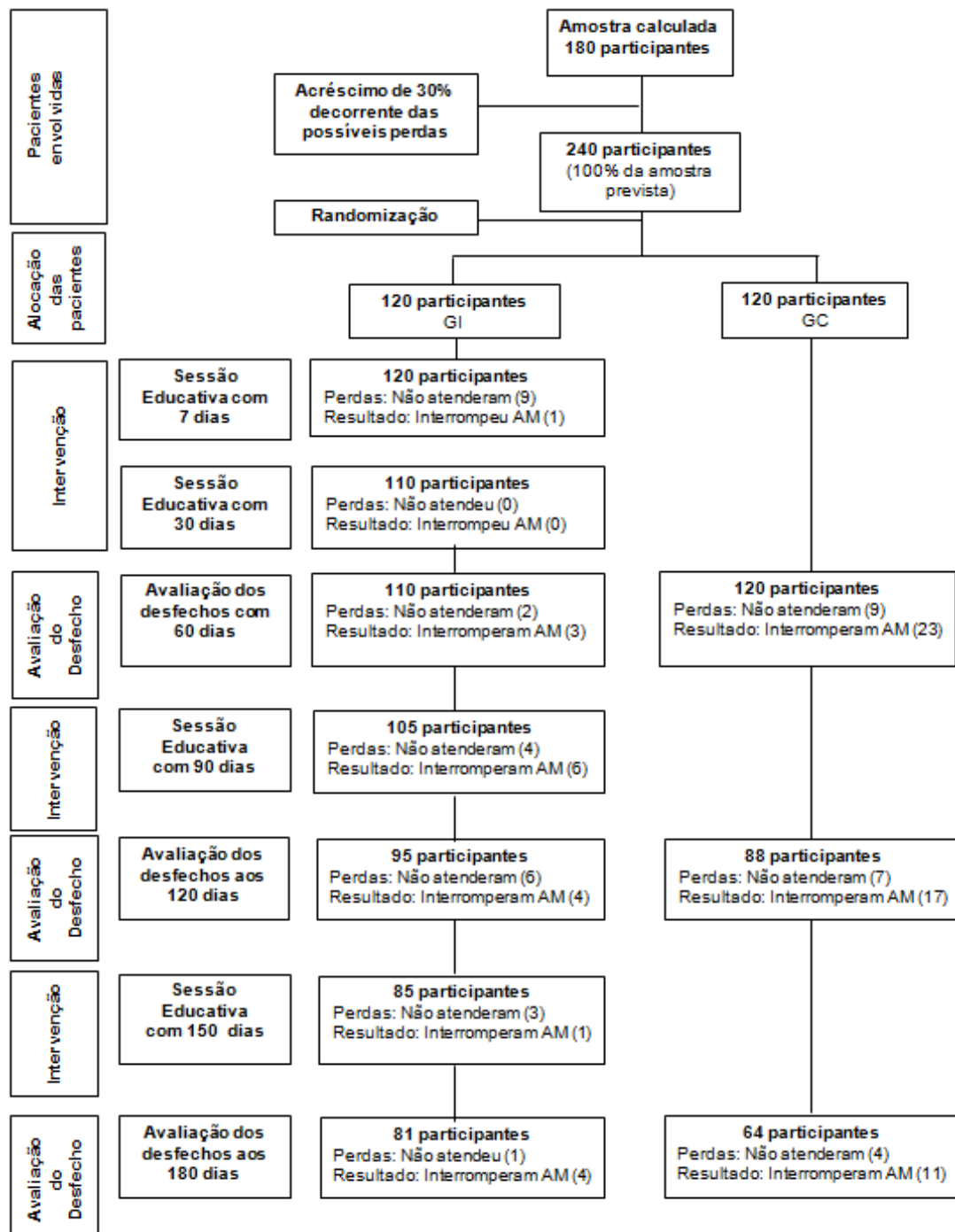
pesquisador em considerá-la como parte do processo de voluntariedade, aplicando o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Para a autorização de participação no estudo, foram fornecidas as informações em linguagem compreensível, explicitando o objetivo da pesquisa, o método a ser utilizado e os procedimentos que seriam realizados.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Captação e seguimento dos participantes no estudo

Como mencionado anteriormente, a pesquisa desenvolveu-se em três fases, sendo elas, a linha de base, intervenções educativas por telefone e avaliação do desfecho, conforme representado na Figura 3.

**Figura 3** - Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo. Fortaleza, CE. Outubro de 2016 a Junho de 2017.



Ao longo do estudo 45 mulheres foram excluídas por não atenderem ao contato telefônico após as três tentativas, o que representa um percentual geral de 18,75% de perdas de participantes no decorrer do estudo em relação à amostra inicial. Entre as perdas amostrais 20 (16,6%) foram do grupo controle e 25 (20%) do grupo intervenção. Essas perdas amostrais não comprometeram o estudo, uma vez que já havia sido adicionado um percentual de segurança de 30% para eventuais perdas.

Do total de participantes do estudo, 70 mulheres (GC=51 e GI=19) interromperam o aleitamento materno antes dos 180 dias de vida da criança, isso representa um percentual geral de desmame precoce igual a 29,2% da amostra. Quando avaliado separadamente verifica-se que o desmame precoce foi de 42,5% no GC e 15,83% no GI. Ressalta-se que no grupo controle 19,16% das mulheres interromperam a amamentação nos primeiros 60 dias de vida do bebê.

A tabela 1 demonstra os motivos mencionados pelas participantes para o desmame precoce no momento das ligações de desfecho aos 60, 120 e 180 dias pós-parto. Dessa forma, apesar de 70 mulheres terem interrompido o AM antes dos 180 dias, a tabela 1 apresenta os motivos do desmame precoce apenas de 60 mulheres, posto que duas mulheres não quiseram esclarecer sobre o motivo do desmame precoce na ligação de 60 dias, e as demais referiram o desmame no momento das ligações de intervenção.

**Tabela 1** - Motivos para o Desmame Precoce referidos nas ligações de 60,120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017

Motivos Desmame Precoce	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Ligação 60 dias (n = 26)</b>		
Produção de leite	9	34,6%
Bebê não pega mama	6	23,1%
Problemas mamários	5	19,2%
Cansaço/Estresse/Fadiga da Mãe	3	11,5%
Bebê não ganha peso	2	7,7%
Outros	1	3,8%
Total	26	100%
<b>Ligação 120 dias (n= 19)</b>		
Produção de leite	4	21,1%
Bebê não pega a mama	4	21,1%
Retorno ao trabalho/estudos	3	15,8%
Bebê não ganha peso	3	15,8%
Problemas mamários	2	10,5%
Cansaço/Estresse/Fadiga da mãe	1	5,3%
Falta de apoio	1	5,3%
Outros	1	5,3%
Total	19	100%
<b>Ligação 180 dias (n=15)</b>		
Produção de leite	5	33,3%
Bebê não pega a mama	3	20,0%
Bebê não ganha peso	2	13,3%
Retorno ao trabalho/estudos	2	13,3%
Cansaço/Estresse/Fadiga da mãe	1	6,7%
Falta de apoio	1	6,7%
Outros	1	6,7%
Total	15	100%

Fonte: Autor, 2017.

É importante ressaltar que esses motivos foram expressos nas ligações de 60, 120 e 180 dias pós-parto, pois foram os momentos em que a equipe pesquisadora entrou em contato com todas as participantes (grupo controle e grupo intervenção), o que não significa que o desmame tenha ocorrido exatamente nesse período, pois muitas vezes ele ocorreu dias antes da ligação.

Os dados apresentados na tabela 1 evidenciam que o principal motivo para o desmame precoce no momento das três ligações foi a baixa produção do leite, seguido por bebê não pega a mama e bebê não ganha peso. Na ligação de 60 dias, os problemas mamários também se destacaram, uma vez que 19,2% das mulheres os mencionaram como causa do desmame precoce.

O retorno ao trabalho ou estudos também figurou como um importante motivo de desmame precoce, sendo 15,8% nas ligações de 120 dias e 13,3% nas ligações de 180 dias.

## 7.2 Características sociodemográficas e obstétricas das participantes

Inicialmente foi realizada uma comparação das variáveis basais entre os dois grupos que poderiam interferir nos desfechos (autoeficácia, duração e exclusividade). Portanto, a homogeneidade dos grupos foi verificada a partir dos dados sociodemográficos, antecedentes obstétricos e características da amamentação (Tabelas 2, 3 e 4).

**Tabela 2** - Distribuição dos dados segundo as características sociodemográficas das puérperas. Fortaleza/CE, Brasil, 2017.

Variáveis	Grupos			p-valor
	TOTAL (n=240) Md (p25-p75)	Intervenção (n=120) Md (p25-p75)	Controle (n=120) Md (p25-p75)	
<b>Idade (anos)</b>	23 (19-30)	23 (19-30,7)	23 (19,2-29)	0,912 <sup>2</sup>
<b>Escolaridade (anos)</b>	10 (8-12)	10 (8-12)	10 (7-12)	0,410 <sup>2</sup>
<b>Horas fora do lar</b>	0 (0-4)	0 (0-5,7)	0(0-0)	<b>0,019<sup>2</sup></b>
<b>Renda familiar (R\$)</b>	880 (880-1315)	880 (880-1300)	880 (880-1455)	0,627 <sup>2</sup>
<b>Nº de moradores</b>	4(3-5)	4(3-5)	4(3-5)	0,243 <sup>2</sup>
<b>Raça</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Branco	40 (16,7%)	23 (19,2%)	17 (14,2%)	0,193 <sup>1</sup>
Não Branco	200 (83,3%)	97 (80,8%)	103 (83,8%)	
<b>Estado civil</b>				
Sem companheiro	56(23,3%)	25 (20,8%)	31 (25,8%)	0,361 <sup>1</sup>
Com companheiro	184(76,7%)	95 (79,2%)	89 (74,2%)	
<b>Ocupação</b>				0,069 <sup>1</sup>
Empregada	52(21,7%)	33 (27,5%)	19 (15,8%)	
Do lar	127(52,9%)	61 (50,8%)	66 (55,0%)	
Outra	61(25,4%)	26 (21,7%)	35 (29,2%)	

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

p<sup>2</sup> = Teste U de Mann-Whitney

Md=Mediana

p25-p75 = percentil 25 a percentil 75

O Salário Mínimo (SM) vigente era de R\$ 880,00.

Os resultados evidenciam que os grupos intervenção e controle são homogêneos em relação às características sociodemográficas das puérperas, pois

não houve diferença em relação à idade ( $p=0,912$ ), raça ( $p=0,193$ ), estado civil ( $p=0,361$ ), escolaridade ( $p=0,410$ ), ocupação ( $p=0,069$ ), renda ( $p=0,627$ ), e número de moradores ( $p=0,243$ ).

Em relação a variável horas fora do lar, evidenciou-se que o grupo intervenção passava mais horas fora do lar antes do nascimento do bebê do que o grupo controle ( $p=0,019$ ). Porém, deve-se ressaltar que essa variável foi colhida na linha de base, ou seja, quando as mulheres estavam internadas no alojamento conjunto, e, portanto refere-se às horas que ela costumava passar fora de casa antes do nascimento do bebê, sendo uma variável que pode se modificar após o nascimento da criança.

Em relação a classificação da escolaridade, os grupos também foram semelhantes, uma vez que 33,3% do GI e 39,2% do GC apresentaram baixa escolaridade, 64,2% do GI tinham média escolaridade comparado com 55% do GC, e somente 2,5% do GI e 5,8% do GC apresentaram alta escolaridade ( $p=0,725$ ).

Sobre a faixa de renda familiar, identificou-se que os grupos também foram homogêneos, pois 15,4% do GI e 12% do GC tinham renda familiar abaixo de um salário mínimo, 76,9% do GI e 80,3% do GC ganhavam entre 1 e 2 salários mínimos, e somente 7,7% de ambos os grupos ganhavam acima de 2 salários mínimos ( $p=0,569$ ).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, foi possível verificar a homogeneidade para as variáveis obstétricas, da gestação atual e do parto. Dessa forma, não foi identificada diferença entre os grupos intervenção e controle nas variáveis estudadas.

**Tabela 3** - Características dos antecedentes obstétricos, da gestação atual e do parto de acordo com os grupos de estudo. Fortaleza/CE, Brasil, 2017.

Variáveis	Grupos			p-valor
	TOTAL n = 240 Md (p25-p75)	Intervenção n = 120 Md (p25-p75)	Controle n =120 Md (p25-p75)	
<b>N gestação</b>	2(1-3)	2(1-2)	2(1-3)	0,495 <sup>2</sup>
<b>N abortos</b>	0(0-0)	0(0-0)	0(0-0)	0,716 <sup>2</sup>
<b>N partos</b>	2(1-2)	1(1-2)	2(1-2)	0,297 <sup>2</sup>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Número de partos</b>				0,439 <sup>1</sup>
Primípara	118(49,2%)	62(51,7%)	56(46,7%)	
Múltipara	122(50,8%)	58(48,3%)	64(53,3%)	
<b>Via de parto</b>				0,797 <sup>1</sup>
Vaginal	116(48,3%)	57(47,5%)	59(49,2%)	
Cesáreo	124(51,7%)	63(52,5%)	61(50,8%)	
<b>História anterior de prematuridade</b>				0,746 <sup>1</sup>
Sim	24(18,9%)	11(17,7%)	13(20%)	
Não	103(81,1%)	51(82,3%)	52(80%)	
<b>Prática anterior de amamentação</b>				0,860 <sup>1</sup>
Não	11(8,8%)	05(8,3%)	6(9,2%)	
Sim	114(91,2%)	55(91,7%)	59(90,8%)	
<b>Gravidez Planejada</b>				0,789 <sup>1</sup>
Não	152(63,3%)	77(64,2%)	75(62,5%)	
Sim	88(36,7%)	45(35,8%)	45(37,5%)	
<b>Pré-Natal</b>				0,099 <sup>1</sup>
Não	06(2,5%)	01(0,8%)	5(4,2%)	
Sim	234(97,5%)	119(99,2%)	115(92,8%)	
<b>Recebeu incentivo para amamentar</b>				0,229 <sup>1</sup>
Não	58(24,2%)	33(27,5%)	25(20,8%)	
Sim	182(75,8%)	87(72,5%)	95(79,2%)	

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

p<sup>2</sup> = Teste U de Mann-Whitney

Md=Mediana

p25-p75 = percentil 25 a percentil 75

Percebe-se que não houve diferença significativa em relação às variáveis número de gestação, parto e aborto entre os grupos, sendo a mediana de gestação de 2 para ambos os grupos (p=0,495), de 0 em relação ao aborto (p=0,716), e do parto de 1 para o GI e de do 2 para o GC (p=0,297).

Em relação a paridade, os grupos também foram semelhantes, no GI haviam 62 primíparas (51,7%) e 58 múltiparas (48,3%), enquanto no GC haviam 56 primíparas (46,7%) e 64 múltiparas (53,3%) (p=0,439).



Houve distribuição homogênea dos grupos em relação à via de parto, porém evidenciou-se maior predominância de partos operatórios em ambos os grupos, sendo 52,5% do GI e 50,8% do GC, contrariando as recomendações dos órgãos internacionais e nacionais.

A maioria das participantes relatou não ter planejado a gravidez, sendo 64,2% das mulheres do GI e 62,5% do GC ( $p=0,789$ ). Apesar da falta de planejamento pela gravidez, as mulheres referiram ter realizado o pré-natal (GI=99,2% e GC=92,8%) ( $p=0,099$ ).

A homogeneidade dos grupos do estudo em relação às variáveis da amamentação na linha de base também foi examinada e está descrita na Tabela 4.

**Tabela 4** - Características da amamentação de acordo com os grupos de estudo. Fortaleza/CE, Brasil, 2017.

Variáveis	TOTAL n = 240 n (%)	Grupos		p-valor
		Intervenção n = 120 n (%)	Controle n = 120 n (%)	
<b>Amamentou na primeira hora após o parto</b>				0,364 <sup>1</sup>
Não	133(55,4%)	63(52,5%)	70(58,3%)	
Sim	107(44,6%)	57(47,5%)	50(41,7%)	
<b>Recebeu orientação na maternidade</b>				0,743 <sup>1</sup>
Não	46(19,2%)	24(20,0%)	22(18,3%)	
Sim	194(80,8%)	96(80,0%)	98(81,7%)	
<b>Dificuldade para amamentar (n=235)</b>				0,701 <sup>1</sup>
Sim	87(35%)	44(38,3%)	43(35,8%)	
Não	148(63%)	71(61,7%)	77(64,2%)	
<b>Recebeu ajuda para amamentar (n=83)</b>				0,976 <sup>1</sup>
Não	06(7,2%)	03(7,1%)	03(7,3%)	
Sim	77(92,8%)	39(92,9%)	38 (92,7%)	
<b>Tipo de Autoeficácia</b>				0,178 <sup>1</sup>
Média	31 (12,9%)	19 (15,8%)	12 (10,0%)	
Elevada	209 (87,1%)	101 (84,2%)	108 (90,0%)	

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

Evidenciou-se que os grupos foram homogêneos em relação às variáveis de amamentação na linha de base. A maioria das participantes (GI=52,5% e GC=58,3%) referiu não ter amamentado imediatamente após o parto ( $p=0,364$ ), porém a maioria referiu ter amamentado ainda na sala de parto (55,4%), seguido do alojamento conjunto (32,1%) e da sala de recuperação anestésica (12,5%).

Apesar de um percentual significativo de mulheres (GI=80% e GC=81,7%) ter relatado que recebeu orientação em relação à amamentação na maternidade, não houve diferenças entre os grupos ( $p=0,743$ ).

### 7.3 Avaliação dos efeitos da Intervenção educativa na autoeficácia materna em amamentar

O desfecho foi avaliado em três momentos (aos 60, 120 e 180 dias pós-parto) no decorrer do estudo. Porém, para manter a logística das ligações telefônicas houve pequenas variações de dias para que a equipe pesquisadora conseguisse falar com todas as mulheres. Por esse motivo, foi realizada uma avaliação para saber se a variação dos dias das ligações poderia interferir nos resultados. Logo, os dados apresentados na Tabela 5 revelam que não houve diferença significativa entre os grupos em nenhum dos três momentos de avaliação.

**Tabela 5** - Dias pós-parto das mulheres nos três momentos de avaliação do desfecho entre os grupos intervenção e controle. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

	Grupos			p-valor
	Total Md (p25-p75)	Intervenção Md (p25-p75)	Controle Md (p25-p75)	
<b>1º Desfecho (mín- máx)</b>	n =219 60 (60-60) (60-70)	n=108 60 (60-60) (60-70)	n=111 60 (60-60) (60-70)	0,313 <sup>2</sup>
<b>2º Desfecho (mín- máx)</b>	n =169 120(120-120,5) (120-133)	n=89 120 (120-120,50) (120-133)	n=80 120 (120-120,8) (120-130)	0,980 <sup>2</sup>
<b>3º Desfecho (mín- máx)</b>	n=140 180(180-180) (180-185)	n=80 180(180-180) (180-185)	n= 60 180(180-180) (180-185)	0,488 <sup>2</sup>

Md = Mediana

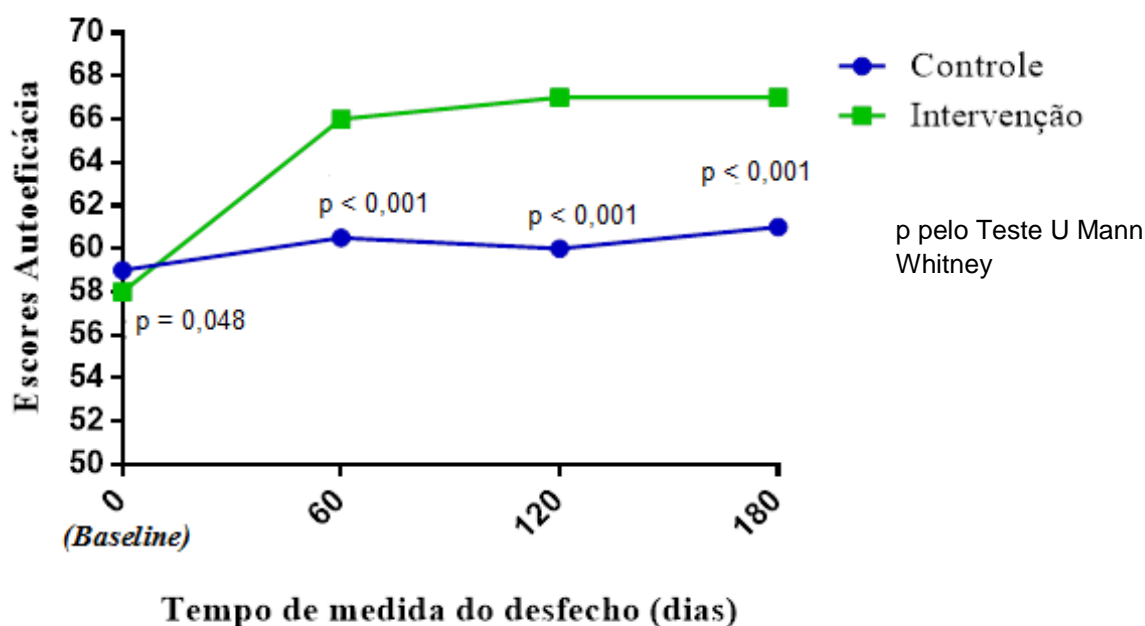
p25-p75= percentil 25 a percentil 75

p<sup>2</sup> = Teste U Mann-Whitney

(mín-máx) = intervalo mínimo e máximo dos dias de ligação

O Gráfico1 apresenta como o desfecho autoeficácia da mulher para amamentar se comportou no decorrer do estudo entre os grupos intervenção e controle

**Gráfico 1** - Comparação intergrupo da mediana dos escores de autoeficácia em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.



Percebe-se que os grupos intervenção e controle diferiram na linha de base em relação aos escores de autoeficácia, tendo o grupo controle apresentado mediana maior (59,0) do que o grupo intervenção (58,0),  $p=0,048$  (Gráfico 1).

Essa diferença não influenciou o efeito da intervenção nos desfechos mensurados, uma vez que foi o grupo controle e não o grupo intervenção que iniciou com escores de autoeficácia mais elevado. Além disso, na linha de base os grupos foram homogêneos em relação ao tipo de autoeficácia, uma vez 84,2% do GI e 90% do GC tinham elevada autoeficácia ( $p= 0,178$ ).

Quando comparados os dois grupos observa-se que houve diferença em relação a mediana de escores de autoeficácia em amamentar entre os grupos, tendo o grupo intervenção alcançado maiores medianas ao longo das três avaliações de desfecho quando comparado ao grupo controle ( $p<0,001$ ).

Além de a intervenção ter impactado na mediana dos escores de autoeficácia no GI, ela também impactou no tipo de autoeficácia das mulheres aos

60 dias pós-parto. Nesse período o grupo intervenção apresentou maior percentual de mulheres com elevada autoeficácia do que o grupo controle ( $p < 0,001$ ). Porém, aos 120 e 180 dias pós-parto apesar de 100% das mulheres do GI terem apresentado autoeficácia elevada, no grupo controle 95,2% e 95,9% também tiveram autoeficácia elevada nestes períodos, não sendo observada diferença significativa (Tabela 6).

**Tabela 6** - Tipo de autoeficácia entre os grupos com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE. Brasil, 2017

		TOTAL n(%)	Intervenção n(%)	Controle n(%)	OR (IC 95%)	p-valor
<b>Baseline</b>	Média (n%)	n=240 31 (12,9%)	n=120 19(15,8%)	n=120 12(10,0%)	0,59 (0,27-1,28)	0,178 <sup>1</sup>
	Elevada (n%)	209(87,1%)	101(84,2%)	108(90,0%)		
<b>60 dias</b>	Média (n%)	n =193 13 (6,7%)	n =106 0 (0%)	n =87 13 (14,9%)	...	<b>p&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	Elevada (n%)	180 (93,3%)	100(100%)	74 (85,1%)		
<b>120 dias</b>	Média (n%)	n=150 3(4,8%)	n=87 0 (0%)	n=63 3(4,8%)	...	0,072 <sup>2</sup>
	Elevada (n%)	147(95,2%)	87 (100%)	60(95,2%)		
<b>180 dias</b>	Média (n%)	n=122 2 (1,6%)	n=74 0 (0 %)	n=49 2(4,1%)	...	0,157 <sup>2</sup>
	Elevada (n%)	121 (98,4%)	74 (100%)	47(95,9%)		

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

p<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher

OR=Odds ratio

IC (intervalo de confiança) = 95%

... Não foi possível calcular a OR devido a presença de caselas com número 0

A Tabela 7 demonstra a comparação intragrupo da mediana dos escores de autoeficácia. O Grupo intervenção apresentou aumento dos escores de autoeficácia em todos os momentos de acompanhamento, o que evidencia que a intervenção educativa foi capaz não apenas de elevar, mas também manter a confiança da mulher em amamentar o seu filho ao longo do tempo.

O grupo controle teve aumento da autoeficácia no sexto mês e do quarto para o sexto mês, evidenciando que com o passar do tempo as mulheres tendem a elevar sua eficácia, uma vez que a confiança para amamentar também depende de

outras fontes, como a experiência observacional e pessoal da mulher, bem como o seu estado fisiológico e emocional.

**Tabela 7-** Comparação Intragrupo da mediana dos escores de autoeficácia em amamentar com o decorrer do tempo. Fortaleza - CE, Brasil, 2017.

Comparação	Intervenção Md inicial (p25-p75)	Md final (p25-p75)	p valor <sup>1</sup>	Controle Md inicial (p25-p75)	Md final (p25-p75)	p valor <sup>1</sup>
<b>Escore Baseline x 60 dias</b>	n = 120 58 (53-62)	n = 104 65,5 (63-68)	<b>p&lt;0,001</b>	n = 120 59 (56-64)	n = 87 60 (55-64)	0,622
<b>Escore Baseline x 120 dias</b>	n = 120 58 (53-62)	n = 87 67 (64-68)	<b>0,010</b>	n = 120 59 (56-64)	n = 62 60 (56-64)	0,889
<b>Escore Baseline x 180 dias</b>	n = 120 58 (53-62)	n = 74 67 (65,7-69)	<b>p&lt;0,001</b>	n = 120 59 (56-64)	n = 49 61 (59-65,5)	<b>0,019</b>
<b>Escore 60 dias x 120 dias</b>	n = 104 65,5 (63-68)	n = 87 67 (64-68)	<b>p&lt;0,001</b>	n = 87 60 (55-64)	n = 62 60 (56-64)	0,277
<b>Escore 120 dias x 180 dias</b>	n = 87 67 (64-68)	n = 74 67 (65,7-69)	<b>p&lt;0,001</b>	n = 62 60 (56-64)	n = 49 61 (59-65,5)	<b>0,032</b>

p<sup>1</sup> = Teste de Wilcoxon para dados pareados

#### 7.4 Avaliação dos efeitos da intervenção educativa nas taxas de aleitamento materno e exclusivo

O efeito da intervenção nas taxas de aleitamento materno entre os grupos intervenção e controle também foi avaliado com 60, 120 e 180 dias pós-parto (Tabela 8).

**Tabela 8** - Efeito da intervenção no percentual de aleitamento materno entre os grupos com 60, 120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

	AM	TOTAL n(%)	Intervenção n(%)	Controle n(%)	OR (IC 95%)	p-valor <sup>1</sup>
<b>60 dias</b>	SIM (n%)	n=219 193 (88,15)	n=108 105 (97,2%)	n=111 88 (79,3%)	9,1 (2,6-31,4)	<b>p&lt;0,001</b>
	NÃO (n%)	26 (11,9%)	03 (2,8%)	23 (20,7%)		
<b>120 dias</b>	SIM (n%)	n= 169 148(87,6%)	n=89 85 (95,5%)	n=80 63 (78,8%)	5,7 (1,8-17,9)	<b>0,001</b>
	NÃO (n%)	21 (12,4%)	04 (4,5%)	17 (21,3%)		
<b>180 dias</b>	SIM (n%)	n = 140 125 (89,3%)	n = 80 76 (95%)	n = 60 49 (81,7%)	4,3 (1,3-14,1)	<b>0,012</b>
	NÃO (n%)	15 (10,7%)	04 (5,0%)	11 (18,3%)		

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

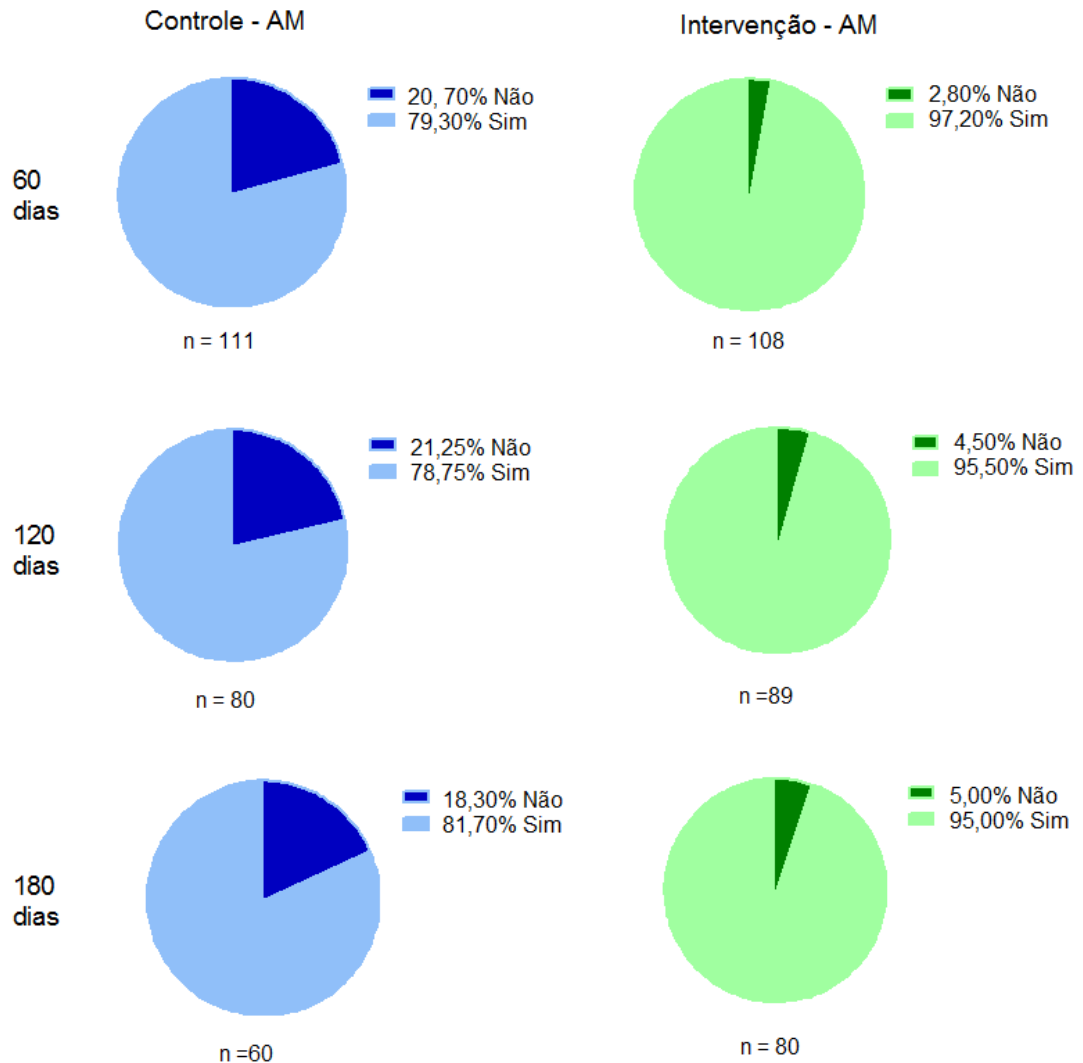
OR=Odds ratio

IC (intervalo de confiança) = 95%

De acordo com a Tabela 8, as mulheres do grupo intervenção tiveram 9,1; 5,7 e 4,3 vezes mais chances de estarem amamentando aos 60, 120 e 180 dias do que as mulheres do grupo controle, evidenciando o impacto da intervenção na duração da amamentação.

Conforme o Gráfico 2, apesar das taxas de AM caírem para ambos os grupos com o decorrer do tempo, o grupo intervenção apresentou maiores percentuais de aleitamento materno do que o grupo controle em todos os momentos de avaliação.

**Gráfico 2** - Porcentagem de mulheres em aleitamento materno entre os grupos com 60, 120 e 180 dias pós-parto. Fortaleza-CE, 2017.



Dessa forma, percebe-se que a intervenção educativa foi eficaz para manter o AM aos dois, quatro e seis meses no grupo estudado, uma vez que houve diferença significativa nas taxas de AM entre o grupo controle e intervenção.

O aleitamento materno exclusivo também foi um dos desfechos avaliados e pode ser verificado nos dados da Tabela 9. Percebe-se que não houve diferença significativa nas taxas de AME entre os grupos com 60 dias ( $p=0,101$ ) e 120 dias ( $p=0,293$ ), uma vez que os grupos apresentaram taxas semelhantes nesses períodos, porém aos 180 dias a intervenção impactou na exclusividade do AM, sendo observado um percentual maior de mulheres do GI em AME quando comparado com o GC ( $p= 0,005$ ). Além disso, as pacientes do grupo intervenção



tiveram 3,4 vezes mais chances de manter o aleitamento exclusivo aos 180 dias quando comparado às mulheres do grupo controle.

**Tabela 9** - Efeito da intervenção no percentual de aleitamento materno exclusivo entre os grupos com 60, 120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

	AME	TOTAL n(%)	Intervenção n(%)	Controle n(%)	OR (IC 95%)	p valor <sup>1</sup>
<b>60 dias</b>	SIM (n%)	n=192 135(69,8%)	n=105 79(75,2%)	n=88 56(63,6%)	-	0,101
	NÃO (n%)	58 (30,2%)	26(24,8%)	32(36,4%)		
<b>120 Dias</b>	SIM (n%)	n=148 67(45,3%)	n=85 42 (49,4%)	n=63 25(39,7%)	-	0,283
	NÃO (n%)	81(54,7%)	43 (50,6%)	38(60,3%)		
<b>180 dias</b>	SIM (n%)	n=125 38 (30,4%)	n=76 30 (39,5%)	n=49 8(16,3%)	3,4 (1,4- 8,2)	<b>0,005</b>
	NÃO (n%)	87 (69,6%)	46 (60,5%)	41(83,7%)		

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

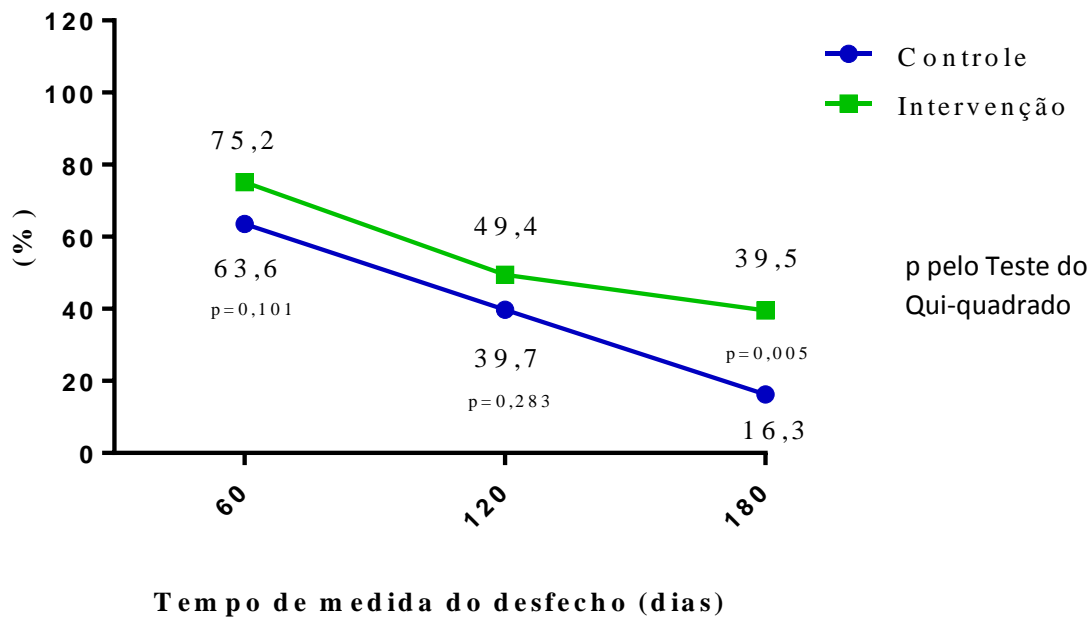
OR=Odds ratio

IC (intervalo de confiança) = 95%

Isso demonstra que a intervenção realizada aos 150 dias pós-parto pode ter sido um diferencial para garantir que as mulheres continuassem com a exclusividade do aleitamento materno, uma vez que é nesse período que muitas já têm retornado para suas atividades habituais de estudo e/ou trabalho e tendem a interromper o AM ou inserir outros alimentos na dieta da criança.

No Gráfico 3 é possível visualizar melhor como as taxas de AME caem progressivamente com o decorrer do tempo para ambos os grupos, o que indica que com o decorrer dos meses as mães tendem a inserir outros alimentos na dieta da criança. Apesar disso, aos 180 dias a taxa de AME no GI foi significativamente superior ao do GC, demonstrando que a intervenção impactou na exclusividade do AM no sexto mês.

**Gráfico 3** - Porcentagem de mulheres em aleitamento materno exclusivo entre os grupos com o decorrer do tempo. Fortaleza-CE, 2017.



## 7.5 Avaliação dos efeitos da intervenção educativa na duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo

A Tabela 10 apresenta o efeito da intervenção educativa na duração final do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo. Essas variáveis foram investigadas em todas as mulheres que concluíram o estudo e naquelas que interromperam a amamentação antes da conclusão do estudo.

**Tabela 10** - Distribuição dos dados segundo o efeito da intervenção educativa na duração final do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

	Grupos			p-valor <sup>1</sup>
	Total Md (p25-p75)	Intervenção Md (p25-p75)	Controle Md (p25-p75)	
<b>AM</b>	n = 195 140,2(100-180)	n=95 180(180-180)	n=100 150(61,2-180)	<b>p&lt;0,001</b>
<b>AME</b>	n = 195 96(45-70)	n=95 110(60-180)	n=100 61,5(20,5-119,7)	<b>p&lt;0,001</b>

Md = Mediana

p25-p75= percentil 25 a percentil 75

p<sup>1</sup>= Teste U Mann Whitney

Percebe-se que a intervenção foi eficaz para aumentar a duração final do AM e do AME no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle.

A duração do AM no GI teve mediana de 180 dias, enquanto no GC de 150 dias (p<0,001). Isso demonstra que o grupo controle amamentou cerca de um mês a menos que o grupo intervenção. Já a duração do AME no GI teve mediana de 110 dias, enquanto no GC de 61,5 dias (p<0,001).

Para compreender melhor a exclusividade do aleitamento materno ao longo do tempo, a Tabela 11 apresenta o efeito da intervenção educativa na duração do AME nos momentos de avaliação de desfecho.

**Tabela 11** - Efeito da intervenção educativa na duração do aleitamento materno exclusivo com 60, 120 e 180 dias. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

	Grupos			p-valor <sup>1</sup>
	Total Md (p25-p75)	Intervenção Md (p25-p75)	Controle Md (p25-p75)	
<b>60 dias</b>	n = 219 50,5(45-60)	n=108 60 (60-60)	n=111 60 (30-60)	<b>p&lt;0,001</b>
<b>120 dias</b>	n = 169 89,5(60-120)	n=89 110,5(61,5-120)	n=80 90(55,2-120)	0,066
<b>180 dias</b>	n =140 117(60-180)	n =80 150(63-180)	n = 60 110(55,5-170)	<b>0,033</b>

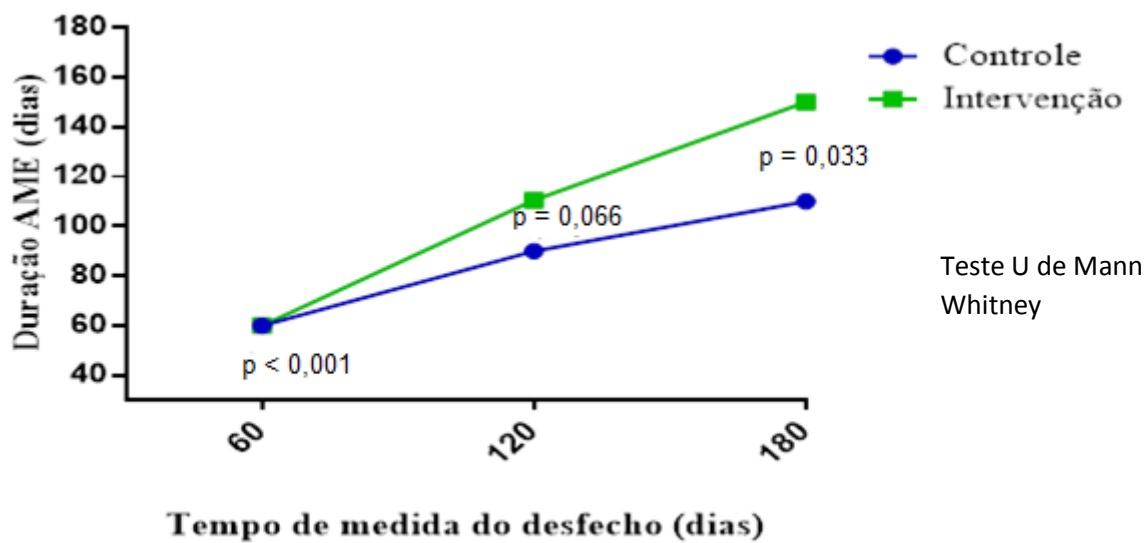
Md = Mediana

p25-p75= percentil 25 a percentil 75

p<sup>1</sup>= Teste U Mann Whitney

Percebe-se que a intervenção foi eficaz para aumentar a duração do AME no segundo e sexto mês, porém não repercutiu na exclusividade da amamentação ao quarto mês. No segundo mês, a duração do AME no GI e no GC teve mediana de 60 dias ( $p < 0,001$ ), apesar de a mediana ter sido igual, a variação dos percentis no grupo foi o responsável pela diferença, uma vez que no GI os percentis 25 e 75 foram 60-60, enquanto no GC foram 30-60. Já no sexto mês, o GI teve mediana de 150 dias, enquanto o GC de 110 dias ( $p = 0,033$ ). No quarto mês, apesar da mediana do GI (110,5) ter sido superior ao do GC (90), a diferença encontrada não foi significativa ( $p = 0,066$ ) devido à pequena variação nos percentis dos dois grupos (Gráfico 4).

**Gráfico 4** - Duração do AME entre os grupos com o decorrer do tempo. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.



## 7.6 Avaliação dos escores de autoeficácia materna em amamentar com os fatores sociodemográficos e obstétricos e com a duração e exclusividade do aleitamento materno

A correlação entre os escores da autoeficácia materna em amamentar e os dados sociodemográficos e obstétricos das participantes está apresentada na Tabela 12.

De acordo com os resultados obtidos apenas a variável horas fora do lar apresentou correlação positiva e significativa ( $p = 0,001$ ) com os escores de autoeficácia aos 60 dias, o que significa que quanto mais horas fora de casa a mulher passava antes do nascimento da criança maior a autoeficácia dela no segundo mês. Deve-se ressaltar que de acordo com a classificação da correlação de Spearman, a correlação encontrada foi fraca ( $r = 0,23$ ) (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

**Tabela 12** - Correlação entre os dados sociodemográficos e obstétricos e os escores de autoeficácia. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

		Escore de Autoeficácia			
		Baseline	60 dias	120 dias	180 dias
<b>Idade</b>	R de Spearman	-0,006	-0,017	0,015	-0,037
	$p^1$	0,930	0,814	0,861	0,688
	N	240	191	149	123
<b>Escolaridade</b>	R de Spearman	-0,013	0,084	0,036	-0,122
	$p^1$	0,844	0,249	0,665	0,177
	N	240	191	149	123
<b>Horas fora do lar</b>	R de Spearman	0,064	0,231	0,029	0,026
	$p^1$	0,327	<b>0,001</b>	0,725	0,777
	N	240	191	149	123
<b>Renda Familiar</b>	R de Spearman	-0,013	0,104	0,048	-0,014
	$p^1$	0,836	0,153	0,564	0,876
	N	240	191	149	123
<b>N moradores</b>	R de Spearman	0,085	-0,072	0,003	-0,099
	$p^1$	0,190	0,323	0,975	0,274
	N	240	191	149	123
<b>N gestação</b>	R de Spearman	0,098	0,051	-0,019	0,018
	$p^1$	0,129	0,482	0,822	0,842
	N	240	191	149	123
<b>N partos</b>	R de Spearman	0,123	0,052	-0,021	0,078
	$p^1$	0,056	0,475	0,803	0,393
	N	240	191	149	123

$p^1$  = Correlação de Spearman

Os dados sociodemográficos e obstétricos das participantes também não tiveram correlação com a duração e/ou exclusividade do aleitamento materno, conforme está expresso na Tabela 13.

**Tabela 13** - Correlação entre os dados sociodemográficos e obstétricos e a duração e exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

		<b>Duração AM</b>	<b>Duração AME</b>
<b>Idade</b>	R de Spearman	0,063	0,045
	p <sup>1</sup>	0,383	0,539
	N	192	192
<b>Escolaridade</b>	R de Spearman	0,056	0,095
	p <sup>1</sup>	0,443	0,190
	N	192	192
<b>Horas fora do lar</b>	R de Spearman	0,028	0,020
	p <sup>1</sup>	0,703	0,782
	N	192	192
<b>Renda Familiar</b>	R de Spearman	0,053	0,034
	p <sup>1</sup>	0,469	0,638
	N	192	192
<b>N Moradores</b>	R de Spearman	0,005	0,032
	p <sup>1</sup>	0,943	0,657
	N	192	192
<b>N gestação</b>	R de Spearman	0,011	-0,022
	p <sup>1</sup>	0,875	0,767
	N	192	192
<b>N partos</b>	R de Spearman	-0,002	-0,004
	p <sup>1</sup>	0,979	0,955
	N	192	192

p<sup>1</sup> = Correlação de Spearman

Nesse estudo também foi possível analisar a correlação entre os escores de autoeficácia e a duração e exclusividade do aleitamento materno (Tabela 14). Percebe-se que os escores de autoeficácia da mulher na linha de base do estudo não apresentou correlação com a duração e exclusividade do AM, porém observou-se correlação nos demais momentos de avaliação.

Os escores de autoeficácia aos 60 dias correlacionaram-se positivamente com a duração do AME ( $p < 0,001$ ), apresentando uma correlação regular ( $r = 0,33$ ); já com a duração do AM ( $p = 0,004$ ) a correlação foi positiva e fraca ( $r = 0,22$ ). Os escores de 120 dias correlacionaram-se de forma positiva, significativa e fraca ( $r = 0,23$ ;  $r = 0,29$ ) tanto com a duração do AM ( $p = 0,005$ ) como do AME ( $p < 0,001$ ). Por fim, os escores de 180 dias correlacionaram-se de forma positiva, significativa e fraca ( $r = 0,22$ ) somente com a duração do AME ( $p = 0,012$ ), não se correlacionando com a

duração do AM. Isso significa que aos 60 e 120 dias pós-parto quanto maior os escores de autoeficácia maior a duração e exclusividade do aleitamento materno. Já aos 180 dias pós-parto quanto maior os escores de autoeficácia maior a exclusividade do aleitamento materno.

**Tabela 14** - Correlação dos escores de autoeficácia com a duração e exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

		Duração AME	Duração AM
Escore <i>Baseline</i>	R de Spearman	-0,022	0,074
	p <sup>1</sup>	0,761	0,305
	N	192	192
Escore 60 dias	R de Spearman	0,330	0,223
	p <sup>1</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>
	N	164	164
Escore 120 dias	R de Spearman	0,298	0,235
	p <sup>1</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,005</b>
	N	139	139
Escore 180 dias	R de Spearman	0,228	-0,077
	p <sup>1</sup>	<b>0,012</b>	0,396
	N	122	122

p<sup>1</sup> = Correlação de Spearman



## **7.7 Fatores relacionados com a duração e exclusividade do aleitamento materno**

Das 240 mulheres acompanhadas nesse estudo, 70 mulheres interromperam o AM antes dos 180 dias de vida do bebê, o que representa uma taxa de 29,2% de desmame precoce. Nesse contexto, é importante analisar os fatores que podem estar associados à maior duração e exclusividade do AM.

As Tabelas 15, 16 e 17 demonstram fatores relacionados ao perfil da mulher e da criança que estiveram associados com a duração do aleitamento materno. De acordo com a Tabela 15 somente a prática do exercício físico influenciou na duração do AM, as mulheres que relataram praticar exercício físico tiveram 3,1 vezes mais chances de não amamentar do que aquelas que não praticavam.

**Tabela 15** – Identificação dos fatores sociodemográficos relacionados com a duração do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

Variáveis	AM até 2 meses		RC(IC)	p	AM até 4 meses		RC(IC)	P	AM até 6 meses		RC(IC)	p
	Não (%)	Sim (%)			Não	Sim			Não	Sim		
<b>Faixa Etária</b>												
< 18 anos	02 (6,7)	28 (93,3)		0,544 <sup>2</sup>	02 (8,3)	22 (91,7)		0,742 <sup>2</sup>	02 (10,5)	17 (89,5)		1,000 <sup>2</sup>
≥ 18 anos	24 (12,7)	165 (87,3)			18 (12,4)	127 (87,6)			13 (10,7)	108 (89,3)		
<b>Raça</b>												
Branca	05 (13,5)	32 (86,5)		0,780 <sup>2</sup>	02 (7,4)	25 (92,6)		0,744 <sup>2</sup>	02 (8,7)	21 (91,3)		1,000 <sup>2</sup>
Não Branca	21 (11,5)	161 (88,5)			18(12,7)	124 (87,3)			13 (11,)	104 (88,9)		
<b>Estado civil</b>												
Sem parceiro	07 (14)	43 (86)		0,596 <sup>1</sup>	04 (11,1)	32 (88,)		1,000 <sup>2</sup>	05 (16,1)	26 (83,9)		0,323 <sup>2</sup>
Com parceiro	19 (11,2)	150 (88,8)			16 (12)	117 (88)			10 (9,2)	99 (90,8)		
<b>Escolaridade</b>												
< 9 anos	09 (11,5)	69 (88,5)		0,910 <sup>1</sup>	07 (12,7)	48 (87,3)		0,803 <sup>1</sup>	06 (13)	40 (87)		0,567 <sup>2</sup>
≥ 9 anos	17 (12,1)	124 (87,9)			13 (11,4)	101 (88,6)			09 (9,6)	85 (90,4)		
<b>Ocupação</b>												
Trabalha fora de casa	05 (10)	45 (90)		0,641 <sup>1</sup>	05 (12,8)	34(87,2)		0,793 <sup>2</sup>	03 (9,4)	29 (90,6)		1,000 <sup>2</sup>
Não trabalha	21 (12,4)	148 (87,6)			15 (11,5)	115 (88,5)			12 (11,1)	96 (88,9)		

*continua*

(continuação)

	AM até 2 meses				AM até 4 meses				AM até 6 meses			
	Não (%)	Sim (%)	RC (IC)	p	Não (%)	Sim (%)	RC (IC)	p	Não (%)	Sim (%)	RC (IC)	p
<b>Período fora de casa</b>												
Até 8 horas	24 (12)	176 (88)		1,000 <sup>2</sup>	19 (12,4)	134 (87,6)		0,697 <sup>2</sup>	14 (11,2)	111 (88,8)		1,000 <sup>2</sup>
> 9 horas	02 (10,5)	17 (89,5)			01 (6,3)	15 (93,8)			01 (6,7)	14 (93,3)		
<b>Faixa de Renda</b>												
Até 1 SM	16 (12,4)	113 (87,6)		0,664 <sup>1</sup>	12 (12,1)	87 (87,9)		0,715 <sup>1</sup>	08 (9,8)	74 (90,2)		0,663 <sup>1</sup>
> 1 SM	9 (10,5)	77 (89,5)			07 (10,3)	61 (89,7)			07 (12,1)	51 (87,9)		
<b>Fuma</b>												
Sim	02 (10)	18 (90)		1,000 <sup>2</sup>	0 (0)	15 (100)		0,221 <sup>2</sup>	0 (0)	15 (100)		0,370 <sup>2</sup>
Não	24 (12,1)	175 (87,9)			20 (13)	134 (87)			15 (12)	110 (88)		
<b>Drogas</b>												
Não Usou antes da gravidez	26 (12)	191 (88)		1,000 <sup>2</sup>	19 (11,4)	148 (88,6)		0,223 <sup>2</sup>	15 (10,8)	124 (89,2)		1,000 <sup>2</sup>
	0 (0)	02 (100)			01 (50)	01 (50)			0 (0)	01 (100)		
<b>Bebida</b>												
Sim	01 (20)	04 (80)		0,472 <sup>2</sup>	01 (33,3)	02 (66,7)		0,316 <sup>2</sup>	0 (0)	2 (100)		1,000 <sup>2</sup>
Não	25 (11,7)	189 (88,3)			19 (11,4)	147 (88,6)			15 (10,9)	123 (89,1)		
<b>Exercício físico</b>												
Sim	09 (24,3)	28 (75,7)	<b>3,1(1,3-7,7)</b>	<b>0,021<sup>2</sup></b>	04 (15,4)	22 (84,6)		0,517 <sup>2</sup>	0 (0)	20 (100)		0,128 <sup>2</sup>
Não	17 (9,3)	165 (90,7)			16 (11,2)	127 (88,8)			15 (12,5)	105 (87,5)		

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado; p<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher; RC: Razão de Chance; IC: Intervalo de confiança

De acordo com a Tabela 16 não houve associação entre os fatores obstétricos, da gestação atual e do parto com a duração do aleitamento materno.

**Tabela 16** – Identificação dos fatores obstétricos, da gestação atual e do parto relacionados com a duração do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

Variáveis	AM até 2 meses			AM até 4 meses			AM até 6 meses		
	Não	Sim	P	Não	Sim	p	Não	Sim	p
<b>Gravidez Planejada</b>									
Não	18 (3,1)	119 (86,9)	0,454 <sup>1</sup>	12 (11,7)	91 (88,3)	0,926 <sup>1</sup>	09 (10,7)	75 (89,3)	1,000 <sup>1</sup>
Sim	08 (9,8)	74 (90,2)		08 (12,1)	58 (87,9)		06 (10,7)	50 (89,3)	
<b>Pré-Natal</b>									
Não	01 (16,7)	05 (83,3)	0,536 <sup>2</sup>	0 (0)	03 (100)	1,000 <sup>2</sup>	01 (33,3)	02 (66,7)	0,290 <sup>2</sup>
Sim	25 (11,7)	188(88,3)		20 (12)	146 (88)		14 (10,2)	123 (89,8)	
<b>Realizou prática anterior AM</b>									
Não	01 (10)	09 (90)	1,000 <sup>2</sup>	01 (12,5)	07 (87,5)	1,000 <sup>2</sup>	0 (0)	07 (100)	1,000 <sup>2</sup>
Sim	13 (12,1)	94 (87,9)		10 (12,2)	72 (87,8)		08 (11,1)	64 (88,9)	
<b>Primípara</b>									
Sim	11 (10,5)	94 (89,5)	0,540 <sup>1</sup>	10 (12)	73 (88)	0,933 <sup>1</sup>	07 (10,9)	57 (89,1)	0,938 <sup>1</sup>
Não	15 (13,2)	99 (86,8)		10 (11,6)	76 (88,4)		08 (10,5)	68 (89,5)	
<b>Tipo de parto</b>									
Vaginal	12 (11,7)	91 (88,3)	0,924 <sup>1</sup>	08 (10,1)	71 (89,9)	0,520 <sup>1</sup>	06 (9,4)	58 (90,6)	0,638 <sup>1</sup>
Cesáreo	14 (12,1)	102 (87,9)		12 (13,3)	78 (86,7)		09 (11,8)	67 (88,2)	

*Continua*

*(continuação)*

	AM até 2 meses			AM até 4 meses			AM até 6 meses		
	Não (%)	Sim (%)	P	Não (%)	Sim (%)	p	Não (%)	Sim (%)	p
<b>Amamentou imediatamente após o parto</b>									
Não	15 (12,4)	106 (87,6)	0,790 <sup>1</sup>	10 (10,8)	83 (89,2)	0,630 <sup>1</sup>	07 (9,1)	70 (90,9)	0,492 <sup>1</sup>
Sim	11 (11,2)	87 (88,8)		10 (13,2)	66 (86,8)		08 (12,7)	55 (87,3)	

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

p<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher

A Tabela 17 aponta os fatores do puerpério e sua relação com a duração do aleitamento materno. Foi possível evidenciar que o retorno da mulher ao trabalho tanto aos dois como aos quatro meses esteve associado com maiores chances de não estar amamentando. As mulheres que retornaram ao trabalho no segundo e no quarto mês pós-parto tiveram respectivamente 10,2 e 4,1 vezes mais chances de não estar amamentando no sexto mês pós-parto.

**Tabela 17** - Identificação dos fatores do puerpério relacionados com a duração do aleitamento materno.

Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

Variáveis	AM até 4 meses		P	AM até 6 meses		RC(IC)	p
	Não (%)	Sim (%)		Não (%)	Sim (%)		
<b>Visita domiciliar</b>							
Não	17 (12,7)	117 (87,3)	0,769 <sup>2</sup>	13 (11,7)	98 (88,3)		0,736 <sup>2</sup>
Sim	03 (8,6)	32 (91,5)		02 (6,9)	27 (93,1)		
<b>Orientação AM</b>							
Não	0 (0)	12 (100)	0,265 <sup>2</sup>	0 (0)	11 (100)		1,00 <sup>2</sup>
Sim	03 (15,8)	16 (84,2)		(6,7)	04 (93,3)		
<b>Puericultura 2 meses</b>							
Não	10 (12,5)	70 (87,5)	0,820 <sup>1</sup>	06 (9,1)	60 (90,9)		0,539 <sup>1</sup>
Sim	10 (11,4)	78 (88,6)		09 (12,3)	64 (87,7)		
<b>Puericultura 4 meses</b>							
Não	...	...	...	06 (8,3)	66 (91,7)		0,317 <sup>1</sup>
Sim	...	...		09 (13,6)	57 (86,4)		
<b>Ganho peso 2 meses</b>							
Não	0(0)	02 (100)	1,000 <sup>2</sup>	01 (100)	0 (0)		0,102 <sup>2</sup>
Sim	18 (12,1)	31 (87,9)		12 (9,5)	114 (90,5)		
<b>Ganho peso 4 meses</b>							
Não	...	...	-	0 (0)	01 (100)		1,00 <sup>2</sup>
Sim	...	...		15 (11,2)	119 (88,8)		

*continua*

*(continuação)*

Variáveis	AM até 4 meses		p	AM até 6 meses		RC (IC)	P
	Não (%)	Sim (%)		Não (%)	Sim (%)		
<b>Retorno trabalho meses</b>							
<b>2</b>							
Sim	03 (30)	07 (70)	0,088 <sup>2</sup>	03 (50)	03 (50)	<b>10,2 (1,8-56,0)</b>	<b>0,017<sup>2</sup></b>
Não	16 (10,1)	142 (89,9)		12 (9)	122 (91)		
<b>Retorno trabalho meses</b>							
<b>4</b>							
Sim	...	...	...	04 (28,6)	10 (71,4)	<b>4,1 (1,1-15,3)</b>	<b>0,047<sup>2</sup></b>
Não	...	...		11 (8,9)	113 (91,1)		

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

p<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher

RC: Razão de Chance

IC: Intervalo de confiança

... Não se dispõe do dado

As Tabelas 18, 19 e 20 apresentam os fatores sociodemográficos, obstétricos, da gestação, parto e puerpério e sua relação com a exclusividade do aleitamento materno. Observou-se que nenhuma dessas variáveis esteve relacionada com o aleitamento materno.

**Tabela 18**– Identificação dos fatores sociodemográficos relacionados com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

Variáveis	AME até 2 meses		p	AME até 4 meses		p	AME até 6 meses		p
	Não (%)	Sim (%)		Não	Sim		Não	Sim	
<b>Faixa Etária</b>									
< 18 anos	09 (32,1)	19 (67,9)	0,758 <sup>1</sup>	13 (59,1)	09 (40,9)	0,626 <sup>1</sup>	12 (70,6)	05 (29,4)	0,905 <sup>1</sup>
≥ 18 anos	48 (29,3)	116 (70,7)		69 (53,5)	60 (46,5)		74 (69,2)	33 (30,8)	
<b>Raça</b>									
Branca	07 (21,9)	25 (78,1)	0,289 <sup>1</sup>	12 (48)	13 (52)	0,488 <sup>1</sup>	14 (70)	06 (30)	0,946 <sup>1</sup>
Não Branca	50 (31,3)	110 (68,8)		70 (55,6)	56 (44,4)		72 (69,2)	32 (30,8)	
<b>Estado civil</b>									
Sem parceiro	12 (28,6)	30 (71,4)	0,858 <sup>1</sup>	21 (65,6)	11 (34,4)	0,148 <sup>1</sup>	22 (84,6)	04 (15,4)	0,058 <sup>1</sup>
Com parceiro	45 (30)	105 (70)		61 (51,3)	58 (48,7)		64 (65,3)	34 (34,7)	
<b>Escolaridade</b>									
< 9 anos	22 (32,4)	46 (67,6)	0,549 <sup>1</sup>	32 (64)	18 (36)	0,092 <sup>1</sup>	29 (72,5)	11 (27,5)	0,600 <sup>1</sup>
≥ 9 anos	35 (28,2)	89 (71,8)		50 (49,5)	51 (50,5)		57 (67,9)	27 (32,1)	
<b>Ocupação</b>									
Trabalha fora de casa	14 (31,1)	31 (68,9)	0,811 <sup>1</sup>	23 (65,7)	12 (34,3)	0,122 <sup>1</sup>	23 (79,3)	06 (20,7)	0,184 <sup>1</sup>
Não trabalha	43 (29,3)	104 (70,7)		59 (50,9)	57 (49,1)		63 (66,3)	32 (33,7)	



		AME até 2 meses		p	AME até 4 meses		p	AME até 6 meses		P
		Não (%)	Sim (%)		Não (%)	Sim (%)		Não (%)	Sim (%)	
<b>Período fora de casa</b>										
Até 8 horas	8	52 (29,7)	123 (70,3)	0,979 <sup>1</sup>	74 (54,4)	62 (45,6)	0,937 <sup>1</sup>	76 (69,1)	34 (30,9)	1,000 <sup>2</sup>
> 9 horas		05 (29,4)	12 (70,6)		08 (53,3)	07 (46,7)		10 (71,4)	04 (28,6)	
<b>Faixa de Renda</b>										
Até 1 SM		32 (28,3)	81 (71,7)	0,630 <sup>1</sup>	46 (52,3)	42 (47,7)	0,483 <sup>1</sup>	51 (69,9)	22 (30,1)	0,883 <sup>1</sup>
> 1 SM		24 (31,6)	52 (68,4)		36 (58,1)	26 (41,9)		35 (68,6)	16 (31,4)	
<b>Fuma</b>										
Sim		2 (11,8)	15 (88,2)	0,090 <sup>1</sup>	09 (60)	06 (40)	0,641 <sup>1</sup>	13 (86,7)	02 (13,3)	0,146 <sup>2</sup>
Não		55 (31,4)	120 (68,6)		73 (53,7)	63 (46,3)		73 (67)	36 (33)	
<b>Drogas</b>										
Não		56 (29,5)	134 (70,5)	0,507 <sup>2</sup>	82 (54,7)	68 (45,3)	0,457 <sup>2</sup>	85 (69,1)	38 (30,9)	1,000 <sup>2</sup>
Usou antes da gravidez		1 (50)	1 (50)		0 (0)	01 (100)		01 (100)	0 (0)	
<b>Bebida</b>										
Sim		3 (75)	01 (25)	0,079 <sup>2</sup>	01 (50)	01 (50)	1,000 <sup>2</sup>	02 (100)	0 (0)	1,000 <sup>2</sup>
Não		54 (28,7)	134 (71,3)		81 (54,4)	68 (45,6)		84 (68,9)	38 (31,1)	
<b>Exercício físico</b>										
Não		53 (32,3)	111 (67,7)	0,072 <sup>2</sup>	72 (55,8)	57 (44,2)	0,367 <sup>1</sup>	72 (68,6)	33 (31,4)	0,656 <sup>1</sup>
Sim		04 (14,3)	24 (85,7)		10 (45,5)	12 (54,5)		14 (73,7)	05 (26,3)	

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado

p<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher

Por meio da Tabela 19 é possível observar que também não houve associação entre os fatores obstétricos e a exclusividade do aleitamento materno na população estudada.

**Tabela 19**– Identificação dos fatores obstétricos, da gestação atual e do parto relacionados com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

Variáveis	AME até 2 meses			AME até 4 meses			AME até 6 meses		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
<b>Gravidez</b>									
<b>Planejada</b>									
Não	36 (30,3)	83 (69,7)	0,827 <sup>1</sup>	52 (55,9)	41 (44,1)	0,615 <sup>1</sup>	54 (72)	21 (28)	0,429 <sup>1</sup>
Sim	21 (28,8)	52 (71,2)		30 (51,7)	28 (48,3)		32 (65,3)	17 (34,7)	
<b>Pré-Natal</b>									
Não	02 (40)	03 (60)	0,634 <sup>2</sup>	02 (66,7)	01 (33,3)	1,000 <sup>2</sup>	01(50)	01 (50)	0,541 <sup>2</sup>
Sim	55 (29,4)	132(70,6)		80 (54,1)	68 (45,9)		85 (69,7)	37 (30,3)	
<b>Realizou prática anterior AM</b>									
Não	04 (44,4)	05 (55,6)	0,228 <sup>2</sup>	06 (75)	02 (25)	0,267 <sup>2</sup>	05 (71,4)	02 (28,6)	1,000 <sup>2</sup>
Sim	22 (23,7)	71 (76,3)		36 (49,3)	37 (50,7)		43 (68,3)	20 (31,7)	
<b>Primípara</b>									
Sim	31 (33)	63 (67)	0,328 <sup>1</sup>	42 (57,5)	31 (42,5)	0,441 <sup>1</sup>	40 (70,2)	17 (29,8)	0,855 <sup>1</sup>
Não	26 (26,5)	72 (73,5)		40 (51,3)	38 (48,7)		46 (68,7)	21 (31,3)	
<b>Tipo de parto</b>									
Vaginal	28 (31,1)	62 (68,9)	0,685 <sup>1</sup>	37 (52,1)	34 (47,9)	0,610 <sup>1</sup>	39 (67,2)	19 (32,8)	0,632 <sup>1</sup>
Cesáreo	29 (28,4)	73 (71,6)		45 (56,3)	35 (43,8)		47 (71,2)	19 (28,8)	
<b>Amamentou imediatamente após o parto</b>									
Não	28 (26,4)	78 (73,6)	0,271 <sup>1</sup>	44 (51,8)	41 (48,2)	0,477 <sup>1</sup>	47 (68,1)	22 (31,9)	0,737 <sup>1</sup>
Sim	29 (33,7)	57 (66,3)		38 (57,6)	28 (42,4)		39 (70,9)	16 (29,1)	

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadrado; p<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher;

Na Tabela 20 é possível evidenciar que não ter recebido visita domiciliar esteve associado com a não exclusividade do AM aos dois e quatro meses pós-parto. As mulheres que não receberam visita domiciliar tiveram 3,1 vezes mais chances de não amamentar exclusivamente até dois meses e 2,4 vezes mais chances de não praticar a exclusividade até quatro meses.

Outros fatores que tiveram associação com a exclusividade do AM foi o retorno ao trabalho e/ou estudos. O retorno da mulher ao trabalho com quatro meses esteve associado com o fato de não amamentar de forma exclusiva tanto até o quarto mês ( $p < 0,001$ ) como até o sexto mês pós-parto ( $p = 0,030$ ). Além disso, receber orientação acerca do aleitamento materno no momento da visita domiciliar esteve associado com a exclusividade do AM no segundo mês ( $p = 0,030$ ).

**Tabela 20** – Identificação dos fatores do puerpério relacionados com a exclusividade do aleitamento materno. Fortaleza/CE. Brasil, 2017.

Variáveis	AME até 2 meses				AME até 4 meses				AME até 6 meses			
	Não	Sim	RC(IC)	p	Não (%)	Sim (%)	RC(IC)	p	Não (%)	Sim (%)	RC(IC)	p
<b>Não recebeu Visita domiciliar</b>												
Sim	51 (34)	99 (66)	<b>3,1 (1,2 – 7,8)</b>	<b>0,013<sup>1</sup></b>	70 (58,8)	49 (41,2)	<b>2,4 (1,1-5,3)</b>	<b>0,032<sup>1</sup></b>	69 (70,4)	29 (29,6)		0,621 <sup>1</sup>
Não	06 (14,3)	36 (85,7)			12 (37,5)	20 (62,5)			17 (65,4)	09 (34,6)		
<b>Recebeu Orientação AM na visita</b>												
Não	0 (0)	16 (100)	...	<b>0,030<sup>2</sup></b>	03 (25)	09 (75)		0,434 <sup>2</sup>	7 (63,6)	4 (36,4)		1,000 <sup>2</sup>
Sim	06 (27,3)	16 (72,7)			07 (43,8)	09 (56,3)	9 (69,2)		4 (30,8)			
<b>Puericultura 2 meses</b>												
Não	29 (31,5)	63 (68,5)		0,519 <sup>1</sup>	40 (56,3)	31 (43,7)		0,586 <sup>1</sup>	42 (70)	18 (30)		0,834 <sup>1</sup>
Sim	27 (27,3)	72 (72,7)	41 (51,9)		38 (48,1)	43 (68,3)	20 (31,7)					
<b>Puericultura 4 meses</b>												
Não	...	...		...	41 (51,4)	33 (44,6)		0,677 <sup>1</sup>	45 (69,2)	20 (30,8)		0,923 <sup>1</sup>
Sim			39 (52)	36 (48)	39 (68,4)	18 (31,6)						
<b>Puericultura 6 meses</b>												
Não	...	...		...	...	...		...	53 (66,3)	27 (33,8)		0,328 <sup>1</sup>
Sim			30 (75)	10 (25)								
<b>Ganho peso 2 meses</b>												
Não	01 (50)	01 (50)		0,514 <sup>2</sup>	01 (50)	01 (50)		1,000 <sup>2</sup>	...			continua
Sim	50 (29,9)	117 (70,1)	76 (57,6)		56 (42,4)							

(continuação)

	AME até 2 meses				AME até 4 meses				AME até 6 meses			
	Não (%)	Sim (%)	RC (IC)	p	Não (%)	Sim (%)	RC (IC)	p	Não (%)	Sim (%)	RC (IC)	p
<b>Ganho peso 4 meses</b>												
Não	...	...		...	0 (0)	01 (100)		0,454 <sup>2</sup>	0 (0)	01 (100)		0,311 <sup>2</sup>
Sim					79 (54,5)	66 (45,5)			82 (69,5)	36 (30,5)		
<b>Retorno trabalho 2 meses</b>												
Sim	06 (60)	04 (40)		0,066 <sup>2</sup>	06 (85,7)	01 (14,3)		0,125 <sup>2</sup>	03 (100)	0 (0)		0,552 <sup>2</sup>
Não	50 (27,6)	131 (72,4)			75 (52,4)	68 (47,6)			83 (68,6)	38 (31,4)		
<b>Retorno trabalho 4 meses</b>												
Sim	...	...		...	16 (100)	0 (0)		<0,001 <sup>2</sup>	10 (100)	0 (0)		0,030 <sup>2</sup>
Não					65 (48,9)	68 (51,1)			74 (66,1)	38 (33,9)		

p<sup>1</sup> = Teste do Qui-quadradop<sup>2</sup> = Teste Exato de Fisher

RC: Razão de Chance

IC: Intervalo de confiança

... Não se dispõe do dado

Não foi possível calcular RC quando houve casela com número 0

## 7.8 Eficácia da Intervenção Educativa e sua Significância Clínica

Nesse tópico buscamos determinar o tamanho do efeito da intervenção e sua significância clínica. Para isso, calculamos a redução do risco relativo (RRR) e o número necessário para tratar (NNT) que consiste no número de pessoas que precisam receber uma intervenção experimental para que outra pessoa atinja um resultado favorável (CULLUM et al., 2010)

O NNT é uma medida útil para tomada de decisão sobre o esforço que se é despendido com uma determinada intervenção para se atingir um resultado positivo. Trata-se de uma medida clínica que expressa a magnitude do efeito da intervenção sobre o cuidado habitual.

Para o cálculo do NNT foi necessário determinar a taxa de eventos no grupo experimental (TEE) e a taxa de eventos no grupo controle (TEC), além do cálculo da redução do risco absoluto (RRA). A redução do risco absoluto (RRA) consiste na diferença absoluta da frequência dos resultados prejudiciais entre os pacientes experimentais (TEE) e os do controle (TEC), sendo calculada pela fórmula: (TEC-TEE).

Para isso, utilizamos a taxa de interrupção do aleitamento materno aos 180 dias pós-parto. Nesse período 5% das mulheres do grupo intervenção e 18,3% do grupo controle haviam interrompido o AM, sendo significativa essa diferença entre os grupos. Dessa forma, considera-se que a TEE = 5% e a TEC = 18,3%, chegando a um RRA de 13,3%.

O cálculo do NNT consiste em  $100\%/RRA$ . Logo, para a amostra avaliada o NNT foi calculado da seguinte maneira:

$$\text{NNT } 100\% = \frac{1}{13,3\%} = \frac{1}{0,133} = 7,51$$

, chegando a um valor de 7,5, o qual deve ser arredondado para o número inteiro mais próximo que é 8. Isso significa que para cada 8 mulheres que recebem a intervenção educativa por telefone até o quinto mês, será evitada que uma mulher interrompa o aleitamento materno até os 180 dias de vida.

Além disso, também foi possível calcular essa medida referente aos desfechos de 60 e 120 dias. Aos 60 dias a taxa de interrupção do AM foi de 2,8% no GI e 20,7% no GC, sendo significativa essa diferença ( $p=0,001$ ), com um NNT de 6, o que significa que é necessário tratar 6 mulheres com uma intervenção aos 7 e 30 dias para evitar que uma interrompa o AM antes dos 60 dias. Já aos 120 dias as taxas de interrupção do AM foram de 4,5% no GI e 21,25% no GC ( $p=0,012$ ), com um NNT de 6 mulheres, o que evidencia que também é necessário tratar seis mulheres com uma intervenção aos 7, 30 e 90 dias para evitar que uma mulher interrompa o AM antes dos 120 dias.

Deve-se ressaltar que os NNTs também variam de acordo com o risco basal da amostra em estudo, para pessoas com alto risco para o evento alvo, o NNT tenderá a ser baixo, e para pessoas com baixo risco o NNT provavelmente será alto. Como o risco das mulheres para interromperem o AM nesse estudo é alto, assim como em outros estudos desenvolvidos no Brasil, o baixo NNT encontrado justifica a escolha pelo uso da intervenção.

A RRR é uma medida tradicional do efeito da intervenção, calculada a partir da redução proporcional das taxas dos resultados prejudiciais entre os participantes do grupo experimental e do controle (TEC-TEE/TEC). A RRR nesse estudo foi de 73%, o que significa que a intervenção telefônica reduziu em 73% o risco de interrupção do aleitamento materno aos 180 dias.

Deve-se atentar que a RRR tem limitações porque falha em discriminar os efeitos absolutos da intervenção dos efeitos triviais, por isso a análise da eficácia de uma intervenção não deve levar em consideração somente o RRR, pois pode levar ao tratamento desnecessário de pessoas com baixa suscetibilidade.

Conhecendo essas medidas clínicas é possível determinar que os benefícios da intervenção educativa por telefone justificam os esforços necessários para a sua prática no cuidado habitual.

## 8. DISCUSSÃO

### 8.1 Caracterização das participantes do estudo e motivos do desmame precoce

De acordo com alguns autores, as pesquisas clínicas realizadas com o uso do telefone tendem a ter grandes perdas amostrais ao longo do acompanhamento, chegando a variar de 20% até 59,5% (EFRAT et al., 2015; BUNIK et al., 2010; RASMUSSEN et al., 2011; PUGH et al., 2010).

Em particular os dados aqui apresentados revelam uma perda amostral de 18,75%, ocasionadas em decorrência da falta de contato telefônico com a participante, causada pelos seguintes fatores: mudança do número de telefone, telefone fora de área ou desligado e não atender as ligações após as três tentativas. O impacto dessa perda amostral foi superado pelo percentual de segurança de 30% que foi adicionado à amostra calculada.

No Brasil, pesquisas realizadas por telefone para a promoção do aleitamento materno encontraram achados semelhantes, uma vez que fatores como telefone desligado, não atender as ligações, mudança de número ou interrupção do aleitamento materno foram responsáveis pela descontinuidade das participantes no estudo (JAVORSKI, 2014; RODRIGUES, 2015; CHAVES, 2016). Esse achado também foi semelhante ao de estudos realizados em outros países, como EUA e Dinamarca, em que o principal motivo relacionado a perdas de amostra em pesquisas clínicas que utilizaram o telefone foi a falta de contato com as participantes (BUNIK *et al.*; 2010, CARLSEN *et al.*; 2013).

Assim, percebe-se que apesar do telefone ser considerado uma tecnologia acessível nos dias atuais (IBGE, 2013), e de pesquisas o apontarem como uma tecnologia viável e benéfica para intervenções em saúde e para promoção do AM (LAVENDER *et al.*, 2013, HODINNOT et al., 2012), o mesmo possui limitações, como a interrupção do acompanhamento, devido a falta de comunicação com as participantes e a falta de contato presencial entre os envolvidos.



Apesar da OMS e do MS recomendarem aleitamento materno até dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (OMS, 2001; BRASIL, 2015), o percentual de desmame precoce (antes dos 180 dias) identificada na amostra desse estudo foi de 29,2%.

Percebe-se que as taxas de desmame precoce variam a depender da população e localidade investigada. Uma pesquisa realizada na região Nordeste, na rede básica do estado da Paraíba encontrou taxa inferior de desmame precoce entre as crianças menores de seis meses acompanhadas, sendo o percentual de 12% (MACEDO, TORQUATO, TRIGUEIRO, 2014), já uma pesquisa transversal com 200 mães em Florianópolis encontrou taxas de desmame precoce superior ao desse estudo, sendo de 36,7% em menores de seis meses (GIULIANI et al., 2011).

Deve-se atentar que o aleitamento materno é uma prática que tem sido iniciada pela maioria das mulheres, porém poucas conseguem praticar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade do bebê. A introdução de água, chá ou suco e o desmame completo, antes dos seis meses, vem sendo bastante praticados pelas mães, o que pode acarretar prejuízos à saúde da criança, como maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, episódios de diarreia, risco de desnutrição, dentre outros (GIULIANI et al., 2011; BRASIL, 2015).

Os motivos para o desmame precoce também foram investigados. Durante as ligações, o principal motivo referido pelas participantes para o desmame precoce foi a baixa produção de leite, sendo os percentuais de 34,6%(60 dias), 21,1%(120 dias) e 33,3%(180 dias).

O aspecto relacionado à produção de leite é corroborado por outros estudos, como o de Schardosim e Chechim (2013) que revelou que a diminuição brusca na produção do leite sem causa aparente foi o principal fator desmotivador para o AME até o 6º mês de vida da criança. Esses autores perceberam que as mulheres referiam o desejo de amamentar, mas se sentiam na obrigação de iniciar alimentação com outro tipo de leite devido à pouca quantidade produzida, e que aos poucos o bebê foi perdendo o interesse pelo seio materno.

É importante ressaltar a contribuição que o profissional de saúde tem diante desses aspectos, uma vez que a mulher precisa ser acompanhada e avaliada para identificar se realmente há hipogalactia, conduzir as suas causas quando necessário e esclarecer a mulher sobre a importância de manter o AM mesmo diante das dificuldades encontradas.

O retorno ao trabalho ou estudos também foi um motivo importante para o desmame precoce referido por 15,8% das mulheres na ligação de 120 dias e por 13,3% na ligação de 180 dias. Deve-se destacar que é justamente nesse período, entre o quarto e sexto mês de vida da criança, que a mulher deve retornar para as suas atividades habituais, como o trabalho ou os estudos, tornando-se um fator que dificulta a continuidade do aleitamento materno ou da sua exclusividade.

O retorno ao trabalho também se destacou como um fator que dificulta a manutenção do aleitamento materno em uma pesquisa realizada no Paraná (MORENO; SHIMIT, 2014). Ainda na região Sul do Brasil outro estudo evidenciou que o trabalho materno foi percebido como um aspecto desmotivador para a continuidade do AM (SCHARDOSIM; CHERCHIM, 2013).

Além disso, aos 60 dias outros motivos que se destacaram foram os problemas mamários (19,2%) e o fato do bebê não pegar a mama (23,1%). É no início do aleitamento materno que a mãe mais se depara com problemas mamários, como dor, fissuras, e mastites decorrentes do processo de aleitamento materno, bem como as dificuldades de pega da mama pela criança, sendo necessário o apoio e orientação por parte dos profissionais de saúde nesse período para que elas se tornem confiantes e seguras quanto à prática do AM.

Pesquisa recente também identificou que dentre as dificuldades que prejudicam a continuidade do AM estão a ocorrência de problemas mamários, como fissura e ingurgitamento. As principais queixas no início do AM são dor ou incômodo nos mamilos, sendo mais frequente no começo da mamada, no entanto, esses sinais não devem ser considerados normais e podem apontar problemas na pega do bebê ou o seu posicionamento inadequado (MORENO; SHIMIT, 2014).

Aos 120 e 180 dias pós-parto fatores como o bebê não pega a mama e o bebê não ganha peso também estão entre os mais destacados pelas mulheres como causas para interrupção do AM. Dentre os demais motivos destacados pelas mulheres estavam o cansaço/estresse ou fadiga e a falta de apoio para o AM.

É importante destacar que essas mulheres não estão sozinhas, uma vez que suas vivências relacionadas à amamentação são semelhantes das de mulheres de diferentes regiões do país. Estudo realizado no Rio Grande do Sul em Unidades de Saúde da Família também evidenciou que o principal motivo relatado pelas mulheres para o desmame precoce foi a diminuição da produção do leite, seguido pela recusa da criança para mamar, trabalho materno e problemas mamários (STEPHAN; CAVADA; VILELA, 2012). Esses motivos também foram confirmados em uma revisão bibliográfica recente, em que os autores encontraram que dentre os principais motivos relacionados ao desmame estão “o leite secou”, “leite materno fraco”, “trabalho materno” e “falta de incentivo do cônjuge e parentes” (FIALHO et al., 2014).

Na região Nordeste, uma pesquisa realizada na Paraíba também evidenciou que a crença na produção insuficiente de leite; a dificuldade de pega da mama; e diversas intercorrências mamárias no pós-parto estão entre as principais causas associadas ao desmame precoce, seguido por outras como pouco conhecimento das nutrizes em relação ao vínculo afetivo do binômio, sendo necessário ampliar as orientações e o apoio ao AM com vistas principalmente ao apoio às nutrizes nas primeiras semanas pós-parto (AMARAL et al., 2015).

Diante disso, percebe-se que muitos fatores contribuem para que as mulheres desmamem precocemente, como a crença do leite insuficiente e a baixa produção de leite, além da falta de confiança e segurança nessa nova fase da mulher. Assim, o profissional enfermeiro deve atuar com vistas a reduzir os conflitos existentes entre o conhecimento científico e as crenças das mulheres e seus familiares com relação à prática da amamentação e à introdução precoce de outros tipos de leite (CARVALHO et al., 2014).

Dessa forma, torna-se importante conhecer os motivos que levam ao desmame precoce, a fim de planejar estratégias que possibilitem o maior tempo possível de aleitamento às crianças. Na medida em que o enfermeiro conhece os motivos que podem contribuir para o desmame precoce, esse profissional tem uma melhor possibilidade de atuar no sentido de prevenir esses fatores ou ajudar a mulher a lidar com eles.

Em relação às características sociodemográficas das puérperas, percebe-se que a amostra desse estudo foi composta majoritariamente por adultas jovens com uma mediana de idade de 23 anos, com mediana de 10 anos de estudo, faixa de renda de um salário mínimo, e que residiam com quatro moradores. A maioria das mulheres vivia com companheiros (76,7%), se considerava como de raças diferentes da branca (83,3%) e tinha como ocupação trabalhar no lar (52,9%).

É preciso destacar que em um ECR é importante conhecer como essas características sociodemográficas e outras estão distribuídas entre os participantes do grupo intervenção e controle, uma vez que é necessário atender critérios que garantam o rigor metodológico do estudo, sendo um deles a homogeneidade entre os grupos investigados.

Dessa forma, a análise da homogeneidade entre os grupos do estudo é um importante critério para verificar a semelhança entre eles, de modo que os efeitos obtidos sobre as variáveis dependentes sejam decorrentes da intervenção ou tratamento testado e não das diferenças entre os grupos.

Diante disso, observou-se que os grupos foram homogêneos em relação aos dados sociodemográficos e obstétricos, diferindo somente em relação a variável “horas fora do lar” que foi colhida no alojamento conjunto ( $p=0,019$ ).

Em relação à horas fora do lar, o grupo intervenção apresentou maior variação dos percentis analisados (0 - 5,7 horas) do que o grupo controle (0-0), demonstrando que o GI referiu passar mais horas fora do lar antes da criança nascer do que o GC.

Com relação às características obstétricas, da gestação atual, parto, nascimento e alimentação do recém-nascido, houve semelhança entre as mulheres do grupo intervenção e controle, uma vez que as variáveis não apresentaram associação.

A homogeneidade dos grupos em relação a essas variáveis é fundamental, uma vez que vivências e experiências anteriores de gravidez e amamentação são importantes para a construção da autoeficácia, contribuindo para uma crença pessoal mais forte. Experiências de sucesso proporcionam ao indivíduo uma concretização do sentimento de autoeficácia, ao passo que experiências repetidas de insucesso podem diminuir esse sentimento (BANDURA, 1977).

Um aspecto que deve ser ressaltado foi o alto percentual de cesáreas entre as mulheres desse estudo (52,5% do GI e 50,8%GC) indo de encontro às recomendações da OMS de que a taxa ideal de cesáreas deva ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados, uma vez que acima disso não contribui para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, devendo ser realizada apenas quando for necessária, do ponto de vista médico (OMS, 2015).

Apesar disso, diversas pesquisas corroboram os achados desta ao encontrar altos índices de cesarianas. Estudo recente desenvolvido durante uma campanha de vacinação no Paraná com 770 mães de crianças maiores que 12 meses identificou que 55,5% delas tiveram seus filhos por parto cesáreos (SOUZA et al., 2012). Achados mais críticos foram encontrados em outra pesquisa em uma clínica de ginecologia e obstetrícia no Paraná, em que 80% das mulheres relataram terem feito cesárea (MORENO; SCHIMIT, 2014). Outro estudo desenvolvido em uma maternidade pública de Fortaleza-CE com puérperas também revelou altas taxas de cesariana entre a população de mulheres, com percentual de 61% (CHAVES, 2016).

Esse elevado índice de cesáreas ainda é um desafio a ser enfrentado pelo Brasil e que é influenciado pelas suas características socioculturais e pelo

modelo de assistência adotado pelo sistema de saúde, necessitando de amplos esforços para a mudança deste cenário. Tais esforços devem se concentrar em garantir mudanças no modelo de assistência para que as cesáreas sejam feitas nos casos em que são devidamente indicadas, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.

## **8.2 Efeito da intervenção educativa na autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação**

Conforme já mencionado as ligações para avaliação dos desfechos foram realizadas no segundo, quarto e sexto mês pós-parto para as mulheres de ambos os grupos. Ao avaliar os dias pós-parto das mulheres nos momentos de avaliação de desfecho observa-se que não houve diferença, uma vez que os grupos apresentaram medianas iguais nos três momentos, sendo elas 60, 120 e 180 dias. Portanto, considera-se que esse fator não interferiu nos achados aqui apresentados.

Na avaliação da linha de base 12,9% da amostra total apresentavam média autoeficácia e 87,1% elevada autoeficácia para amamentar. Esse resultado vai ao encontro de vários estudos desenvolvidos no Brasil, como os da Região Nordeste, que identificaram que as puérperas apresentaram média e elevada autoeficácia (CHAVES, 2016; CHAVES, 2012; DODT, 2008; ORIÁ, 2008) e pesquisas realizadas no Sul do Brasil que encontraram que o maior percentual de mulheres investigadas também tinham média e elevada autoeficácia para amamentar no puerpério (RODRIGUES, 2014; RODRIGUES; PADOIM; GUIDO, 2014; RODRIGUES, 2015).

Os dados aqui apresentados revelam que a intervenção educativa por telefone foi eficaz tanto para aumentar os escores de autoeficácia materna para amamentar no grupo intervenção quando comparado ao controle, como para melhorar o tipo de autoeficácia dessas mulheres ao longo do estudo.

Foi possível observar que a intervenção foi eficaz para melhorar o tipo de autoeficácia das suas participantes ao longo do acompanhamento. No início do estudo 84,2% das mulheres do GI tinham autoeficácia elevada, e após o início da intervenção esse percentual aumentou para 100% tanto no segundo mês pós-parto, como no quarto e no sexto mês. Quando comparado ao grupo controle houve melhora significativa no tipo de autoeficácia somente no segundo mês pós-parto ( $p=0,000$ ).

Além disso, apesar de o grupo intervenção ter iniciado o estudo com mediana menor de escores ( $Md=58$ ) do que o grupo controle ( $Md=59$ ) percebe-se

que esse grupo teve aumentos significativos nos escores de autoeficácia para amamentar (EAA) ao longo do tempo quando comparado com o GC ( $p < 0,001$ ), sendo que a intervenção foi capaz de aumentar em até 9 pontos os EAA no grupo intervenção.

Outras pesquisas também têm demonstrado melhoria na pontuação de autoeficácia materna entre as mães que receberam intervenções de especialistas (NICHOLS et al. 2009; MC QUENN et al., 2011), aumentando até 15,1 pontos nos escores de autoeficácia para amamentar (EAA) (AWANO; SHIMADA, 2010).

Essa repercussão que a intervenção testada teve na confiança das mulheres para amamentar é um indicativo de que ela foi capaz de influenciar as crenças de autoeficácia dessas mulheres. Segundo Dennis (2003) baseado na Teoria Social Cognitiva de Bandura (2003) as crenças de autoeficácia ajudam a determinar o quanto de esforço a pessoa empreenderá na atividade, a perseverança diante dos obstáculos e o quão resiliente ela é frente às situações adversas. Dessa forma, as crenças de autoeficácia das puérperas facilitam ou dificultam as condições de enfrentamento das dificuldades que surgem com a prática da amamentação, sendo determinantes na resiliência dessas mulheres diante destas.

Isso pode ser comprovado por meio de alguns estudos que já evidenciaram que mulheres com maior nível de autoeficácia amamentam por mais tempo quando comparadas com as que apresentam nível menor de confiança, ou seja, elas são mais capazes de enfrentar às situações adversas que podem surgir junto com o AM e persistir nessa prática. Além disso, alguns fatores como o apoio recebido podem influenciar o comportamento frente ao aleitamento materno (BLYTH *et al.*, 2002; DENNIS, 2006). Dessa forma, o uso do referencial da autoeficácia para fundamentar a intervenção, e o apoio provido durante o acompanhamento por telefone são fatores que contribuem para fortalecer a confiança dessas mulheres para amamentar.

Além da comparação intergrupo também foi possível realizar uma análise intragrupo que evidenciou que o GI apresentou aumento significativo da sua mediana de escores em todos os momentos de acompanhamento, ao passo



que o GC teve aumento dos escores somente aos 180 dias, e do quarto para o sexto mês.

Esses resultados são justificados pelo fato de que na intervenção educativa foi possível utilizar da persuasão verbal para trabalhar os aspectos técnicos e de pensamentos intrapessoais da escala que estão relacionados com o ato de amamentar, caracterizando-se como um suporte para a habilidade da mulher em amamentar e motivação para o exercício dessa prática. De acordo com Ku e Show (2010) a ajuda no pós-parto é um dos fatores ambientais e emocionais que influenciam a decisão da mulher em amamentar e aumentam sua autoestima, confiança e comportamentos saudáveis.

Isso é reforçado por Bandura, Azzi e Polydoro (2008) ao afirmar que mesmo aquelas pessoas que já são experientes e autoeficazes podem aumentar a autoeficácia se lhe forem ensinadas novas maneiras de fazer as coisas e lidar com as adversidades.

Em relação ao grupo controle, apesar de não ter recebido a intervenção, a experiência pessoal anterior e adquirida com a prática do AM é um dos fatores que podem ter contribuído para que a autoeficácia se mantivesse elevada ao longo do tempo.

Além disso, as crenças de autoeficácia das mulheres são influenciadas pelos resultados dos seus atos e pela experiência vicária de observar outras pessoas na execução da prática (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Isso significa que quando as puérperas percebem os resultados positivos decorrentes da amamentação, como o fortalecimento do apego com o filho, o seu crescimento e desenvolvimento saudável, bem como quando elas observam e aprendem com outras mães que praticam o aleitamento materno a sua autoeficácia pode se elevar.

Somado a isso, o auxílio da família nos cuidados com o bebê e na prática do AM são fatores que influenciam o nível de autoeficácia e que podem ter repercutido no aumento da confiança das mulheres do grupo controle e do grupo intervenção ao longo do estudo (GUIMARÃES et al., 2017).

Diante desses resultados, constata-se que a intervenção educativa por telefone de longa duração e com base nos princípios da autoeficácia possibilitou maior autoeficácia materna entre as puérperas no seu potencial de amamentar, pois oportunizou o reforço da confiança para amamentar com sucesso, o aconselhamento quanto as dificuldades vivenciadas, e a motivação da mulher para a prática do AM.

Percebe-se que a utilização de estratégias para promover a confiança da mulher para amamentar, bem como o apoio e orientações voltadas a essa prática nas primeiras semanas após o parto são capazes de elevar a autoeficácia em amamentar e garantir o sucesso do aleitamento materno (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Nesse contexto, diversos estudos que utilizaram tecnologias e intervenções educativas, como álbuns, cartilhas, folhetos, materiais audiovisuais, oficinas educativas e programas de computadores, construídos a partir do referencial da autoeficácia para amamentar demonstraram que elas foram eficazes para elevar a confiança materna para amamentar (DODT et al., 2013; RODRIGUES, 2015; EDWARD et al., 2013; OTSUKA et al., 2013; WU et al., 2014; AWANO; SHIMADA, 2010; NICHOLS et al., 2009; JAVORSKI, 2014).

No Brasil, um estudo que utilizou uma intervenção educativa de curta duração por telefone, com base nos princípios da autoeficácia, também conseguiu impactar na confiança das mulheres para amamentar, uma vez que no sexto mês o GI apresentou EAA mais elevados que o GC ( $p=0,011$ ) (CHAVES, 2016).

Além disso, deve-se atentar que o puerpério imediato é considerado um período de aprendizado e adaptação para mãe, filho e sua família, o que demanda um acompanhamento intensivo por parte dos profissionais de saúde, uma vez que as mulheres apresentam muitas dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, que podem ser minimizadas por meio do apoio, orientação e motivação constantes (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013). Dessa maneira, justifica-se a importância da utilização de intervenções educativas nesse período,

pois possibilitam sustentar ou elaborar crenças positivas de autoeficácia nas mulheres.

Nesse contexto, as práticas educativas são consideradas eficazes quando influenciam as crenças que as pessoas têm em suas próprias capacidades (DODT et al., 2015). No caso do aleitamento materno, a educação afeta como as mulheres se comportarão ao enfrentar as dificuldades e também influencia a quantidade de esforço exercido pelas mulheres para enfrentá-las. Assim, as práticas educativas são meios de fortalecimento da confiança da mulher em sua capacidade de amamentar com sucesso, sendo os resultados alcançados com a prática do AM, como o fortalecimento do vínculo, o crescimento e desenvolvimento da criança percebidos como mérito do seu esforço e motivadores para a continuidade dessa prática.

Ao analisar o efeito da intervenção desse estudo nas taxas de AM, evidenciou-se que a intervenção foi eficaz para aumentar as taxas de AM no GI quando comparado com o GC nos três momentos de avaliação. Os percentuais de AM nos grupos foram respectivamente 97,2% do GI e 79,3% do GC aos 60 dias ( $p < 0,001$ ), 95,5% do GI e 78,8% do GC aos 120 dias ( $p = 0,001$ ) e 95% do GI e 81,7% do GC aos 180 dias ( $p = 0,012$ ). Assim, constatou-se que ambos os grupos apresentaram taxas altas de AM nos momentos de avaliação, sendo que a intervenção educativa por telefone foi eficaz para manter as taxas de AM no GI sempre acima de 90%.

Além disso, o GI apresentou maior chance de estar amamentando nas três avaliações do que o GC, sendo a razão de chance de 9,1, 5,7 e 4,3 vezes aos 60, 120 e 180 dias pós-parto, o que reforça o impacto da intervenção sobre as taxas de AM.

A repercussão da intervenção nas taxas de AM também deu-se ao fato de se ter trabalhado as crenças de autoeficácia das puérperas nos momentos das ligações, uma vez que para Bandura (1997) essas crenças tem papel fundamental no comportamento humano. De acordo com esse autor a 'motivação', os estados afetivos, e ações das pessoas baseiam-se no que elas acreditam ser objetivamente verdadeiro. Assim, ao fortalecer as crenças das mulheres nas suas

capacidades contribui-se para que ela se sinta capaz de praticar e manter o AM, ajudando-a a determinar o que irá fazer com o seu conhecimento e habilidade (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Ainda em relação ao impacto da intervenção educativa no AM, estudos que utilizaram intervenções por telefone realizadas por enfermeiros também encontraram achados semelhantes ao deste. É o que se pode verificar com o estudo multicêntrico de Fu et al. (2014) realizado na China, em que o grupo que recebeu a intervenção por telefone apresentou taxas superiores de AM quando comparado ao grupo que não recebeu, tanto com 1 mês (GI= 76,2% GC = 67,3%), quanto com 2 meses (GI = 58,6% GC= 48,9%). As mulheres do GI também tiveram mais chances de estarem amamentando do que as do GC no primeiro e segundo mês pós-parto, sendo as razões de chance de 1,63 e 1,48. Tahir e Al-Sadat (2013) também encontraram taxas superiores de AM em mulheres da Malásia que receberam intervenção por telefone até o sexto mês pós-parto (6 meses: GI= 90,6% vs GC = 86,1%).

ECR desenvolvido em Nova York avaliou o efeito de intervenções educativas por meio de telefonemas regulares até o 3º mês pós-parto, associado a consultas no pré-natal e visita domiciliar e encontrou que o GI apresentaram taxas de AM significativamente maiores com 1 (p=0,001), 3 (p=0,01) e 6 meses (p=0,04) quando comparado ao GC, apresentando respectivamente 2,79, 1,93, 1,77 mais chances de estar amamentando nesses períodos do que o controle (BONUICK *et al.*, 2014).

Apesar disso, outros estudos internacionais que utilizaram intervenções de longa duração por telefone voltadas para o AM não conseguiram repercutir em aumento das taxas de AM, como nos estudos de Ganga et al. (2015), e Reeder et al. (2016). É importante ressaltar que um fator diferencial dessas duas pesquisas para este estudo foi que os provedores da intervenção foram seus pares (mulheres com experiências de sucesso na amamentação), o que dificulta a comparação dos resultados.

Em relação à exclusividade, percebeu-se que a intervenção desse estudo também foi eficaz para aumentar as taxas de AME no GI aos 180 dias

pós-parto (GI: 39,5% GC:16,3 p=0,005), porém não impactou aos 60 e 120 dias. No sexto mês, as mulheres do GI apresentaram 3,4 vezes mais chances de ainda estarem amamentando exclusivamente do que as mulheres do GC, o que é um dado bastante positivo.

Os achados aqui apresentados encontram apoio em diversos estudos que utilizaram intervenções por telefone para suporte à amamentação. O uso de um programa de educação por telefone nos EUA também demonstrou que as mulheres que receberam a intervenção foram mais propensas a continuar o AME nos diversos períodos de avaliação (OR72hrs = 1,1, OR1mês = 1,6, OR3meses = 1,7 e OR6meses = 2,6) (EFRAT et al., 2015).

De forma semelhante na Malásia uma intervenção aplicada a 357 puérperas também foi eficaz para aumentar a taxa de AME no primeiro mês pós-parto (GI: 84,3% vs GC: 74,7% p= 0,042 OR: 1,83) (TAHIR; AL-SADAT, 2013). Já em uma comunidade nigeriana o aconselhamento por telefone também repercutiu no aumento das taxas e na chance de AME no GI aos 3 meses (GI: 71% GC: 58%, OR: 1.8 p<0,05) e 6 meses (GI: 64% GC: 43%, OR: 2.4 p<0,01) (FLAX et al., 2016).

No estudo de Bonuck et al. (2014) os autores também evidenciaram que o uso de intervenções para a promoção do AM no pré-natal e puerpério foram capazes de impactar nas taxas de AME com 1 mês (GI: 24,2% GC: 6,9% p<0,001) e 3 meses (GI: 16% GC: 6,2% p= 0,01), sendo as razões de chance de 4,29 e 2,86.

Diante disso, é evidente que a preparação da mulher para a amamentação tanto no pré-natal como no puerpério vem se mostrando indispensável para melhores índices de aleitamento exclusivo. A preparação para as dificuldades advindas da amamentação, o reforço da confiança para amamentar, bem como o cuidado e o suporte para essa prática são a base para o sucesso da amamentação, devendo ser o alicerce das intervenções para estímulo do aleitamento materno (ALMEIDA; PUGLIESI; ROSADO, 2015).

Apesar de a intervenção ter impactado na elevação das taxas de AME do grupo intervenção aos 180 dias quando comparado ao controle, evidenciou-se

que com o decorrer do tempo as taxas de AME da amostra total caíram progressivamente (60 dias: 69,8%; 120 dias: 45,3%; 180 dias: 30,4%) com o decorrer do tempo. Esse achado é confirmado por diversas pesquisas, que demonstraram que com o decorrer dos meses as mulheres tendem a interromper a exclusividade da amamentação, sendo as prevalências de AME aos seis meses inferior aos de quatro meses (UEMA et al., 2015; SALUSTIANO et al., 2012; SOUZA et al., 2012; SALDIVA et al., 2011).

A queda acentuada dos índices de aleitamento materno após o quarto mês de vida da criança chama a atenção. A percepção dos profissionais é que a volta ao trabalho tem induzido as mães a abandonarem a prática da amamentação, pela necessidade de deixarem seus filhos com cuidadores em casa ou em centros de educação infantil (SOUZA et al., 2012).

Revisão sistemática recente evidenciou que países de alta renda têm menor duração da amamentação do que países de baixa e média renda. Entretanto, mesmo nos países de baixa e média renda, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas (VICTORA et al., 2016), o que assemelha-se aos resultados desse estudo.

No contexto do Brasil, pesquisa realizada em São Paulo também confirmou que a prevalência do AME cai progressivamente ao longo dos meses, uma vez que no quinto dia pós-parto 92% das mulheres praticavam o AME, aos 30 dias 85%, e aos 60 dias apenas 79% (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Achados semelhantes foram evidenciados em um estudo de coorte prospectivo realizado em um hospital Amigo da Criança de São Paulo ao longo dos seis meses, em que o aleitamento materno exclusivo praticado com 30, 90, 120, 150 e 180 dias foi de 75%, 52%, 33%, 19% e 5,7%, respectivamente, evidenciando o declínio considerável dessas taxas com o decorrer do tempo (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

Além disso, ao se analisar a amostra total da presente pesquisa evidenciou-se que o percentual encontrado de AME aos seis meses foi de apenas 30,4%, sendo considerado um indicador razoável e que está aquém do que é recomendado pela OMS. De acordo com esse órgão, a prevalência do AME até

os seis meses é considerado um indicador muito bom na faixa de 90 a 100%, bom de 50 a 89%, razoável de 12 a 49% e ruim de 0 a 11% (OMS, 2003).

Esse resultado encontrado assemelha-se ao da última pesquisa nacional de prevalência do AM realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008, em que o município de Fortaleza apresentou a pior situação na Região Nordeste com prevalência de AME de apenas 32,9% (BRASIL, 2009B; VENANCIO et al., 2010). Outros estudos que também encontraram achados semelhantes foram a pesquisa em Serrana (SP) em 2009 com prevalência de 29,8% (QUELUZ et al., 2012), e outra pesquisa desenvolvida nas capitais brasileiras em 2008 que evidenciou 25,4% de prevalência do AME (SALDIVA, 2011).

Em contraponto, outras pesquisas realizadas na Região Sul e Sudeste encontraram prevalências maiores de AME aos seis meses, como o estudo em Uberlândia em 2008 com 39,7% de prevalência do AME (SALUSTIANO et al., 2012), em São Paulo no ano de 2012 com 39,1% (LEONE; STACK, 2012), e no Rio Grande do Sul com 33,7% (STEPHAM; CAVADA; VILELA, 2012).

Já na região Nordeste, outros estudos demonstraram prevalências diferentes a depender do estado. No Ceará, um estudo realizado no município de Quixadá com mulheres que tiveram seus filhos em um hospital Amigo da Criança constatou uma prevalência de 55,3% de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e 46,2% aos seis meses (PINHEIRO et al., 2010).

Já uma pesquisa realizada em Santana da Bahia em 2009 encontrou taxa de prevalência do AME nos menores de seis meses de 47,4%. De acordo com os autores, dentre os fatores que contribuíram de forma positiva para esse dado estão a melhor escolaridade das mães, decréscimo no uso de chupeta e menor prevalência de mães adolescentes (VIEIRA et al., 2015). Porém, no Piauí, uma pesquisa realizada em 2013 encontrou prevalência menor de AME quando comparado aos outros estados do Nordeste, sendo de apenas 17% (LEAL et al., 2014).

Deve-se ressaltar que apesar de existirem estudos recentes que tratam dessa temática, a maioria foi realizado em cidades ou estados específicos, sendo

necessário pesquisas mais recentes sobre a prevalência do AME em nível nacional e com amostras mais representativas da população total, a fim de possibilitar a real compreensão do cenário atual da prática de aleitamento materno.

Além disso, percebe-se que apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre as demais formas de alimentação da criança, e apesar dos esforços empreendidos por diversos organismos nacionais, internacionais e centros de pesquisa, as prevalências de AM no Brasil, e em especial de AME ainda estão bastante aquém das recomendadas, e o município de Fortaleza não foge a esse contexto, tendo o profissional de saúde um papel fundamental na reversão deste quadro.

Para isso, o profissional precisa estar preparado não só em relação aos aspectos técnicos da lactação, mas também com um olhar atento e abrangente que leve em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar e a rede social de apoio à mulher, reconhecendo-a como um ser singular (BRASIL, 2015).

A intervenção educativa realizada nesse estudo pautou-se nesses aspectos, buscando reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar. O uso da entrevista motivacional e dos seus momentos como a aproximação da participante, evocação, informação e conclusão permitiram a escuta e valorização da fala da mulher.

Somado a isso, os assuntos trabalhados partiram das dificuldades expressas e dos itens de autoeficácia em que elas apresentaram baixa pontuação, direcionando o suporte provido para as necessidades de cada mulher e com vistas ao seu empoderamento. Além disso, a intervenção teve como foco aumentar e/ou reforçar a confiança da mulher para amamentar, bem como motivá-la para realizar essa prática, uma vez que ambos os aspectos são necessários para o sucesso do AM.

Sobre a duração do AM, percebe-se que a intervenção foi eficaz para aumentar a duração no GI, uma vez que esse grupo apresentou mediana de duração do AM de 180 dias, enquanto o GC de 150 dias ( $p < 0,001$ ). Assim,



observa-se que o GC teve uma diferença de 30 dias na mediana de duração do AM quando comparado ao GI.

Em relação à exclusividade do aleitamento, a intervenção educativa foi eficaz para aumentar a duração do AME nas avaliações de 60 e 180 dias pós-parto quando comparado ao grupo controle ( $p < 0,001$ ;  $p = 0,033$ ). Além disso, também impactou na duração final do AME, com uma mediana de 110 dias no GI e 61,5 dias no GC ( $p < 0,001$ ), o que demonstra que o grupo intervenção manteve a exclusividade do aleitamento cerca de 49 dias a mais que o controle.

Esse resultado reflete o impacto do uso persuasão verbal, uma das fontes de autoeficácia, durante a realização da intervenção educativa, uma vez que o uso da informação para persuadir a mulher a acreditar que é capaz de praticar o AM de forma eficaz, reforça as crenças positivas acerca dessa prática (BANDURA, 2012; DODT et al., 2013). Além disso, a continuidade do acompanhamento ao longo dos seis meses pode ter sido um dos fatores que contribuíram para esses resultados.

Isso é confirmado por Dennis et al. (2002) ao afirmar que o aconselhamento realizado por profissionais de saúde por meio do telefone, associado aos cuidados convencionais vem apresentando resultados favoráveis para a manutenção do aleitamento materno.

Diante disso, infere-se que o uso de estratégias que atuem na autoeficácia materna para o aleitamento materno podem ter influência direta no domínio intrapessoal, que envolve o desejo, a motivação interna e a satisfação com a experiência de amamentar, já que as mesmas passam a acreditar serem capazes em amamentar seus filhos conhecendo seus benefícios para elas mesmas e para as crianças (DENNIS et al., 2002).

Outro estudo desenvolvido na Austrália que utilizou uma intervenção fundamentada na teoria de autoeficácia de Bandura conseguiu aumentar a autoeficácia na amamentação, e aos 60 dias pós-parto as mulheres do grupo intervenção apresentaram maior tendência a amamentar seus bebês por mais tempo e mais exclusivamente do que as do grupo de controle (NICHOLS et al., 2009).

Em relação a isso, outras pesquisas que utilizaram intervenções de longa duração, assim como essa, evidenciaram resultados significativos na duração e exclusividade do aleitamento materno. Um ensaio clínico realizado com puérperas nos EUA testou um suporte por telefone para o AM desde o pré-natal até o sexto mês pós-parto e evidenciou que a intervenção foi eficaz para o aumento da duração do AM no GI, com média de 141 dias de amamentação, enquanto o GC com 96 dias ( $p=0,024$ ) (EFRAT *et al.*, 2015).

Já na Dinamarca, uma pesquisa com puérperas obesas que envolveu ligações por consultores em lactação até o sexto mês pós-parto também evidenciou que esse tipo de intervenção foi efetiva para aumentar a duração e exclusividade do AM, uma vez que a duração do AM no GI teve uma média de 184 dias e no GC de 108 dias ( $p=0,002$ ). Além disso, a intervenção foi capaz de aumentar significativamente a duração do aleitamento exclusivo, com o GI apresentando média de 120 dias de AME, enquanto o GC de somente 41 dias ( $p=0,003$ ) (CARLSEN *et al.*, 2013).

Dessa forma, é possível perceber que o uso de intervenções educativas de longa duração providos por enfermeiros treinados tem alcançado efeitos significativos na duração e exclusividade do AM (EFRAT *et al.*, 2015; TAHIR; ALSADAT, 2013; CARLSEN *et al.*, 2013; PUGH *et al.*, 2010), demonstrando a importância do acompanhamento das mulheres que iniciam o processo de amamentar e de uma educação em saúde contínua no decorrer do puerpério, contribuindo para oferecer o suporte e as orientações que a mulher necessita para lidar com as diversas dificuldades e mudanças que podem surgir e influenciar o desmame precoce.

Apesar disso, deve-se enfatizar que nem sempre o suporte provido por telefone é eficaz para prover mudanças na exclusividade do aleitamento materno. No Brasil, um estudo recente realizado no município de Fortaleza-CE com o uso de uma intervenção por telefone apesar de ter impactado na melhora da autoeficácia no quarto mês, não impactou na exclusividade do AM, posto que ambos os grupos apresentaram valores aproximados de duração do AME tanto aos dois ( $p=0,98$ ) como aos quatro meses ( $p=0,57$ ). Deve-se salientar que apesar da intervenção também ter sido pautada no referencial da Autoeficácia e provida

por enfermeira treinada, ela foi de curta duração (até o primeiro mês pós-parto) (CHAVES, 2016).

No âmbito internacional, outros estudos que utilizaram intervenções de curta duração também demonstraram não ser eficazes na duração e exclusividade do AM, como o ECR realizado com puérperas Latinas de baixa renda nos EUA que utilizou um suporte por telefone nas duas primeiras semanas pós-parto (BINUK *et al.*, 2010), e um estudo com puérperas obesas nesse mesmo país, em que o GI que recebeu apoio por telefone até 72 horas pós-parto apresentou efeitos negativos quando comparado com o controle (RASMUSSEN *et al.*, 2011).

Esses achados também foram confirmados em uma revisão sistemática da literatura sobre as estratégias de promoção e manutenção do AM, o qual evidenciou que ações educativas isoladas e de curta duração são pouco ou nada eficazes para manter o AM. Já os programas e medidas educacionais que se baseiam em suporte mais prolongado, maior capacitação da equipe de saúde e aconselhamento individual, pré e pós-natal, mostraram-se mais efetivos na melhoria das taxas de amamentação, especialmente em populações que apresentam baixas taxas de iniciação e manutenção da amamentação (ALMEIDA; PUGLIESI; ROSADO, 2015).

O desenvolvimento de estratégias que reforcem a confiança materna para amamentar podem contribuir para a promoção da amamentação exclusiva e redução do desmame precoce, além disso é importante para a saúde pública, e pode trazer implicações positivas para a promoção da saúde da criança e da família como um todo (ORÍÁ, XIMENES, 2010).

Dessa forma, os resultados expostos demonstram que a aplicação de uma intervenção educativa de longa duração por telefone, realizada por enfermeiro e centrada nos princípios da autoeficácia em amamentar, por meio da abordagem da entrevista motivacional, é capaz de elevar a autoeficácia materna para amamentar, aumentar as taxas de aleitamento materno geral e exclusivo e impactar na duração final do AM e do AME.

### **8.3 Autoeficácia materna em amamentar relacionada aos fatores sociodemográficos, obstétricos e duração e exclusividade do aleitamento materno**

Mediante os dados aqui apresentados não se observou correlação entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas (idade, renda, escolaridade, número de moradores, número de gestação e parto) com os escores de autoeficácia materna. Apenas a variável horas fora do lar apresentou correlação positiva com os escores de autoeficácia aos 60 dias, sem ter relação com os demais momentos. Em relação a essa variável não se encontrou na literatura outros estudos que tivessem testado a sua correlação com a autoeficácia para confrontar com os dados deste.

Apesar disso, percebeu-se que não houve correlação da variável horas fora do lar com a duração e exclusividade do aleitamento materno, evidenciando que o período fora de casa antes do nascimento da criança não repercutiu na duração final do AM ( $p=0,703$ ), nem na duração final do AME ( $p=0,782$ ). As demais variáveis também não apresentaram correlação com a duração e exclusividade do AM.

Estudo recente que buscou identificar os fatores relacionados com a autoeficácia na amamentação identificou que somente a variável amamentou na primeira hora de vida esteve relacionada com a autoeficácia da mulher, não sendo observadas relações entre as demais variáveis sociodemográficas, obstétricas, do parto e pós-parto investigadas com a autoeficácia para amamentar, corroborando com os resultados desta pesquisa (GUIMARÃES et al., 2017).

Também foi possível correlacionar os escores de autoeficácia com a duração e exclusividade do AM. Os escores de autoeficácia da mulher na linha de base não teve relação com a duração do AM e do AME, dessa forma apreende-se que a diferença encontrada nos escores de autoeficácia entre o grupo intervenção e controle na linha de base não influenciou nos resultados encontrados.

Apesar disso, houve correlação positiva entres os escores de autoeficácia aos 60, 120 e 180 dias pós-parto e a duração e exclusividade do aleitamento materno. Quanto maior o escore de autoeficácia da mulher aos 60 e 120 dias pós-parto maior foi a duração final do AM ( $p=0,004$ ;  $p=0,005$ ) e do AME ( $p<0,001$ ). Já com 180 dias pós-parto quanto maior o escore de autoeficácia maior foi a exclusividade do aleitamento materno ( $p=0,012$ ).

Esse resultado é corroborado por outros estudos que encontraram relação entre a autoeficácia para amamentar e a duração e exclusividade do AM, como o estudo de Dennis (2003) que apontou a confiança na amamentação como a variável mais importante que afeta a duração da amamentação.

Essa relação pode ser explicada pela teoria da Autoeficácia, uma vez que a autoeficácia é considerada um processo cognitivo da confiança do indivíduo em sua habilidade para realizar um comportamento específico. Diante disso, uma pessoa que apresenta maior confiança na sua habilidade para realizar a amamentação, conseqüentemente terá mais chances de realizar esse comportamento com sucesso e por mais tempo do que aquelas que apresentam baixa confiança (DENNIS, 1999). Dessa forma, as crenças de autoeficácia da mulher é que determinam a sua ação quanto ao início de atitudes, a sua duração e a quantidade de esforço despendido para tal comportamento (BANDURA, 1985).

Dessa forma, diversos estudos têm evidenciado que a autoeficácia materna está associada positivamente com o início, duração e exclusividade da amamentação nas mais diversas populações de mulheres (NOEL-WEISS *et al.*, 2006; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; McQUEEN *et al.*, 2011; OTSUKA *et al.*, 2013; ORIÁ *et al.*, 2009; ZUBARAN *et al.*, 2010).

Um estudo de coorte longitudinal realizado na África mostrou que os maiores escores de autoeficácia foram encontrados em mulheres que estavam amamentando exclusivamente, evidenciando a relevância da confiança para o sucesso da amamentação (McCARTER-SPAULDING; GORE, 2009).

Achados semelhantes foram encontrados em estudos desenvolvidos em províncias da China, em que uma maior pontuação da BSES-SF esteve

positivamente associada com a continuidade do aleitamento materno (KU; CHOW, 2010), e a uma maior chance de amamentar exclusivamente por oito semanas ou mais (WU *et al.*, 2014). Ainda nesse contexto, uma pesquisa desenvolvida nos EUA evidenciou que a autoeficácia em amamentar foi o único fator associado com a prática da amamentação exclusiva (GLASSMAN *et al.*, 2014).

No contexto do Brasil, uma pesquisa realizada na Região Sul identificou que a autoeficácia para amamentar está relacionada ao estado de saúde materna, e que as mulheres que praticavam o aleitamento exclusivo tinham escores de autoeficácia superior quando comparadas com aquelas que ofereciam aleitamento materno misto (ZUBARAN; FORESTI, 2013).

Essa associação positiva entre a autoeficácia em amamentar e a duração do AME também foi confirmada em uma revisão sistemática da literatura que avaliou a correlação dos fatores psicossociais com o AM. De acordo com esse estudo, a autoeficácia é um dos fatores psicossociais que influenciam o AM e que pode ser modificado por meio de intervenções, experiências e vivências pessoais (JAGER *et al.*, 2013).

Por meio desses estudos compreende-se que a autoeficácia está associada com a duração e exclusividade do AM tanto no contexto nacional como internacional, estando relacionada também com a prática do desmame precoce.

Sobre isso o estudo de Shayla, Fahy e Kable (2010) apontou que a baixa autoeficácia das mulheres está associada com o desmame precoce, sendo considerado um fator importante na tomada de decisão sobre desmamar precocemente o bebê, e o estudo de Jager *et al.* (2013) evidenciou uma ocorrência de desmame precoce duas vezes maior nas mães com baixa autoeficácia em relação aquelas com autoeficácia elevada.

Diante disso, torna-se claro que a intenção da mulher de oferecer o leite materno para o filho está pautada em diversas variáveis modificáveis, como a confiança materna para amamentar, uma vez que a baixa autoeficácia em

amamentar pode levar a mulher a ofertar outro tipo de leite (CABIESES *et al.*, 2014).

Assim, percebe-se a necessidade de estratégias e intervenções por parte dos órgãos responsáveis, gestores e profissionais de saúde que busquem promover e reforçar a autoeficácia da mulher para amamentar, com vistas a melhorar a duração do AM e do AME e conseqüentemente os seus índices, ocasionando benefícios para a saúde do binômio mãe-filho.

O incentivo ao aleitamento materno deve iniciar-se logo no pré-natal, e o suporte a essa prática deve ter continuidade na maternidade e na atenção básica. O vínculo e o acompanhamento longitudinal da equipe da estratégia saúde da família com a mulher possibilitam a identificação dos níveis de autoeficácia da mãe para amamentação, de modo que, quando esses profissionais identificarem mães com baixa autoeficácia, poderão intervir visando a promoção da autoeficácia materna e conseqüente aumento da prevalência da amamentação, bem como o impacto positivo no crescimento e no desenvolvimento infantil (UCHOA *et al.*, 2014).

#### **8.4 Fatores relacionados com a duração e exclusividade do aleitamento materno**

Nesse estudo, os fatores que estiveram relacionados com a duração do aleitamento materno foram a prática de exercício físico, e o retorno ao trabalho e/ou estudos.

As mulheres que relataram praticar exercício físico na gravidez tiveram 3,1 vezes mais chances de não estar amamentando no segundo mês do que aquelas que não praticavam.

Apesar de a atividade física ser uma prática que contribui para a saúde e bem estar da mulher, essa associação pode estar relacionada ao fato de que as mulheres que praticam exercício físico além de passarem mais tempo fora de casa, têm maior preocupação com a autoimagem corporal, e querem retomar ao estado pré-gravídico mais rapidamente, esse conjunto de fatores pode repercutir na prática do AM e na sua demanda livre.

Deve-se ressaltar que não foi possível encontrar na literatura estudos com resultados semelhantes ao deste, uma vez que a maioria das pesquisas relatam os benefícios materno-fetais da atividade física durante a gravidez e a amamentação, incentivando a retomada gradual das atividades físicas subsequentes ao parto, sendo uma das ações que contribuem para prevenção da obesidade materna (FALIVENE; ORDEN, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Ao contrário do presente estudo, algumas pesquisas encontraram associações positivas do exercício físico e o aleitamento materno, como o estudo realizado em Lisboa com 475 puérperas que evidenciou que a prática do exercício físico foi um dos fatores que influenciou a decisão da mulher em amamentar aos três e seis meses (SANDES *et al.*, 2007).

Achados semelhantes foram encontrados no estudo longitudinal de Gouveia *et al.* (2017) que mostrou que as mulheres que praticavam exercício físico na gestação amamentaram por mais tempo. Verificou-se que a duração do AME aos três ( $p=0,027$ ) e seis meses ( $p=0,047$ ) foi maior entre as mães que praticaram exercício físico durante a gravidez.



Outras pesquisas que se propuseram a avaliar o efeito do exercício físico na amamentação não encontraram efeitos adversos dessa prática sobre a lactação, como o de Amorim e Linne (2013). Revisão sistemática que investigou o efeito da atividade física com ou sem restrição calórica na amamentação identificou que não houve diferença no volume de leite, no crescimento da criança e nos níveis de prolactina no plasma, demonstrando que a atividade física não afetou o aleitamento materno (AMORIM; LINNE, 2013).

Outro fator que esteve relacionado com a duração do AM na presente pesquisa foi o retorno da mulher ao trabalho e/ou estudo. As mulheres que retornaram a essas atividades no segundo e quarto mês pós-parto tiveram respectivamente 10,1 e 4,1 vezes mais chances de não estar amamentando no sexto mês do que aquelas que não retornaram para essas atividades ( $p=0,017$ ;  $p=0,047$ ).

Dessa forma, os dados aqui apresentados evidenciam que o fato da mulher estar trabalhando ou estudando interferiu negativamente na continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida. Isso foi confirmado em outros estudos como o de Maranhão *et al.* (2015) que evidenciou que o retorno às atividades escolares no terceiro mês pós-parto interferiu na continuidade do AM.

Estudo conduzido nos Estados Unidos também constatou que as mulheres que haviam retornado à escola ou ao trabalho no terceiro mês pós-parto eram 2,4 vezes mais propensas a interromper o aleitamento materno. Os dados sugeriram que as exigências próprias das atividades escolares levam ao distanciamento temporário entre a mãe e o recém-nascido, o que contribui para o desmame precoce, pois o aleitamento, que deveria ser em livre demanda, passa a ter “hora marcada” para ocorrer de acordo com a rotina materna de atividades fora do lar (TAVERAS *et al.*, 2003).

Essa associação também foi confirmada em uma revisão sistemática que investigou os fatores determinantes do AM em vários estados brasileiros revelando que o trabalho materno esteve significativamente associado ao AM em menores de um ano, e ao AME em menores de seis meses, demonstrando que a

amamentação é prejudicada pelo retorno da mulher ao trabalho (UEMA *et al.*, 2015).

Estudo realizado no interior de São Paulo também demonstrou que mães que trabalham fora e sem licença-maternidade têm três vezes mais chance de desmamarem precocemente seus filhos (QUELUZ *et al.*, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Souza *et al.* (2012) em Londrina, o qual evidenciou que o trabalho exercido pela mãe demonstrou associação à menor oferta de AM, em comparação com mulheres que não trabalham fora ou estavam em licença-maternidade.

Já os fatores relacionados com a exclusividade do AM foram a visita domiciliar, orientação sobre AM na visita e retorno ao trabalho e/ou estudos.

A variável não recebeu visita domiciliar está associada com a não exclusividade do AM tanto aos dois ( $p=0,013$ ) como aos quatro meses ( $p=0,032$ ), sendo que as mulheres que não receberam visita domiciliar no pós-parto tiveram respectivamente 3,1 e 2,4 vezes mais chances de não praticar a exclusividade do AM nesses períodos. Além disso, a falta de orientação acerca do AM no momento da visita domiciliar também esteve associada com a não exclusividade da amamentação no segundo mês ( $p=0,030$ ).

Nesse contexto, diversas pesquisas vêm demonstrando a importância da visita domiciliar na promoção do aleitamento materno e na manutenção desta prática. Dias, Boery e Vilela (2016) defendem que a visita domiciliar é uma das estratégias de atuação do enfermeiro para intervir no ambiente familiar, sendo a oportunidade de identificar o significado do aleitamento para a nutriz e seus familiares, além de abordar conhecimentos teórico-práticos visando o fortalecimento da amamentação.

Assim, o apoio provido à mulher e sua família para a prática de amamentar, a escuta e valorização das necessidades das puérperas, bem como a orientação acerca do manejo da amamentação e dos riscos da alimentação artificial precoce são os fatores envolvidos na realização da visita domiciliar que contribuem para extensão da duração do aleitamento materno (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Um ECR que testou o uso de um modelo de cuidado com visitas domiciliares comparado ao modelo tradicional ambulatorial evidenciou que as mulheres que receberam as visitas domiciliares estavam mais propensas a amamentar tanto até duas semanas ( $p=0,04$ ) como até dois meses pós-parto ( $p=0,05$ ) quando comparadas com as mulheres do outro grupo (IAN; JESSICA, ERY, 2012).

Esse estudo concluiu que as visitas domiciliares de enfermagem são uma alternativa segura e efetiva que deve ser praticada, uma vez que propicia conhecer melhor a realidade e ambiente familiar da mulher, contribuindo para o planejamento dos cuidados de saúde e acompanhamento da amamentação (IAN; JESSICA, ERY, 2012).

Corroborando com esses resultados, pesquisa realizada sobre as necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação, abordou sobre a importância do sistema de saúde incluir a família da nutriz no processo de amamentação e, também, levar o serviço de saúde para a realidade na qual vive a mulher, como forma de facilitar o acesso à informação e ao atendimento de saúde (SCHIMODA, SILVA, 2010).

O uso de intervenções de suporte ao aleitamento materno no cuidado de saúde provido pela atenção primária, como o apoio profissional e a educação formal contribui para mudança de comportamento (DOMINGOS, 2016).

No estudo de Adamy *et al.* (2017) os pesquisadores também defendem que a visita domiciliar e a assistência provida por meio dela são fatores que contribuem para a superação de dificuldades e para a manutenção do AM. Nesse estudo a aplicação do processo de enfermagem na assistência às puérperas no ambiente domiciliar possibilitou identificar necessidades específicas relacionadas à prática do AM, planejar as intervenções de enfermagem, bem como avaliar a evolução destas.

Devido à importância desta temática compreende-se que a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar contribui para melhores resultados na prática

do AM, por meio do incentivo, apoio e orientação à amamentação baseados em evidências científicas.

Além disso, a orientação sobre o AM nos momentos de contato dos profissionais com as puérperas é fundamental para prover informações e ajudar a mulher a conquistar as habilidades necessárias. Um estudo realizado em Santa Catarina demonstrou que para melhorar a prática da amamentação são necessárias orientações não somente sobre o processo de aleitamento materno, mas também sobre as técnicas e posicionamento adequados, a fim de prevenir e minimizar desconfortos ligados à mamada e que podem contribuir para o desmame precoce (BENEDETT *et al.*, 2014).

A falta ou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde também pode interferir no processo da amamentação, portanto destaca-se a necessidade de valorização do cuidado integral, acompanhando a mulher desde o pré-natal até o pós-parto tardio (SILVA *et al.*, 2014).

Por fim, o retorno da mulher ao trabalho e/ou estudos influenciou não só a duração do AM como também a sua exclusividade. O retorno da mulher às atividades de trabalho e/ou estudo no quarto mês pós-parto esteve associado com a variável não amamentar exclusivo tanto no quarto mês ( $p < 0,001$ ) como no sexto mês ( $p = 0,030$ ), configurando-se como um dos fatores responsáveis pela interrupção da exclusividade do AM.

Esse achado também foi corroborado pela pesquisa recente de Maranhão *et al.* (2015) no Piauí, a qual revelou que mães adolescentes que voltaram a estudar apresentaram 14% maior chance de interromperem o aleitamento materno exclusivo, quando comparadas àquelas que não frequentavam a escola ( $p = 0,004$ ), demonstrando que é um fator relacionado à exclusividade.

Esse achado é corroborado por outros estudos, como o de Baptista, Andrade e Giolo (2009), em que o trabalho materno foi elencado como um dos fatores responsáveis pelos desmame precoce e o de Damião (2008) o qual evidenciou que entre as mulheres que não trabalhavam a frequência do AME era

o dobro quando comparado com aquelas que tinham alguma atividade ocupacional.

Pesquisa recente também evidenciou que mulheres que não trabalhavam fora ou estavam em licença-maternidade apresentaram mais chances de estarem em AME. Os bebês das mulheres que receberam o benefício de licença-maternidade mostraram até quase cinco vezes mais chances de receberem AME (SOUZA *et al.*, 2012).

Deve-se ressaltar que o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho no Brasil é uma das transformações sociais que vem ocorrendo desde os anos 70. As estatísticas apontam a presença cada vez mais intensa da mulher no mercado de trabalho brasileiro e não demonstra nenhuma tendência de retrocesso, essa inserção implica em uma mudança no comportamento da mulher em relação à amamentação (BARBOSA *et al.*, 2015).

A retomada das atividades laborais após o parto afasta as mães de seus filhos por cerca de 8 horas diárias, levando-as a abandonar precocemente o aleitamento materno devido à necessidade de deixarem seus filhos sendo cuidados por outras pessoas no domicílio ou em creches (SOUZA *et al.*, 2012).

Neste contexto, a ampliação da licença-maternidade de quatro para seis meses parece ser um importante investimento para melhorar as prevalências de aleitamento materno exclusivo no Brasil (UEMA *et al.*, 2015)

Percebe-se assim que o retorno da mulher para atividades fora do seu lar reduz o tempo que ela dedica aos cuidados com o filho e à sua alimentação, sendo que a introdução precoce de outros tipos de leite ou alimentos é a alternativa escolhida por muitas delas.

A dificuldade em realizar a ordenha e armazenar o leite para a alimentação da criança, ou a falta de conhecimento e habilidade para realizar essa prática faz com que as mulheres antes de retornarem ao trabalho já comecem a adaptar a dieta da criança e a prepará-la para isso.

Diante dessas circunstâncias a amamentação pode acabar ficando restrita aos períodos em que a mulher se encontra em casa, ou nos casos de desmame precoce ela é interrompida completamente.

### **8.5 Número necessário para tratar: Análise do efeito da intervenção educativa por telefone**

Um modo adicional de se medir o impacto de uma intervenção que vem se tornando popular nos últimos anos é o número necessário para tratar (NNT). Essa medida representa o número de pacientes que se precisa tratar para se prevenir um evento indesejado (CULLUM *et al.*, 2010).

Os dados aqui apresentados evidenciam que o número necessário para tratar utilizando uma intervenção educativa por telefone de longa duração para promoção do aleitamento materno foi de 8 mulheres. Essa medida clínica demonstra a magnitude do efeito da intervenção educativa por telefone, e permite compreender que vale a pena proporcionar a 8 pessoas uma intervenção segura até o quinto mês pós-parto como a que foi proposta nesse estudo para prevenir que uma mulher interrompa a prática do AM antes dos 180 dias de vida do bebê.

Além disso, os resultados desse estudo permitem compreender que mesmo que os serviços de saúde não tenham suporte ou as condições necessárias para realizar uma intervenção de longa duração até o quinto mês pós-parto, o uso de intervenções até o primeiro ou terceiro mês também podem ser eficazes para impactar nas taxas de AM em curto prazo. Isso é reforçado pelo fato de que o NNT para evitar que uma mulher venha a interromper o AM antes dos 60 ou 120 dias foi de 6 mulheres, sendo um número consideravelmente baixo e acessível, que também justifica a escolha desse tipo de intervenção.

Apesar de ser uma medida bastante utilizada em estudos clínicos, principalmente em estudos da área médica e farmacológica, observa-se na área da enfermagem que o uso dessa medida nos estudos desenvolvidos pela profissão ainda é pouco evidente, dificultando a comparação dos resultados aqui encontrados com os de outros pesquisadores.

Devido a isso, para estabelecer essa comparação utilizou-se alguns estudos que foram incluídos na revisão sistemática de literatura desta tese. Apesar dos estudos não terem abordado o NNT, esse cálculo foi feito a partir dos dados originais dos estudos.

Deve-se ressaltar que as intervenções dos estudos aqui discutidos impactaram somente nas taxas de AME e não nas taxas de AM geral, tendo sido utilizado portanto a taxa de interrupção do AME para o cálculo do NNT.

No estudo de Tahir e Al-Sadat (2016) os autores utilizaram um suporte por telefone até o sexto mês pós-parto provido por consultores em lactação, os resultados evidenciaram que a intervenção foi eficaz para aumentar as taxas de AME no primeiro mês pós-parto (GI:84,3% GC:74,7%  $p=0,042$ ), sendo que para evitar que uma mulher venha a interromper o AME no primeiro mês é necessário tratar 11 mulheres (NNT).

Já o estudo de Flax *et al.* (2016) que utilizou uma intervenção por telefone até o sexto mês pós-parto encontrou que ela foi eficaz para aumentar a exclusividade do AM no grupo intervenção aos 180 dias (GI: 64% GC:43%  $p<0,01$ ), sendo o NNT encontrado de 5.

Em relação aos estudos que utilizaram intervenções por telefone de curta duração, o estudo de Fu *et al.* (2014) foi o único que foi eficaz para aumentar as taxas de AM no primeiro e segundo mês e de AME no primeiro mês. Com o uso da intervenção proposta por esses pesquisadores para evitar que uma mulher interrompa o AME no primeiro mês é necessário tratar 9 mulheres (NNT), já para evitar que uma mulher venha a interromper o AM no primeiro e segundo mês é necessário respectivamente um NNT de 10 e 11.

Assim, ao comparar o estudo acima com a presente pesquisa percebe-se uma diferença considerável no NNT, uma vez que neste estudo o NNT para evitar que uma mulher interrompa o AM aos dois meses foi de 6, quase metade do NNT encontrado na pesquisa de Fu *et al.* (2014).

Os efeitos das intervenções dos estudos acima demonstram que são necessários baixos NNTs para alcançar bons resultados em relação ao AM. Apesar disso, os NNTs encontrados referem-se a períodos mais curtos como o primeiro e segundo mês pós-parto.

Diante disso, percebe-se que os NNTs aqui encontrados são de significância clínica, uma vez que revelou que a intervenção educativa proposta é efetiva sendo necessário tratar um baixo número de mulheres para impedir a



interrupção do AM tanto no segundo, como no quarto e sexto mês de vida da criança.

Ressalta-se que o uso do suporte por telefone para promoção do AM é apenas uma opção de intervenção a ser utilizada, existindo diversas outras estratégias que já foram testadas para a promoção do AM, como a musicoterapia, orientação no pré-natal, aconselhamento por pares, visitas domiciliares (VIANNA et al., 2012; BONUCK et al., 2014; LEITE et al., 2005).

Com relação a isso, um ECR desenvolvido por Vianna *et al.* (2012) no Brasil avaliou o uso de sessões de musicoterapia três vezes por semana com duração de 60 minutos a bebês prematuros e encontrou que o aleitamento materno foi significativamente mais frequente no grupo da musicoterapia na primeira consulta de seguimento que ocorreu entre 7 e 15 dias ( $p = 0,03$ ), sendo o NNT encontrado de 5,6. O GI também apresentou índices mais elevados de AM aos 30 e 60 dias, mas esses resultados não foram estatisticamente significantes.

Apesar do baixo NNT encontrado no estudo de Vianna et al. (2012) nota-se que ele trabalhou com uma população diferente que foi a de bebês prematuros, os quais têm necessidades especiais, não sendo possível afirmar que esse tipo de intervenção teria os mesmos efeitos para bebês a termo.

Outro estudo desenvolvido em Nova York testou a eficácia de intervenções realizadas na atenção primária no pré e pós-natal sobre o AM. Foi avaliado o uso de duas intervenções de forma separadas e associadas comparando com um grupo controle que recebeu os cuidados habituais. A primeira intervenção testada foi o uso de orientações eletrônicas por prestadores de cuidado pré-natal, com base em perguntas para avaliar o conhecimento da mulher e os seus planos acerca do AM, além do suporte social que ela tinha. A segunda intervenção consistiu em duas consultas pré-natal, uma visita hospitalar e telefonemas regulares no pós-parto até 3 meses, realizado por consultores em lactação. Quando necessário esse grupo também recebeu visitas domiciliares no pós-parto (BONUCK *et al.*, 2014).

Não houve diferença entre o grupo que recebeu somente a primeira intervenção e o grupo controle. Já os grupos que receberam a segunda

intervenção, e a segunda intervenção associada com a primeira tiveram maiores índices de AM no 3º mês pós-parto quando comparado ao GC, sendo o NNT de 8 para a segunda intervenção e de 11 para a associação da segunda com a primeira intervenção (BONUICK *et al.*, 2014).

No Brasil, um ECR realizado em maternidades de Fortaleza avaliou a eficácia dos aconselhamentos por pares no ambiente domiciliar da mulher sobre o aumento das taxas de AM em bebês de baixo peso ao nascer. As mulheres que participaram do grupo intervenção receberam visitas domiciliares com 5, 15, 30, 60, 90 e 120 dias após o parto. O estudo demonstrou que a intervenção aumentou o percentual de aleitamento materno exclusivo (24,7% contra 19,4%;  $p = 0,044$ ), sendo que o número necessário de famílias a serem visitadas para evitar que uma criança venha a receber aleitamento artificial (NNT) foi de 7 (LEITE *et al.*, 2005).

Os três estudos citados anteriormente apesar de utilizarem intervenções diferentes da presente pesquisa e em alguns casos terem estudado populações com características diferentes ao desta, como bebês prematuros e com baixo peso ao nascer também alcançaram baixos NNTs, demonstrando que existe uma variedade de opções que podem ser utilizadas para evitar a interrupção precoce do AM ou da sua exclusividade.

Dessa forma, o conhecimento dos NNT das diversas intervenções e tecnologias disponíveis para a promoção do AM, bem como das populações e condições em que elas foram aplicadas facilitam a decisão clínica do enfermeiro e demais membros da equipe e gestores de saúde na escolha das estratégias utilizadas para cada contexto.

## 9 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Apesar do rigor metodológico no desenvolvimento dessa pesquisa, alguns fatores podem ser considerados como limitações para a generalização dos seus resultados. A restrição do estudo a uma única maternidade do município de Fortaleza-CE impacta na abrangência do estudo, uma vez que os dados não são representativos de todo o estado do Ceará, já que em outros municípios a população de lactantes, bem como a prática do aleitamento materno pode ter um perfil diferente, conforme já mostrou a última pesquisa de Prevalência Nacional do Aleitamento Materno (VENÂNCIO *et al.*, 2010).

Além disso, participaram da pesquisa apenas mulheres atendidas no serviço público de saúde desse município, não contemplando as mulheres que são atendidas nos serviços privados que, muitas vezes, vivenciam realidades diferentes e talvez bem piores.

Embora o uso do telefone tenha permitido inúmeras contribuições para essa pesquisa, como o acompanhamento de um número considerável de mulheres ao longo do tempo sem a necessidade de se deslocar ao serviço de saúde, também se evidenciaram algumas limitações, como a perda de participantes pela falta de contato telefônico. A mudança de números, perda de aparelhos celulares, telefone fora de área e contatos telefônicos de parentes são fatores que causaram a descontinuidade de muitas mulheres no estudo.

Somado a isso, o uso da intervenção educativa somente por telefone não propiciou o contato presencial entre pesquisadora e participantes, o que dificulta a formulação do vínculo entre profissional e paciente, a observação dos aspectos físicos e psicológicos pelos quais a mulher está passando, bem como o apoio prático à amamentação. Dessa forma, é importante que o uso de intervenções educativas por telefone esteja associado ao acompanhamento presencial dos sujeitos.

Outro aspecto que foi observado foi a saturação de algumas participantes do estudo quanto as ligações para avaliação do desfecho, principalmente do grupo controle, por se tratarem das mulheres que só recebiam esse tipo de ligação. Para a aplicação da escala de autoeficácia e do formulário

de acompanhamento na avaliação do desfecho era necessário um tempo mais prolongado de contato telefônico, devido a isso, e a repetição dessas ligações ao longo dos seis meses, algumas mulheres se mostravam pouco receptivas e/ou bastante objetivas nas suas respostas, o que dificultava a aplicação dos instrumentos.

Por se tratar de uma intervenção educativa a dificuldade de cegamento do pesquisador principal e dos participantes também são fatores que podem afetar o estudo. Como alternativa percebe-se a necessidade de realizar ligações “placebo” para o grupo controle, de forma que ambos os participantes não saibam a qual grupo pertencem.

Dessa forma, espera-se que as limitações desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras, contribuindo para o seu delineamento. A análise da relação custo-efetividade desse tipo de intervenção, a aplicação em mais de uma cidade do Ceará e outras regiões do Brasil, a inclusão de usuárias do sistema público e privado de saúde, a associação do suporte por telefone com intervenções presenciais, bem como a realização de intervenções “placebo” para o grupo controle são aspectos que podem ser investigados por outros pesquisadores.

## 10 CONCLUSÃO

Por meio desse estudo percebe-se a importância de utilizar estratégias educativas para reforçar a confiança materna em amamentar e trabalhar os fatores e dificuldades que possam interferir na autoeficácia materna e no aleitamento materno.

Os resultados desse estudo comprovaram as hipóteses apresentadas, uma vez que a intervenção educativa mediada por telefone foi capaz de elevar a autoeficácia das mulheres do grupo intervenção e impactar na duração e exclusividade do aleitamento materno. As puérperas que participaram do grupo intervenção apresentaram maiores escores de autoeficácia tanto aos dois, como aos quatro e seis meses quando comparado com o controle. Além disso, 100% das mulheres que receberam a intervenção e permaneceram no estudo até o final do acompanhamento apresentaram autoeficácia elevada nesses três momentos de avaliação.

Identificaram-se maiores índices de aleitamento materno no grupo intervenção até os seis meses de vida da criança, mantendo-se sempre acima de 90% em todos os momentos de avaliação. Somado a isso, esse grupo apresentou maiores chances de estar amamentando no segundo, quarto e sexto mês pós-parto do que o grupo controle.

Os efeitos da intervenção também repercutiram em maiores índices de aleitamento materno exclusivo no sexto mês, sendo que as mulheres do grupo intervenção tiveram 3,4 vezes mais chances de estarem amamentando exclusivamente do que o grupo controle nesse período. Já no segundo e quarto mês pós-parto a intervenção não repercutiu nas taxas de AME.

Além disso, a mediana de duração final do aleitamento materno e exclusivo foi maior entre as mulheres que receberam a intervenção educativa (GI:180 dias GC:150 dias). Em relação a isso, o grupo controle amamentou cerca de um mês a menos que o grupo intervenção, e praticou a exclusividade do aleitamento somente por 61,5 dias, enquanto o grupo intervenção o fez por 110 dias.

Os maiores índices de aleitamento materno geral e exclusivo, bem como a sua maior duração entre as mulheres que receberam a intervenção por telefone demonstra que o uso de intervenções educativas de longa duração por telefone são benéficas e eficazes para a promoção do aleitamento materno.

Por fim, com esse estudo foi possível comprovar a tese proposta de que uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone e centrada nos princípios da autoeficácia é eficaz para a promoção da autoeficácia em amamentar e para a maior duração e exclusividade do aleitamento materno.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um aspecto desse estudo que contribuiu para os resultados alcançados foi a longa duração da intervenção, ocorrendo de forma contínua e distribuída ao longo dos seis meses de vida da criança, repercutindo assim na amamentação não só a curto, como a longo prazo também.

Dessa forma, o uso do telefone como suporte para a realização de intervenções educativas configura-se como uma estratégia potencial para a prática educativa, ampliando o campo de atuação da enfermagem. Apesar das limitações associadas ao uso dessa tecnologia, se ela for empregada corretamente pode trazer benefícios para as populações trabalhadas, uma vez que otimiza o tempo e pode ser utilizada para atingir um grande número de usuários.

O baixo número necessário para tratar (NNT=8) também justifica a escolha dessa intervenção, uma vez que é necessário acompanhar um pequeno número de mulheres para alcançar os resultados desejados.

Diante disso, os profissionais de saúde e, em especial, o profissional enfermeiro tem um papel fundamental na educação em saúde da população, devendo utilizar estratégias e ações que fortaleçam a motivação e a confiança de cada mulher para práticas promotoras de saúde.

Deve-se ressaltar que o uso dessa estratégia não deve substituir as demais formas de cuidado e ações educativas realizadas ao longo do puerpério. Pelo contrário, vislumbra-se como uma possibilidade que pode ser agregada àquelas já utilizadas na atenção básica à saúde, como forma de facilitar o acesso, orientação, apoio e acompanhamentos das puérperas e seus filhos no que diz respeito à alimentação da criança, como também em relação a diversos outros aspectos que permeiam esse período da vida.

Diante das inúmeras contribuições do aleitamento materno para a saúde da mãe e da criança, essa prática tem papel fundamental na promoção da saúde do binômio mãe-filho. Porém, devido aos inúmeros fatores que interferem na manutenção do aleitamento materno e que são responsáveis por baixas prevalências do AM e do AME tanto em Fortaleza, como no Brasil, é

necessário o suporte e incentivo constante para essa prática, utilizando estratégias e tecnologias inovadoras que repercutam positivamente na realidade vislumbrada.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, F.C.P.; FABBRO, M.R.C.; WERNET, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva. **Rev RENE**, v.14, n.3, p.610-619, 2013.
- ADAMY, E.K.; LOPES, P.L.; GOULART, M.P.; FRIGO, J.; ZANOTELLI, S.S. Amamentação no puerpério imediato: relato de experiência da implementação do processo de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, Supl. 1, p.462-9, 2017
- ALMEIDA, I.S.A.; PUGLIESI, Y.; ROSADO, L.E.P. Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: revisão sistemática. **FEMINA**, v.48, n.3, p. 98-103, 2015.
- AMARAL, L.J.X.; SALES, S.S.; CARVALHO, D.P.S.R.P.; CRUZ, G.K.P.; AZEVEDO, I.C.; JÚNIOR, M.A.F. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp, p.127-34, 2015.
- AMORIM, A.R.; LINNE, Y.M. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.23, CD005627, 2013.
- ANSARI, S.; ABEDI, P.S.B. The Effect of Interventional Program on Breastfeeding Self-Efficacy and Duration of Exclusive Breastfeeding in Pregnant Women in Ahvaz, Iran. **International Scholarly Research Notices**, v.1, p.1-6, 2014.
- ARAÚJO, O.D.; CUNHA, A.L.; LUSTOSA, L.R.; NERY, I.S.; MENDONÇA, R.C.M.; CAMPELO, S.M.A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**, v.61, n.4, p.488-92, 2008.
- AWANO, M.; SCHIMADA, K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: a quasi-experimental study. **International Breastfeeding Journal**, v. 5, n. 9, p. 1-10, 2010.
- AZZI, R.G.; POLYDORO, S. Autoeficácia proposta por Albert Bandura. In: AZZI, R. G.; POLYDORO, S. (Org.). **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas: Alínea, 2006. p. 9-23.
- BAKER, J.L. *et al.* High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding among Danish women. **Am J Clin Nutr**, v. 86, p. 404-411, 2007.
- BANDINELLI, L.P.; GONÇALVES, H.A.; FONSECA, R.P. A entrevista motivacional e sua aplicabilidade em diferentes contextos: uma revisão sistemática. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v.13, n.1, p.26-34, 2015.

- BANDURA, A. A Teoria Social Cognitiva na Perspectiva da Agência. Em: BANDURA, A.; AZZI, R. G. e POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. São Paulo: Artmed, 2008b. p. 69-96.
- BANDURA, A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **Journal of Management**, v.38, n.1, p.9-44, 2012.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v.84, n.2, p.191-215, 1977.
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. São Paulo: Artmed, 2008.
- BANDURA. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, v.25, p.729-35, 1989.
- BANDURA. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S. R. Factors associated with duration of breastfeeding for children of low-income families from southern Curitiba, Paraná State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.3, p. 596-604, 2009.
- BARBOSA, L.M.; SANTOS, N.C.; MORAES, M.A.M.; RIZZARDI, S.C.; CORRÊA, E.C. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá – MT. **Esc Anna Nery**, v.19, n.1, p.147-53, 2015.
- BARGE, S.; CARVALHO, M. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. **Rev Port Clin Geral**, v. 27, n.5, p. 518-525, 2011.
- BARTICK, M.C. *et al.* Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. **Obstet gynecol**, Hagerstown, v.122, n.1, p.111-9, 2013.
- BASTABLE, S.B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BENEDETT, A.; SILVA, I. A.; FERAAZ, L.; OLIVEIRA, P.; FRAGOSO, E.; OURIQUE, J. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 136-140, 2014.
- BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C. L.; MOYLE, W.; PRATT, J.; DE VRIES, S. M. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, v. 29, n. 4, p. 278-284, 2002.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M. Relationship Between Breastfeeding and Hospitalization Due to Diarrheal Diseases Among Children Under one Year of Life in Brazilian State Capitals and the Federal District. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2011.

BONUCK, K.; STUEBE, A.; BARNETT, J.; LABBOK, M.H.; FLETCHER, J.; BERSTEIN, P.S. Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intesity. **Am J Public Health**, v.104, suppl1, p.119-27, 2014.

BOUTRON, I.; ALTMAN, D.G.; MOHER, D.; SCHULZ, K.F.; RAVAUD, P. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. **Ann Intern Med.**, v. 177, n.1, p.40-47, 2017.

BOWATTE, G.; THAM, R.; ALLEN, K.J. *et al.* Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr**, v.104, suppl.1, p.85-95, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. 2. ed. atualiz. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasil tem o maior número de doadores de leite humano do mundo. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22403-brasil-tem-o-maior-numero-de-doadoras-de-leite-humano-do-mundo>. Acesso em: 01 de junho de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1920 de 05 de setembro de 2013**. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança. **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

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

BURGOS, M.G.; MEDEIROS, M.C.; BION, F.M.; PESSOA, D.C. The effect of alcoholic beverages in nursing mothers and their impact on children. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.2, n.2, p.129-35, 2002.

CABIESES, B. *et al.* What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: A multi-methods, multi-ethnic study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, p.50, 2014.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

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

CARVALHO, O.M.C. *et al.* Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Rev Rene**, v.15, n.1, p.99-107, 2014.

CASEY, D. Using action research to change health promoting practice. **Nursing & Health Sciences**, v.9, n.1, p.5-13, 2007.

CAVALCANTI, C.R.P. Crenças de autoeficácia: uma perspectiva sociocognitiva no ensino do instrumento musical. **Revista da ABEM**, v.21, p.93-102, 2009.

CHAVES, A.F.L. **Intervenção educativa por telefone para melhoria da autoeficácia materna em amamentar**: ensaio clínico randomizado controlado. 126f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2016.

CHEZEM, J. C.; FRIESEM, C.; BOETTCHER, J. Breastfeeding knowledge, Breastfeeding Confidence, and infant feeding Plans: Effects on Actual Feeding Practices. **JOGNN Clinical Researcher**, v. 32, n.1, p. 40-47, 2006.

CLAPIS, C.V., FABBRO, M.R.C., BERETTA, M.I.R. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.4, p.704-10, 2013.

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

COUTINHO, Clara Pereira. Tecnologia educativa e currículo: caminhos que se cruzam ou se bifurcam? **Revista Teias**, v. 8, n. 15-16, 2007. Disponível em: - <http://www.revistateias.proped.pro.br/index.php/revistateias/article/view/176/174> . Acesso em: 03 jun. 2016.

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

CULLUM, N.; HAYNES, R.B.; CILISKA, D.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências**: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho materno no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.11, n.3, p.442-52, 2008.

DENNIS, C. L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assesment of the Short Form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n.6, p. 734-744, 2003.

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

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

DENNIS, C.L. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Res Nurs Health**, v.29, n.4, p.256-68, 2006.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing & Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DENNIS, C.L.; HODNETT, E.; GALLOP, R.; CHALMERS, B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. **CMAJ**, v.166, n.1, p.21-8, 2002.

DENNIS, C.L; HEAMAN, M; MOSSMAN, M. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **J Adolesc Health**, v.49, n.3, p.265-71, 2011.

DIAS, R.B.; BOERY, R.N.S.O.; VILELA, A.B.A. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.8, p.2547-536, 2016.

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

DILORIO, C. *et al.* A telephone-based self-management program for people with epilepsy. **Epilepsy Behav**, v.14, n. 1, p.232-236, 2009.

DODT, R.C.M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. Tese (Doutorado). 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. *et al.* Album series about breastfeeding: breastfeeding mothers with educational intervention in immediate postpartum. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.5, p.1469-1474, 2013.

\_\_\_\_\_. *et al.* Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, p.725-32, 2015.

\_\_\_\_\_. *et al.* Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.610-8, 2013.

DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B.; ORIÁ, M.O.B. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.2, p.225-30, 2012.

DOMINGOS, K.B.; GROSSMAN, D.C.; CURRY, S.J. *et al.* Primary Care Interventions to Support Breastfeeding. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, v.316, n.16, p.1688-93, 2016.

EDWARDS, R. A.; BICKMORE, T.; JENKINS, L.; FOLEY, M.; MANJOURIDES, J. Use of an Interactive Computer Agent to Support Breastfeeding. **Matern Child Health J.**, n.17, p, 1961–1968, 2013.

EFRAT, M.W. *et al.* The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. **Health Education Journal**, v.74, n.4, p.424-441, 2015.

ELLIOT-RUDDER, M. Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial. **Acta Paediatr**, v.103, n.1, p.11-16, 2014.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Factors influencing breastfeeding decision and duration. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FALIVENE, M.A.; ORDEN, A.B. Fatores do comportamento materno que influenciam a retenção de peso pós-parto. Implicações clínico-metabólicas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.17, n.2, p.261-70, 2017.

FIALHO, F.A.; LOPES, A.M.; DIAS, I.M.A.V.; SAVADOR, M. Fatores associados ao desmame precoce. **Rev Cuidarte**, v.5, n.1, p.670-8, 2014.

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

FIGUEIREDO, B. *et al.* Breastfeeding and postpartum depression:state of the art review. **J pediatr**, Rio de Janeiro, v.89, n.4, p. 332-338, 2013.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRÃO A.C.F.V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.6, p.1291-7, 2013.

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

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia Clínica**: Elementos essenciais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FORTALEZA, 2014. Disponível em:

<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/gonzaguinha-de-messejana-inaugura-posto-de-coleta-1.1107727>. Acesso: 01 mai. 2016

FORTALEZA, 2015. Disponível em:  
<http://blog.opovo.com.br/blogdoeliomar/gonzaguinha-de-messejana-chega-aos-29-anos-como-campeao-de-partos-em-fortaleza/>. Acesso: 01 mai. 2016.

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

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

GALVÃO, T.F.; PEREIRA, M.G. Revisão sistemática da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.1, p. 183-184, 2014.

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

GERD, A. *et al.* Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. **Acta paediatr**, Stockholm, v.101, n.1, p.55-60, 2012.

GERHARDSSON, E. *et al.* The Swedish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Reliability and validity assessment. **Journal of Human Lactation**, v.30, n.3, p.340-5, 2014.

GIGLIA, R.C.; BINNS, C.W. Patterns of alcohol intake of pregnant and lactating women in Perth, Australia. **Drug Alcohol Rev**, v.26, n.5, p.493-500, 2007.

GILHAM, S.; ENDACOTT, R. Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: a randomized controlled trial. **Clin Rehabil.**, v.24, n.9, p.822-830, 2010.

GIULIANI, N.R.; OLIVEIRA, J.; SANTOS, B.Z.; BOSCO, V.L. Prevalência do Início do Desmame Precoce em duas Populações Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.11, n.2, p.239-44, 2011.

GLASSMAN, M.E. *et al.* Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican Community. **Breastfeeding Medicine**, v.9, n.6, p.301-7, 2014.

GOUVEIA, R. *et al.* Gravidez e exercício físico: mitos, evidências e recomendações. **Acta Med Port**, v.20, p.209-214, 2007.

GROSS, S.M. *et al.* Early postpartum: A critical period in setting the path for breastfeeding success. **Breastfeeding Medicine**, v.6, n.6, p.407-412, 2011.

GUANILO, M.C.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1260-1266, 2011.



GUIMARÃES, C.M.S.; CONDE, R.G.; GOMES-SPONHOLZ, F.A.G.; ORIÁ, M.O.B.; MONTEIRO, J.C.S Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paul Enferm.** v.30, n.1, p.109-15, 2017.

GUSMÃO, A.M.; BÉRIA, J.U.; GIGANTE, L.P.; LEAL, A.F.; SCHERMANN, L.B. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3357-68, 2013.

HAGGKVIST, A. *et al.* Prevalence of breastfeeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breastfeeding. **Public Health Nutri**, v.13, n.12, p.20176-2086, 2010.

HAROON S. *et al.* Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**, v.13, n.3, S20, 2012.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (Ed.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**. Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration. 2009

HODINOTT, P. *et al.* Process evaluation for the FEeding Support Team (FEST) randomised controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. **BMJ Open**, v.2, p.1- 12, 2012.

HORTA, B.L.; DE MOLA, C.L.; VICTORA, C.G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr**, v.104, suppl.1, p.30-37, 2015.

HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. **Long-term effects of breastfeeding**: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013a

HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. **Short-term effects of breastfeeding**: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization, 2013b.

HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. Breastfeeding and adult intelligence - Authors' reply. **Lancet glob health**, v. 3, n.9, p.522, 2015.

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

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

INGRAM, L. *et al.* Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. **CMAJ**, v.182, n.16, p.1739-1746, 2010.

IP, W.Y. *et al.* Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. **Research in Nursing & Health**, v.35, n.5, p.450–459, 2012.

JAGER, E. *et al.* Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Midwifery**, v.29, p.506–18, 2013.

JAVORSKI, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo aos dois meses de vida da criança**. Tese (Doutorado). 124 fl. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

KOOLS, E.J.; THIS, C.; DE VRIES, H. The behavioral determinants of breastfeeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breastfeeding. **Health educ behav**, v.32, p.809-824, 2005.

KRONBORG, H.; VAETH, M. The influence of psychosocial factors of the duration of breastfeeding. **Scand j public health**, v.32, p.210-216, 2004.

KU, C.M.; CHOW, S.K. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **J Clin Nurs**, v.9, n.17, p.2434-45, 2010.

LARANJEIRA, R.; PINSKI, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev Bras Psiquiatr**, v.32, n.3, p.231-41, 2010.

LEAL, A.B.; SOUSA, A.F.; FLORENTINO, E.C.L.; SILVA, L.R.B.; MENEZES, C.C. Perfil do aleitamento materno exclusivo e fatores determinantes do desmame precoce em município do semi-árido da Região Nordeste. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.16, n.3, p.84-91, 2014.

LEATHERMAN, S. *et al.* Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. **Health Policy Plan**, v.25, p.85-101, 2012.

LEATHERMAN, S.; DUNFORD, C. Linking health to microfinance to reduce poverty. **Bull World Health Organ**, v.88, p.470-471, 2010.

LEITE, A.J.; PUCCINI, R.F.; ATALAH, A.N.; ALVES DA CUNHA, A.L.; MACHADO, M.T. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. **Acta Paediatr**, v.94, n.6, p.741-6, 2005.

LEONE, C. R.; SADECK, L. S. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 21-26, 2012.

- LINHARES F.M.P.; PONTES C.M.; OSORIO, M.M. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 14, n.4, p. 433-439, 2014.
- LÖÖF- JOHANSON, M.; FOLDEVI, M.; RUDEBECK, C.E. Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. **Breastfeed med**, v.8, n.1, p.38-44, 2013.
- LUMBIGANON, P. *et al.* Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. **Cochrane Database Syst Rev**, 2012.
- MACEDO, M.D.S.; TORQUATO, I.M.B.; TRIGUEIRO, J.V.S. *et al.* Breastfeeding: identifying the practice, the benefits and the risk factors for early weaning. **J Nurs UFPE on line**. v.9, suppl.1, p.414-23, 2014.
- MALONEY, E.; HUTCHINSON, D.; BURNS, L.; MATTICK, R.P.; BLACK, E. Prevalence and predictors of alcohol use in pregnancy and breastfeeding among Australian women. **Birth**, v.38, n.1, p.3-9, 2011.
- MARANHÃO, T.A.; GOMES, K.R.O.; NUNES, L.B.; MOURA, L.N.B. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cad. Saúde Colet.**, v.23, n.2, p.132-39, 2015.
- MARTÍNEZ, I.M.; SALANOVA, M. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios financieros**, v.1, n. 45, 2006.
- MARTINS, M.Z.O.; SANTANA, L.S. Benefícios da amamentação para saúde materna e neonatal. 2. ed. Rio de Janeiro, 1998. p.104-111.
- MC DONALD, S.J. Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breastfeeding: A randomised controlled trial. **Midwifery**, v.26, p.88-100, 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. **Research in Nursing & Health**, v. 33, n. 2, p. 111-119, 2010.
- McQUEEN, K. A.; DENNIS, C. L.; STREMLER, R.; NORMAN, C. D. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. **JOGNN**, v. 40, n. 1, p. 35-46; 2011.
- MEERPOHL J.J. *et al.* Scientific value of systematic reviews: survey of editors of core clinical journals. **PLoS One**, v.7, n.5, p. 357-332, 2012.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

MELO, W. *et al.* A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.10, 2008.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interview**: helping people change. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2013

MIRANDA, G.B. Limites e possibilidades das TIC na educação. **Sísifo Revista de Ciências da Educação**. Lisboa, v.1 n. 3, p. 41-50, 2007. Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>. Acesso em: 03 jun. 2016.

MONTEIRO, J.C.D.; NAKANO, A.M.S.; GOMES, F.A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investimento Educacional Enfermagem**, São Paulo, v.29. n. 2 p. 315-21. 2011.

MORENO, P.F.B.B.; SCHMIDT, K.T.; Aleitamento materno e fatores relacionados ao desmame precoce. **Cogitare Enferm**, v.19, n.3, p.576-81, 2014.

MURPHY, A.W. Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: cluster randomised controlled. **BMJ**, 2009.

NASCIMENTO, A.L.V.; SOUZA, A.F.; AMORIM, A.C.R.; LEITÃO, M.R.; REGIANE, M. Ingestão de bebidas alcoólicas em lactantes atendidas em Hospital Universitário. **Rev Paul Pediatr**, v.31, n.2, p.198-204, 2013.

NASCIMENTO, S.L.; PUDWELL, J.; SURITA, F.G.; ADAMO, K.B.; SMITH, G.N. The effect of physical exercise strategies on weight loss in postpartum women: a systematic review and metaanalysis. **Int J Obes (Lond)**, v. 38, n.5, p. 626-35, 2014.

NICHOLS, J.; SCHUTTE, N. S.; BROWN, R. F.; DENNIS, C. L.; PRICE, I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. **Health EducBehav**, v. 36, n. 2, p. 250-58, 2009.

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

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

OLÍMPIO, D.M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, E.D.A. Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas. **Caderno da Escola de Saúde**, v.3, p.1-12, 2010.

OLIVEIRA, D.R.; GOMES, P.R.; BRANDO, A.M.; GONÇALVES, S.R. Food beliefs in breastfeeding. A study among pregnant and lactating attended in a public maternity hospital in the city of São Paulo, Brazil. **Arq Bras Cienc Saude**, v.36, n.1, p.67-71, 2011.

OLIVEIRA, I. M. V. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sócias? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 1, p. 39-49, 2010.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev Rene**, v.11, n.4, p.95-102, 2010.

OLIVEIRA, M.G.O.A.; LIRA, P.I.C.; FILHO, M.B.; LIMA, M.C. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epi**, v.16, n,1, p.178-89, 2013.

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

OLIVEIRA, M.I.C.; SOUZA, I.E.O.; SANTOS, E.M.; CAMACHO, L.A.B. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Cien Saude Colet**, v.15, n.2, p.599-608, 2010.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução e validação da Breastfeeding Self-efficacy Scale: aplicação em gestantes.** 2008. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

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

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

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.2, p.230-8, 2010.

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

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. (Org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 97-114.

PAUL, I.M.; BEILER, J.S.; SCHAEFER, E.W.; HOLLENBEACK, C.S.; ALLEMAN, N.; STURGIS, S.A.; A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: the nurses for infants through teaching and assessment after the nursery (nittany) study. **Arch pediatr Adolesc Med**, v.166, n.3, p.263-70, 2012.

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

PERES, K.G.; THOMSON, W.M.; BROADBENT, J.; HALLAL, P.C.; MENEZES, A.B. Deciduous-dentition malocclusion predicts orthodontic treatment needs later: findings from a population-based birth cohort study. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.147, n.4, p.492-98, 2015.

PETROZZI, A.; GAGLIARDI, L. Breastfeeding self-efficacy scale: validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v.62, n.1, p.137-9, 2016.

PINHEIRO, P.M.; MACHADO, M.M.T.; LINDSAY, A.C.; SILVA, A.V.S. Prevalência de aleitamento materno em mulheres egressas de um hospital amigo da criança em quixadá-ce. **Rev. Rene**, v. 11, n. 2, p. 94-102, 2010.

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

PRATES, L.A., SCHMALFUSS, J.M., LIPINSKI, J.M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.2, p.359-367, 2014.

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

QUELUZ, M.C. PEREIRA, M.J.; SANTOS, C.B.; LEITE, A.M.; RICCO, R.G. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p. 537-43, 2012.

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

REEDER, J.A. *et al.* Telephone Peer Counseling of Breastfeeding Among WIC Participants: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, v.134, n.3, p.700-709, 2014.

REZENDE, J.de.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.1, p.113-6, jan.-fev. 2008.

RODRIGUES, A. P.; PADOIN, S. M. M.; GUIDO, L. A. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 257-61, 2014.

RODRIGUES, A.P. **Ensaio clínico controlado e randomizado em sessão grupal com puérperas para promoção da autoeficácia em amamentar**. 119f Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2015.

RODRIGUES, A.P. *et al.* Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. **Anna Nery Rev Enferm**, v.18, n.2, p.257-61, 2014.

ROIG, A. O. *et al.* The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. **Int J. Nurs. Stud.**, n.49, p.169-173, 2012.

ROIG, A. O.; MARTÍNEZ, M. R.; GARCÍA, J. C.; HOYOS, S. P.; NAVIDAD, G. L.; ÁLVAREZ, J. C. F. *et al.* Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 373-80, 2010.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R., BUTLER, C.C. **Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior**. New York: The Guilford Press, 2009.

SALDIVA, S. R. G M.; VENANCIO, S. I.; GOUVEIA, A. G. C.; CASTRO, A. L. S.; ESCUDER, M. M. L.; GIUGLIANI, E. R. J. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2253-262, 2011.

- SALES, M.B.; FIGLIE, B.N. Revisão de literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2, p.333-340, 2009.
- SALUSTIANO, L. P. Q.; DINIZ, A. L. D.; ABDALLAH, V. O. S.; PINTO, R. M. C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p.28-33, 2012.
- SANDES, A.R.; NASCIMENTO, C.; FIGUEIRA, J.; GOUVEIA, S.; VALENTE, S.; MARTINS, S.; ROCHA, E.; DA SILVA, L.J. Aleitamento materno: Prevalência e Factores Condicionantes. **Acta Med Port**, v.20, p.193-200, 2007.
- SCHARDOSIM, G.M.; CECHIM, P.L.R. Exclusive breastfeeding: motivations and disincentives for nursing mothers in Eldorado do Sul, Brazil. **Invest. educ. enferm**, v.31, n.3, p.377-84, 2013.
- SCHIMODA, G.T.; SILVA, I.A. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. **Rev. Bras. Enferm**, v.63, n.1, p.58-65, 2010.
- SHERWOOD, A. *et al.* Coping Effectively with Heart Failure (COPE-HF): Design and Rationale of a Telephone-based Coping Skills Intervention. **J Card Fail**. v.17, n.3, p.201-207, 2011.
- SILVA, D.D.S. **Entrevista Motivacional na prevenção da cárie precoce da infância na atenção primária a saúde**. Tese (Doutorado). 68f. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Doutorado em Odontologia. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.
- SILVA, N. M.; WATERKEMPER, R.; SILVA, E. F.; CORDOVA, F. P.; BONILHA, A. L. L. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p.29-95, 2014.
- SILVA, N.M. *et al.* Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Rev. bras. Enferm**, v. 67, n.2, p.290-295, 2014.
- SMITH, B.J.; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. C. **WHO health promotion glossary: New terms**. Health Promotion Int., v.21, n.4, p.340-5, 2006.
- SNOOKS, H.A. *et al.* Real nursing? The development of telenursing. **J. Adv. Nurs.**, v.61, n.6, p. 631-640, 2008.
- SOARES, L.S. *et al.* Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Enferm. Foco**, v.5, n.3, p.49-52, 2014.
- SOUTO, D.C.; JAGER, M.E.; DIAS, A.C.G. Aleitamento materno e a ocorrência do desmame precoce em puérperas adolescentes. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 41, p.73-9, 2014.



SOUZA, A. G. de; CUNHA, M. C. K. Reflexões sobre a tecnologia educativa: conceitos e habilidades. **Revista Horizontes de Lingüística Aplicada**, v. 8, n. 1, p. 82-99, 2009.

SOUZA, E.F.C.; FERNANDES, R.A.Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.5, p.465-70, 2014.

SOUZA, I.; SOUZA, M.A. Validação da escala de auto-eficácia geral percebida. **Rev. Univ. Rural**, v.26, n.1-2, p. 12-17, 2004.

SOUZA, L. *et al.* Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.2, p.427-429, 2012.

SOUZA, S. N. D. G.; MIGOTO, M. T.; ROSSETTO, E. G.; MELLO, D. F. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012.

SRIVASTAVA, S. *et al.* Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. **Indian J Public Health**, v.58, p.22-6, 2014.

STEPHAN, A.M.S.; CAVADA, M.N.; VILELA, C.Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.3, p.431-38, 2012.

STRASSBURGER, S. Z.; VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; PITREZ, P. M.; JONES, M. H.; STEIN, R. T. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. **J Pediatr**, v. 86, n. 5, p. 391-99, 2010.

STRIGHT, B. R.; HARRISON, B.R. **Série de estudos em Enfermagem: Enfermagem materna e neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1998. p.104-111.

TAHIR, M.M.;AL-SADAT, N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v.50, p.16-25, 2013.

TAVARES, E.M.; CAPRA, A.M.; BRAVEMAN, P.A.; JENSVOLD, N.G.; ESCOBAR, G.J.; LIEU, T.A. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. **Pediatrics**, v.112, p.108-15, 2003.

TAVARES, M.C. *et al.* Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. **Online Braz J Nurs**, v.9, n.1, abr. 2010.

THOMSON, T. *et al.* Waiting to Be Weighed: A Pilot Study of the Effect of Delayed newborn Weighing on Breastfeeding Outcomes. **Can Nurse**, v.105, n.6, p.24-8, jun. 2009.

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

UCHOA, J.L. **Autoeficácia de mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. 2012. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2012.

UEMA, R.T.B.; DE SOUZA, S.N.G.H.; DE MELLO, D.F.; CAPELLINI, V.K. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 349-62, 2015.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

VASCONCELOS, H.C.A. *et al.* Effectiveness of telephone interventions as a strategy for glycemic control: an integrative literature review. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.1, p.239-246, 2013.

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

VIANNA, M.N.S.; BARBOSA, A.P.; CARVALHAES, A.S.; CUNHAZ, A.J.L.A, Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: **a randomized controlled trial**, *J Pediatr*, v.87, n.3, p.206-12, 2011.

VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.D.; FRANÇA, V.G.A., *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.1, p.1-24, 2016

VICTORA, C.G; HORTA, B.L.; DE MOLA, C.L. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, p.199-205, 2015.

VIEIRA, G.O.; REIS, M.R.; VIEIRA, T.O.; OLIVEIRA, N.F.; SILVA, L.R.; SILVA, L.R.; GIULIANI, E.R.J. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **J Pediatr (Rio J)**, v.91, n.3, p.270-77, 2015.

WENZEL, D.; SOUZA, S.B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum**. v.21, n.2, p.251-58,2011.

WILHELM, S.L. *et al.* Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. **JOGNN**, v.35, n.3, p.340-348, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração da OMS sobre taxas cesáreas**. Geneva: World Health Organization; 2015.

\_\_\_\_\_. **Health Promotion Glossary**. 1998.

\_\_\_\_\_. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held November. Washington, DC: World Health Organization, 2007.

\_\_\_\_\_. **Infant and Young child feeding**. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization, 2009, 111 p.

\_\_\_\_\_. **Infant and young child feeding**: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.

\_\_\_\_\_. **Short-term effects of breastfeeding**. A systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013, 54 p.

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

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. **Int J Nurs Stud**, v.44, n.8, p.1439-1946, 2007.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. Estudo da correlação entre aleitamento e estado de saúde materno. **Einstein**, v.11, n.2, p.180-5, 2013.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The Correlation Between Breastfeeding and Maternal Quality of Life in Southern Brazil. **Breastfeeding Medicine**, v.6, n.1, 2011.

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

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada por Hilana Dayana Dodou, orientanda da profa. Mônica Oliveira Batista Oriá, a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação”. Você não deve participar da pesquisa contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é analisar os efeitos de uma intervenção educativa por telefone, realizada de forma contínua no pós-parto, para a autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação até o sexto mês de vida da criança. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da autoeficácia materna entre as mães, repercutindo diretamente nas taxas de aleitamento materno.

Nesse sentido, a sua colaboração, caso aceite participar da pesquisa, será através de resposta a um formulário contendo perguntas relacionadas às condições sociodemográficas, e obstétricas e a uma escala que visa avaliar a sua confiança para amamentar. Em seguida, você e outras mães serão sorteadas através de uma sequência de distribuição para ficar em um de dois grupos. Caso você participe do grupo intervenção, você participará de um acompanhamento telefônico para melhoria da autoeficácia materna em amamentar através de quatro ligações, as quais ocorrerão em 7, 30, 90 e 150 dias após o parto. Posteriormente, receberá uma ligação com 60, 120 e 180 dias pós-parto para saber sobre a sua autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno. Caso participe do grupo controle, será realizada uma ligação com 60, 120 e 180 dias pós-parto, interrogando sobre a autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno.

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

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

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

Hilana Dayana Dodou  
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448  
E-mail: hilanadayana@yahoo.com.br

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_,  
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e  
concordo em participar da pesquisa.  
Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem coletou os dados

## APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada,

Você está sendo convidada por Hilana Dayana Dodou, orientanda da profa. Mônica Oliveira Batista Oriá, a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação”. Você não deve participar da pesquisa contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é analisar os efeitos de uma intervenção educativa por telefone, realizada de forma contínua no pós-parto, para a autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação até o sexto mês de vida da criança. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da autoeficácia materna entre as mães, repercutindo diretamente nas taxas de aleitamento materno.

Nesse sentido, a sua colaboração, caso aceite participar da pesquisa, será através de resposta a um formulário contendo perguntas relacionadas às condições sociodemográficas, e obstétricas e a uma escala que visa avaliar a sua confiança para amamentar. Em seguida, você e outras mães serão sorteadas através de uma sequência de distribuição para ficar em um de dois grupos. Caso você participe do grupo intervenção, você participará de um acompanhamento telefônico para melhoria da autoeficácia materna em amamentar através de quatro ligações, as quais ocorrerão em 7, 30, 90 e 150 dias após o parto. Posteriormente, receberá uma ligação com 60, 120 e 180 dias pós-parto para saber sobre a sua autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno. Caso participe do grupo controle, será realizada uma ligação com 60, 120 e 180 dias pós-parto, interrogando sobre a autoeficácia em amamentar, duração e exclusividade do aleitamento materno.

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

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

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

Hilana Dayana Dodou

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: hilanadayana@yahoo.com.br

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_,

declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da adolescente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem coletou os dados

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO,  
COMPORTAMENTAL, ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GESTAÇÃO  
ATUAL**

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Melhor dia e horário para contato: \_\_\_\_\_

Grupo: 1- Controle      2- Intervenção

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
1. Código da Participante: _____	1. _____
2. Idade (anos): _____	2. _____
3. Raça: 1- Branca      2 - Parda      3 - Amarela      4 - Negra 5 - Outros _____	3. _____
4. Estado civil: 1 - casada/união estável    2 - solteira    3 - divorciada 4 – viúva	4. _____
5. Escolaridade: _____ (anos de estudos concluído)	5. _____
6. Ocupação: 1- Estudante    2 - Do lar    3 - Empregada    4 - Desempregada 5 - Aposentada    6 - Outras: _____	6. _____
7. Horas que passa fora do lar: _____	7. _____
8. Renda familiar (R\$): _____	8. _____
9. Nº de moradores em domicílio: _____ pessoas	9. _____
<b>DADOS COMPORTAMENTAIS</b>	
10. Fuma: 1- sim      2-não      3-ex-fumante      4- fumante passiva	10. _____
11. Quantos cigarros por dia? _____	11. _____
12. Bebida alcoólica: 1-sim    2-não    3- deixei devido a gravidez	12. _____
13. Drogas ilícitas: 1-sim      2- não      3- usou antes da gravidez	13. _____
14. Realiza exercícios físicos: 1- não    2- sim	14. _____

<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>	
<b>15. Número de Gestações</b> _____	<b>15.</b> _____
<b>16. Número de Aborto</b> _____	<b>16.</b> _____
<b>17. Paridade:</b> _____ (nº de partos)	<b>17.</b> _____
<b>Se a participante for PRIMÍPARA ir para dados da GRAVIDEZ ATUAL</b>	
<b>18. História anterior de prematuridade:</b> 1 - Sim 2 – Não	<b>18.</b> _____
<b>19. Realizou prática da amamentação anteriormente?</b> 1 - Não 2 – Sim	<b>19.</b> _____
<b>20. Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos?</b> 1 - Sentiu obrigação 2 - Desejou amamentar 3 - Recebeu ajuda e apoio 4 – Profissionais convenceram 5-Familiares convenceram 6 - Protege contra doenças 7- Outros _____	<b>20.1</b> _____ <b>20.2</b> _____ <b>20.3</b> _____ <b>20.4</b> _____ <b>20.5</b> _____ <b>20.6</b> _____ <b>20.7</b> _____
<b>21. Quais as dificuldades surgiram durante a amamentação dos outros filhos?</b> 1- Retorno ao trabalho/estudos 2- Produção de leite 3 – Problemas mamários 4- cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 5- falta de apoio 6 - Outros _____ 7 – Não teve dificuldade	<b>21.1</b> _____ <b>21.2</b> _____ <b>21.3</b> _____ <b>21.4</b> _____ <b>21.5</b> _____ <b>21.6</b> _____
<b>DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL/PARTO/PUERPÉRIO</b>	
<b>22. Gravidez Planejada:</b> 1 - Não 2 – Sim	<b>22.</b> _____
<b>23. Realizou Pré-Natal:</b> 1- Não 2 – Sim	<b>23.</b> _____
<b>24. Recebeu incentivo e orientações para amamentar no pré-natal?</b> 1 - Não 2 – Sim	<b>24.</b> _____
<b>25. Quem incentivou e orientou?</b> 1- Familiares 2 - Amigos 3 - Agente de saúde 4 - Enfermeiro 5 - Médico 6 - Outros _____	<b>25.1</b> _____ <b>25.2</b> _____ <b>25.3</b> _____ <b>25.4</b> _____ <b>25.5</b> _____ <b>25.6</b> _____
<b>26. Tipo de parto:</b> 1- Vaginal 2 – Cesáreo	<b>26.</b> _____
<b>27. A criança foi amamentada imediatamente após o parto?</b> 1- Não 2-Sim	<b>27.</b> _____
<b>28. Onde a criança foi amamentada pela primeira vez?</b> 1 – Sala de Parto 2- Alojamento Conjunto 3- Não foi amamentada 4-Sala de recuperação anestésica	<b>28.</b> _____
<b>29. Recebeu orientações sobre amamentação na maternidade (Se não ir para a questão 31)?</b> 1-Não 2- Sim	<b>29.</b> _____
<b>30. Quem a orientou?</b> 1-enfermeiro 2- médico 3 - outro _____	<b>30.1</b> _____ <b>30.2</b> _____ <b>30.3</b> _____
<b>31. Teve dificuldade para amamentar na maternidade (Se não finalizar)?</b>	<b>31.</b> _____



1-Sim 2- Não	
<b>32. Alguém a ajudou?</b> 1-Não 2- Sim	<b>32.</b> _____
<b>33. Quem a ajudou?</b> 1-enfermeiro 2- médico 3 – técnico de enfermagem 4- outro _____	<b>33.1</b> _____ <b>33.2</b> _____ <b>33.3</b> _____ <b>33.4</b> _____

## APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA CADA SESSÃO DA INTERVENÇÃO

Nome da participante: \_\_\_\_\_  
 Código da participante: \_\_\_\_\_

### Tentativas 1º contato:

1ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### Tentativas 2º contato:

1ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### Tentativas 3º contato:

1ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### Tentativas 4º contato:

1ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª( )Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO	1º contat o	2º contat o	3º contat o	4º contat o
<b>34. Contato:</b> 1 – Não 2 – Sim	34.____	34.____	34.____	34.____
<b>35. Tentativas:</b> 1- primeira 2- segunda 3 - tentativa	35.____	35.____	35.____	35.____
<b>36. Duração do contato (minutos):</b> _____	36.____	36.____	36.____	36.____
<b>37. Dias pós-parto:</b> _____	37.____	37.____	37.____	37.____
<b>38. Está amamentando:</b> 1-Não 2-Sim	38.____	38.____	38.____	38.____
<b>39. Se não, qual foi o principal motivo para desmamar?</b> 1 - Retorno ao trabalho/estudos 2 - Produção de leite 3 - Problemas mamários 4 - Bebê não ganha peso 5 - Bebê não pega a mama 6- Cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 7- Falta de apoio 8 - Outros _____	39.____	39.____	39.____	39.____
<b>40. Se sim, qual o tipo de amamentação?</b> 1 - Aleitamento materno exclusivo 2 - Aleitamento materno predominante 3 - Aleitamento materno complementado 4 - Aleitamento misto ou parcial	40.____	40.____	40.____	40.____
<b>41. Qual outro alimento a criança está recebendo?            (pode ser assinalado mais de um)</b>	41.1__ _	41.1__ _	41.1__ _	41.1__ _

1-água 2-chá 3-fórmula infantil 4-leite de vaca integral 5-mingau 6-suco 7-fruta amassada/raspada 8-danone/iogurte 9- apenas leite materno 10-outros _____	41.2__ 41.3__	41.2__ 41.3__	41.2__ 41.3__	41.2__ 41.3__
<b>42. Duração da amamentação:</b> _____ dias	42.____	42.____	42.____	42.____
<b>43. Duração da amamentação exclusiva:</b> _____ dias	43.____	43.____	43.____	43.____
<b>44. Intervenção centrada nos itens:</b> (marque os itens abordados neste contato) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( ) 10( ) 11( ) 12( ) 13( ) 14( )	44.1__ 44.2__	44.1__ 44.2__	44.1__ 44.2__	44.1__ 44.2__
<b>45. Dificuldades abordadas na intervenção</b> (fatores que podem levam ao desmame precoce): 1. Pouco leite 2. Leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3. Doença do RN 4. Engasgo do bebê 5. Bebê não ganha peso 6. Bebê não suga ou tem sucção fraca 7. Demora na “descida” do leite 8. Mamilos planos ou invertidos 9. Ingurgitamento mamário 10. Dor nos mamilos/mamilos machucados 11. Mastite 12. Falta de tempo (atribuições de casa, cuidado com outros filhos) 13. Enfermidades da mãe que impedem o aleitamento 14. Utilização de medicamentos 15. Retorno ao trabalho/estudos 16. Cansaço, estresse, fadiga e ansiedade materna 17. Introdução precoce de alimentos 18. Falta de apoio familiar 19. Outros _____	45.1__ 45.2__	45.1__ 45.2__	45.1__ 45.2__	45.1__ 45.2__

## ANOTAÇÕES IMPORTANTES

### 1º Intervenção

---



---



---



---



---



---





## APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA USO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

### 1. APROXIMAÇÃO, APRESENTAÇÃO E PERMISSÃO

**Profissional:** Bom dia/Boa tarde Senhora \_\_\_\_\_.  
Quem está falando é a enfermeira \_\_\_\_\_. Estou lhe telefonando, pois a senhora foi entrevistada lá no Gonzaguinha de Messejana e ficou de receber um acompanhamento por telefone sobre amamentação, está lembrada? (Apresentação)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Profissional:** Como a senhora está? (Questão aberta/Aproximação)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Profissional:** Percebemos que a senhora apresentou dificuldade em relação a \_\_\_\_\_ (item da escala com escore baixo para autoeficácia ou dificuldade expressa pela mulher)  
A senhora confirma isso? (Pergunta fechada)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Profissional:** Podemos conversar um pouco sobre isso e lhe fazer perguntas? (Pedindo permissão)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

### 2- EVOCAÇÃO/ INFORMAÇÃO

**Profissional:** Senhora \_\_\_\_\_, gostaria de perguntar o que a senhora já sabe sobre \_\_\_\_\_ (item da escala de autoeficácia com escore baixo ou dificuldade expressa pela mulher)? (Evocar/ Pergunta aberta)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

### 3 - INFORMAÇÃO

As três habilidades de perguntar, escutar e informar serão aplicadas no desenvolvimento do diálogo sobre o item da escala de autoeficácia que a puérpera apresentou baixa pontuação, ou sobre as dificuldades expressas pela mesma que podem levar ao desmame precoce (**Fornecer informação**)

Os assuntos serão abordados a partir das prioridades e anseios das puérperas sem necessariamente seguir uma sequência linear.

**4- EVOCAÇÃO**

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

**Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**5- CONCLUSÃO DA ENTREVISTA**

**Profissional:** Senhora \_\_\_\_\_. Estaremos lhe retornando essa ligação daqui a \_\_\_\_\_ dias. Qual seria o melhor dia e horário para a senhora nos atender? (pergunta fechada).

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Profissional:** Obrigada pela atenção Senhora \_\_\_\_\_ e até o dia \_\_\_\_\_.

**Anotações Importantes:**

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE F – INTERVENÇÃO EDUCATIVA POR TELEFONE PARA AUTOEFICÁCIA, DURAÇÃO E EXCLUSIVIDADE DA AMAMENTAÇÃO

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

- ✚ Enfatizar a importância da livre demanda: o bebê pode mamar quando quiser e pelo tempo que quiser;
- ✚ A mãe não deve impor restrições de horários e de tempo de permanência na mama, pois nos primeiros meses é normal que a criança mame com frequência;
- ✚ Em geral um bebê em AME mama de oito a doze vezes por dia;
- ✚ Sensação de esvaziamento da mama após o aleitamento;
- ✚ Sinais que a amamentação está indo bem: ganho de peso adequado da criança e presença de urina e fezes durante o dia;
- ✚ Bebê satisfeito apresenta braços e pernas relaxados, parece sonolento ou adormece;
- ✚ Amamentar não indica dor;

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

- ✚ Enfatizar que a mulher que amamenta também lida com outros fatores que permeiam a sua vida enquanto mulher, projetos de vida profissional e pessoal;
- ✚ Aquilo que for interpretado como prioridade decidirá as ações a serem executadas na condução do aleitamento materno. Assim, a prioridade percebida pela mãe é que estabelece a sua decisão em continuar amamentando mesmo com as dificuldades, ou interromper a amamentação, fazendo-a desistir.
- ✚ Apoio ao casal que amamenta, bem como buscar suporte familiar.

\* A primeira parte deste Apêndice que trata dos itens de autoeficácia foi adaptado da tese de doutorado: Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno, de autoria de Anne Fayma Lopes Chaves; 2016.



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

- ✚ A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais.
- ✚ Enfocar os benefícios do aleitamento materno para a mãe: redução dos cânceres de mama, ovário, endométrio, das doença cardiovasculares, do risco de desenvolver DM 2 e artrite reumatoide, menor risco de fratura e osteoporose, involução uterina mais rápida, reduzindo os índices de hemorragia e anemia retorno ao peso pré-gestacional, e promoção do vínculo mãe-bebê.
- ✚ Enfocar os benefício para o bebê: reduz a ocorrência ou a gravidade de infecções do trato gastrintestinal e respiratório, das doenças do ouvido e dermatites, o risco de desenvolver diabetes tipo I, melhor desenvolvimento cognitivo e acuidade visual, efeitos positivos na saúde fonoaudiológica.
- ✚ Leite materno x Leite artificial

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

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

- ✚ Orientar sobre a posição confortável da mãe, promovendo relaxamento e facilitando a descida do leite.
- ✚ Enfatizar sinais de boa posição: corpo da criança junto com o corpo da mãe, criança está de frente para a mãe (abdômen com abdômen), cabeça e corpo da criança alinhados, criança bem sustentada.
- ✚ Checar se o bebê abocanha toda a aréola e não somente o mamilo.
- ✚ Manter os lábios do bebê curvados para fora (“boca de peixe”), onde ocorre o vedamento completo da boca e do peito.
- ✚ O ruído da deglutição deverá ser audível juntamente com os movimentos vigorosos da mandíbula.

**Sinais de boa “pega”**

- ✓ A boca está bem aberta, não se consegue ver quase nada da aréola.
  - ✓ O lábio inferior está virado para fora.
- ✓ O queixo da criança está encostado ou bem próximo à mama. Bochechas arredondadas.
- ✓ A mãe não sente dor nos mamilos, só umas fisgadas no começo.

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

- ✚ Questionar à mãe como é essa satisfação e como ela se sente, para a partir da sua resposta aprofundar os itens necessários;
- ✚ O aleitamento materno pode promover a satisfação e o sentimento de realização feminina, devido a alguns fatores como:
  - ✚ Melhora do estado psicológico das mães, sendo um fator protetor contra a depressão pós-parto;
  - ✚ Contribui para o envolvimento emocional materno com o bebê;
  - ✚ Proporciona bem-estar físico e psicológico, além da ação hormonal;

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

- ✚ O choro é uma importante causa do desmame precoce;
- ✚ É uma manifestação normal e fisiológica usada pelo bebê para comunicação com seus cuidadores;
- ✚ As mães, com frequência, o interpretam como fome ou cólicas, mas ele pode ter várias causas incluindo a tensão do ambiente (relacionamentos familiares e com o companheiro, cuidado com os outros filhos, preocupações);
- ✚ Ao ver o bebê chorando a mãe se sente nervosa e insegura, achando que seu cuidado não está adequado e que seu leite não é suficiente. Porém essa ansiedade prejudica a produção de leite gerando tensão para ambos;
- ✚ Levar a criança ao peito não significa apenas saciar sua fome, mas tranquiliza-lo, pois seja qual for a razão de sua inquietude e incômodo, o contato de sua boca ao seio materno e o de seu corpo com o de sua mãe trazem-lhe afeto e conforto;
- ✚ Recomenda-se: identificar a real causa do choro e corrigi-lo, manter a calma, conversar sobre o ambiente que deve ser tranquilo, planejar o descanso materno e atividades relaxantes.
- ✚ Na maioria das vezes, os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, o que reforça a sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos;
- ✚ Quando a mãe fica tensa, frustrada ou ansiosa com o choro tende a transmitir esses sentimentos ao bebê, causando mais choro.

**Item 7 - Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.**

- ✚ Enfatizar os benefícios da amamentação para mãe e bebê.
- ✚ Identificar fatores específicos de cada mãe que podem contribuir para o desmame precoce (falta de apoio familiar ou suporte profissional, trabalho, falta de confiança, questões estéticas e etc).

- ✚ Apoiar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o complementado até os dois anos ou mais;
- ✚ Enfatizar que a mulher que está satisfeita com amamentação desenvolve a vontade de continuar amamentando.

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

- ✚ Amamentar também significa expor parte do seu corpo à visão pública. Para algumas mulheres essa situação pode ser constrangedora, mesmo diante de familiares;
- ✚ A mulher neste período apresenta-se vulnerável às opiniões e conselhos das pessoas do seu meio. Tudo que favoreça o bem-estar e a segurança da mãe estimulará a descida do leite, porém o que desfavorece (críticas, comentários, a intolerância da família) poderá ter efeito negativo prejudicando a produção e descida do leite e frustrando a mãe.
- ✚ Quando a mãe está do lado de pessoas que conseguem ajudá-la e apoiá-la, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentam. Consequentemente, o reflexo de liberação ocorre e a produção do leite é satisfatória, sendo importante a existência de um ambiente familiar favorável.
- ✚ A experiência de amamentar pode ser vivenciada pela mulher como uma experiência agradável, sendo importante a percepção que a maternidade envolve afetividade e a crença que a amamentação favorece a ligação e proximidade entre mãe e filho.

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

- ✚ A amamentação é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões que vão além da saúde física, contribuindo para a saúde psíquica da mãe;
- ✚ A amamentação promove a troca de afeto e sentimentos, promovendo o vínculo e o apego entre mãe e filho.

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

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

- ✚ Questionar como a mulher se sente em relação à organização do tempo para a realização das suas atividades pessoais e profissionais com a prática da amamentação;
- ✚ É preconizado que o aleitamento materno ocorra na forma de demanda livre, podendo o bebê mamar a hora que desejar, e por quanto tempo quiser, por isso não existe um tempo médio para a amamentação;
- ✚ Nos primeiros meses é normal que a criança mame com frequência, por isso a mãe não deve impor restrições de horários e de tempo de permanência na mama;
- ✚ Após a mamada, é necessário que a mãe segure seu bebê no colo, deixando o corpo dele o mais em pé possível, com a cabeça apoiada no ombro, por cerca de dez minutos para que o bebê possa arrotar, ou seja, expelir o ar que ele ingeriu quando estava mamando.

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

- ✚ Enfatizar que o tempo de permanência do bebê em cada mama não deve ser fixado, pois o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê, dependendo de alguns fatores como: a fome da criança, o intervalo transcorrido desde a última mamada e o volume de leite armazenado na mama, entre outros.
- ✚ O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Assim, a criança receberá o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas.

- ✚ Focar a importância da simetria, informando que a mãe deve deixar a criança terminar de sugar a primeira mama antes de oferecer a outra;
- ✚ Algumas mães interrompem a mamada antes que a criança termine para ter a certeza de que ela pegará a segunda. Então, a criança pode receber muito leite do começo (rico em água, que mata a sede) e receber pouco leite do fim (rico em gordura, que faz o bebê ganhar peso). Pode acontecer do bebê não ganhar peso e as mães acharem que o seu leite é fraco;
- ✚ Em cada mamada, ambas as mamas podem ser oferecidas, dependendo da necessidade de cada criança. O bebê deve sugar o peito o tempo que desejar, soltá-lo espontaneamente, para só então, ser oferecido a próxima mama;
- ✚ Na próxima mamada deve-se oferecer a mama que o bebê mamou por último;
- ✚ Algumas mães e crianças têm a mama preferida, porém devem ser oferecidas as duas, pois a mama que não foi oferecida à criança pode ficar muito cheia, ingurgitada e até ocasionar uma mastite (inflamação das glândulas da mama) por acúmulo de leite;
- ✚ O esvaziamento das mamas é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê.

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

- ✚ Enfocar a livre demanda: o bebê pode mamar sem restrições de horário e de tempo de permanência na mama;
- ✚ Nos primeiros meses de vida, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares;
- ✚ Um bebê em AME pode mamar de oito a 12 vezes por dia;
- ✚ No período noturno também se deve manter as mamadas, sem diminuir as frequências entre elas;

- ✚ No geral, mamas grandes e pequenas secretam o mesmo volume de leite, porém mulheres com mamas maiores armazenam mais leite, e por isso a frequência das mamadas pode ser menor.

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

- ✚ Enfocar: organização do tempo da puérpera para lidar com as suas necessidades e com as do bebê;
- ✚ A mãe deve aproveitar os intervalos entre as mamadas para descansar e realizar o cuidado de si;
- ✚ Inserir o pai no processo de amamentação e no cuidado à criança;
- ✚ Buscar apoio e suporte familiar, inserindo membros da família no cuidado à criança e na prática da amamentação.

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

- ✚ A mama deve ser esvaziada completamente, pois assim sabe-se que o bebê teve acesso ao leite do início, meio e final, com todos os nutrientes, proteínas e fatores de proteção encontrados no leite.
- ✚ A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança;
- ✚ O ideal é que o bebê largue o peito espontaneamente. Caso isto não ocorra, a mulher pode colocar a ponta do dedo mínimo na boca do bebê pela comissura labial para romper o vácuo e soltar o peito sem machucar o mamilo;
- ✚ Sinais da criança aceitando o peito: recusa a mamadeira, mamando e sugando bem, mamando satisfatoriamente, regurgitando e arrotando (eructações);
- ✚ Sinais da criança ficando satisfeita: sente-se satisfeita, dorme bem, criança tranquila e quase não chora;

- ✚ Sinais de que a amamentação é satisfatória: a mulher não sente desconforto ou dor durante o AM; ganho de peso adequado do bebê; criança saudável (redução da ocorrência de doenças e infecções); no mínimo oito mamadas em 24 horas; sensação de esvaziamento da mama após a amamentação;



## DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO (FATORES QUE PODEM LEVAR AO DESMAME PRECOCE)

### 1. Alimentação da nutriz

- ✚ Para a produção do leite, é necessário que a mulher tenha uma ingestão de calorias e líquidos além do habitual;
- ✚ Na amamentação costuma haver um aumento de apetite e sede da mulher, e também mudanças nas preferências alimentares;

#### **Recomendações para uma Alimentação Adequada na Lactação:**

- ✓ Consumir dieta variada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes;
- ✓ Três ou mais porções de derivados do leite por dia;
  - ✓ Frutas e vegetais ricos em vitamina A;
- ✓ Ingestão de líquidos em quantidades suficientes para saciar a sede;
- ✓ Consumir com moderação café e outros produtos cafeinados.

- ✚ Nem sempre a alimentação ideal é acessível a muitas mulheres de baixa renda, o que pode desestimulá-las a amamentar. Por isso, a orientação alimentar deve levar em consideração além das preferências e dos hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos;
- ✚ Quando a mulher percebe alguma reação na criança de algum componente da sua dieta, indica-se a prova terapêutica: retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorem com a retirada do alimento e piorem com a sua reintrodução, ele deve ser evitado;
- ✚ Enfatizar que o leite de vaca é um dos principais alimentos que causam alergias alimentares, por isso a mãe deve realizar o AME até o sexto mês de vida da criança;

## 2. Pouco leite/Leite fraco

- ✚ Enfatizar que o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Assim, quanto mais a criança mamar, maior será a produção de leite;
- ✚ Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz 800 mL de leite por dia;
- ✚ Em geral, a grande maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho;
- ✚ Muitas mulheres queixam-se que tem “pouco leite” ou que tem “leite fraco”. Muitas vezes, essa está associada a falta de confiança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê;
- ✚ Essa insegurança faz com que comportamentos normais de um bebê pequeno, como o choro e as mamadas frequentes sejam interpretados como sinais de fome;
- ✚ Sinais quando há insuficiência de leite: criança não fica saciada após as mamadas; chorar muito; ficar muito tempo no peito nas mamadas; quando a criança urina menos que seis a oito vezes por dia; evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras; não ganha peso adequadamente.
- ✚ Fatores que podem levar à diminuição na produção do leite: má pega da mama, mamadas infrequentes e/ ou curtas, amamentação com horários pré-estabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas, distúrbios emocionais, medicamentos que diminuem a síntese do leite, restrição dietética, fumo.

### **Medidas para Aumentar a Produção do Leite:**

- ✓ Melhorar o posicionamento e a pega do bebê;
  - ✓ Aumentar a frequência das mamadas;
  - ✓ Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- ✓ Massagear a mama durante as mamadas ou ordenha;
- ✓ Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
  - ✓ Evitar o uso de mamadeiras e chupetas;
  - ✓ Consumir dieta balanceada;
- ✓ Ingerir líquidos em quantidade suficiente;
  - ✓ Repousar, sempre que possível.

- ✚ Em algumas mulheres a “descida do leite” (apojadura) só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, deve-se buscar desenvolver a confiança na mãe, e orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha;
- ✚ Algumas mães acham que o leite do início da mamada é fraco e não sustenta a criança, pois é transparente e “ralo”;
- ✚ Enfatizar que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe. O leite do início da mamada (anterior) tem alto teor de água, tendo aspecto semelhante ao da água de coco, porém é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tem uma coloração branca opaca devido ao aumento da proteína, e o leite do final (posterior) é mais amarelado, devido ao maior teor de gordura.

### **3. Bebê não suga ou tem sucção fraca**

- ✚ Pedir que a mãe avalie a sucção do seu bebê, e investigar a real causa do problema de sucção para determinar o manejo adequado;
- ✚ Alguns bebês apresentam resistência às tentativas de serem amamentados, o que pode estar associado a diversas causas, como o uso de bicos artificiais, mal posicionamento na mama, pressão na cabeça ao ser amamentado;

- ✚ Algumas medidas úteis podem ser: acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e mamadeiras quando presentes, insistir na mamadas por alguns minutos cada vez, posicionamento adequado do bebê na mama;
- ✚ Enfatizar que a mãe pode estimular a mama por meio da ordenha manual para garantir a produção do leite;
- ✚ Alguns bebês não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega. Isso pode ocorrer porque o bebê não está bem posicionado, não abre a boca suficientemente ou está usando mamadeira e/ou chupeta;
- ✚ O bebê pode não abocanhar adequadamente a mama porque elas estão muito tensas, ingurgitadas, ou os mamilos são invertidos ou muito planos.
- ✚ Para as mães cujo filhos usam chupeta orientar que a chupeta tem sido desaconselhada, pois pode interferir negativamente na duração do aleitamento materno, as crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência.

#### 4. Ingurgitamento mamário

- ✚ No ingurgitamento mamário ocorre congestão e aumento da vascularização da mama, retenção do leite e edema, o que dificulta ou impede a saída do leite;
- ✚ O leite acumulado na mama fica mais viscoso, por isso o termo “leite empedrado”
- ✚ Identificar se o ingurgitamento é fisiológico (normal) ou patológico;
- ✚ No ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes com febre e mal estar. Pode haver áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. Ocorre com mais frequência entre as primíparas.
- ✚ Fatores que contribuem para o ingurgitamento: leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê;

- ✚ Amamentação em livre demanda, técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

#### Medidas para o manejo do Ingurgitamento mamário:

- ✓ Manter a amamentação para que a sucção do bebê possa desobstruir o ducto;
- ✓ Ordenha manual da aréola antes da mamada (se estiver tensa), para que ela fique macia, facilitando a pega adequada do bebê;
- ✓ Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (**livre demanda**);
- ✓ Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, principalmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento;
- ✓ Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes;
- ✓ Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

### 5. Dor nos mamilos/Trauma mamilar

dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana;

- ✚ Porém, quando a dor é intensa e persiste além desse período inicial é necessário intervenção;
- ✚ Causas mais comuns de dor para amamentar: lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados; mamilos curtos, planos ou invertidos; sucção muito prolongada; uso impróprio de bombas de extração de leite; interrupção inadequada da sucção da criança quando for retirá-la do peito; uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos; uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos;
- ✚ Na amamentação podem ocorrer traumas na região mamilar, com a presença de edema, fissuras, bolhas, hematomas ou equimoses, sendo

uma importante causa de desmame precoce, sendo importante a sua prevenção.

### **Medidas para prevenção da Dor e Trauma Mamilar**

- ✓ Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);
- ✓ Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;
- ✓ Não utilizar produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- ✓ Amamentação em livre demanda (menos chance da criança sugar com força excessiva, uma vez que estará com menos fome);
- ✓ Evitar ingurgitamento mamário;
- ✓ Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada;
- ✓ Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial da boca do bebê, quando for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- ✓ Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar.

✚ Quando as medidas preventivas não forem suficientes para evitar a dor ou trauma na região mamilar, são necessário intervenções para aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível, uma vez que elas são a porta de entrada para bactérias.



### **Medidas para manejo da Dor e Trauma Mamilar**

- ✓ Início da mamada pela mama menos afetada;
- ✓ Ordenha de um pouco de leite antes da mamada, evitando que a criança tenha que sugar muito forte para desencadear o reflexo de ejeção do leite;
- ✓ Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nas áreas afetadas;
- ✓ Analgésicos sistêmicos se houver dor importante (somente com avaliação médica);
- ✓ Limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar;
- ✓ Posicionamento adequado e pega correta;
- ✓ Se os mamilos estão com escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa após cada mamada, para evitar infecção;
- ✓ Cremes, óleos em geral, antissépticos, ou outras substâncias tópicas devem ser evitados, pois não há comprovação de que sejam eficientes, podendo ser prejudiciais;
- ✓ Uso de leite da mãe ordenhado é controverso. Não há estudos comprovando a sua eficácia;
- ✓ Tratamento seco de lesões mamilares (banho de luz, banho de sol), não tem sido mais recomendado, porque acredita-se que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme se mantiverem úmidas;
- ✓ Se a lesão mamilar é muito extensa ou a mãe não está conseguindo amamentar por causa da dor, pode ser necessário interromper temporariamente a amamentação na mama afetada, no entanto, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual ou com bomba de extração de leite.

## 6. Mastite

Enfatizar que é um processo inflamatório que pode ocorrer em qualquer período da amamentação, sendo importante adotar medidas para a sua prevenção;

- ✚ O leite acumulado, a inflamação e o dano causado favorecem a instalação da infecção;
- ✚ Fatores que contribuem para o aparecimento de mastite: mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê, desmame abrupto e fadiga materna;
- ✚ Sinais da mastite: mama dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) e calafrios.
- ✚ O sabor do leite materno costuma alterar-se nas mastites, tornando-se mais salgado. Essa alteração pode ocasionar rejeição do leite pela criança.
- ✚ A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado;
- ✚ Enfocar as medidas de prevenção e manejo da mastite.

### **Medidas para o manejo do Ingurgitamento mamário:**

- ✓ Identificação e tratamento da causa da estagnação do leite;
- ✓ A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver esvaziamento adequado;
- ✓ Buscar suporte emocional, pois essa condição compromete o estado geral da mulher;
- ✓ Repouso da mãe, usar sutiã firme e de alças largas, líquidos abundantes, iniciar a amamentação na mama não afetada;
- ✓ Buscar avaliação e tratamento na unidade de saúde;
- ✓ Enfatizar que o tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, pois sem o tratamento adequado e em tempo oportuno a mastite pode evoluir para abscesso mamário, uma complicação grave

## 7. Retorno ao trabalho/Estudos

- ✚ O trabalho materno fora do lar pode ser um importante obstáculo à amamentação, em especial a exclusiva;
- ✚ Buscar o suporte familiar, em especial do companheiro, quando presente, para auxiliar nas tarefas domésticas e no cuidado com a criança;
- ✚ Estimular a confiança da mulher para amamentar, mesmo após o retorno às atividades habituais, como o trabalho ou os estudos;
- ✚ A produção de leite se dá de acordo com a demanda da criança, quanto mais o bebê suga, mais leite é produzido. Na ausência de sucção é essencial esvaziar as mamas extraindo o leite em intervalos regulares. Por isso, é importante amamentar sempre que estiver com o bebê;
- ✚ Enfatizar as medidas que facilitam a manutenção do aleitamento materno após o retorno da mulher ao trabalho;

### Antes do retorno ao trabalho:

- ✓ Manter o aleitamento materno exclusivo;
- ✓ Conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, freezer, horários);
- ✓ Praticar a ordenha do leite e congelar o leite para usar no futuro. Iniciar o estoque de leite 15 dias antes do retorno ao trabalho.

### Após o retorno ao trabalho:

- ✓ Amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite;
- ✓ Evitar mamadeiras, oferecer a alimentação por meio de copo e colher;
- ✓ Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite em congelador. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar;
- ✓ Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e no freezer ou congelador, por 15 dias;
- ✓ Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado, em banho-maria fora do fogo. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho maria fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura;



## 8. Introdução precoce de alimentos

- ✚ Enfatizar a importância do AME até o sexto mês de vida da criança, reforçando os benefícios para a saúde da mãe e do bebê;
- ✚ Os recém-nascidos normais não precisam de líquidos adicionais além do leite materno;
- ✚ Água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil;
- ✚ A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação;
- ✚ Algumas crianças depois de experimentarem a mamadeira, passam a ter dificuldade quando vão mamar no peito, pois o leite da mamadeira flui abundantemente, enquanto o leite do início da mamada tem um fluxo mais lento;

## 9. Técnica de amamentação

- ✚ A maneira como a dupla mãe-bebê se posiciona para amamentar, a pega e sucção do bebê são muito importantes para que ele consiga mamar de maneira eficiente e também para não machucar os mamilos;
- ✚ Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo, resultando na “má pega”;
- ✚ A pega inadequada dificulta o esvaziamento da mama, podendo levar a uma diminuição da produção do leite;
- ✚ Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado, pois tem dificuldade de retirar o leite posterior, que é mais calórico;
- ✚ A OMS destaca os pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

**Sinais do posicionamento adequado**

Mãe confortavelmente posicionada e relaxada;  
Corpo do bebê próximo ao da mãe, voltado para ela, barriga com barriga;  
Criança sustentada (nádegas firmemente apoiadas);  
Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);  
A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre;  
Cabeça do bebê no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo;  
Deglutição visível ou audível;

**Sinais da pega adequada**

- ✓ Boca do bebê bem aberta, não se consegue ver quase nada da aréola;
  - ✓ Boca bem aberta;
  - ✓ Lábio inferior virado para fora;
  - ✓ Queixo tocando a mama.

## APÊNCIDE G - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DO DESFECHO

Nome da participante: \_\_\_\_\_

Código da participante: \_\_\_\_\_

Tentativas: 1ª ( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª ( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª ( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

### ABORDAGEM DA PACIENTE

**Pesquisador:** Bom dia Senhora \_\_\_\_\_. Quem está falando é a \_\_\_\_\_, que lhe entrevistou no alojamento conjunto do Gonzaguinha de Messejana, lembra?

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

ALIMENTAÇÃO	2º mês	4º mês	6º mês
<b>46. Contato:</b> 1 – Não 2 – Sim	46.____	46.____	46.____
<b>47. Tentativas:</b> 1- primeira 2- segunda 3 – tentativa	47.____	47.____	47.____
<b>48. Duração do contato (minutos):</b> _____	48.____	48.____	48.____
<b>49. Dias pós-parto:</b> _____	49.____	49.____	49.____
<b>50. Está amamentando:</b> 1-Não 2-Sim	50.____	50.____	50.____
<b>51. Se não, qual foi o principal motivo para desmamar?</b> 1 - Retorno ao trabalho/estudos 2 - Produção de leite 3 - Problemas mamários 4 - Bebê não ganha peso 5 - Bebê não pega a mama 6- Cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 7- Falta de apoio 8 - Outros _____	51.____	51.____	51.____
<b>52. Se sim, qual o tipo de amamentação?</b> 1 - Aleitamento materno exclusivo 2 - Aleitamento materno predominante 3 - Aleitamento materno complementado 4 - Aleitamento misto ou parcial	52.____	52.____	52.____
<b>53. Qual outro alimento a criança está recebendo?</b> <b>(pode ser assinalado mais de um)</b> 1-água 2-chá 3-fórmula infantil 4-leite de vaca integral 5-mingau 6-suco 7-fruta amassada/raspada 8- danone/iogurte 9- apenas leite materno 10-outros _____	53.1__ ____ 53.2__ ____ 53.3__ ____	53.1__ ____ 53.2__ ____ 53.3__ ____	53.1__ ____ 53.2__ ____ 53.3__ ____
<b>54. Duração da amamentação:</b> _____ dias	54.____	54.____	54.____
<b>55. Duração da amamentação exclusiva:</b> _____ dias	55.____	55.____	55.____
<b>56. Número de mamadas por dia:</b> _____	56.____	56.____	56.____

<b>57. Como o bebê se comporta na hora de mamar?</b> 1-aceita bem a mama 2-fica irritado na hora de pegar a mama 3- chora na hora de pegar a mama	57.____	57.____	57.____
<b>58. Desde que voltaram da maternidade você e o bebê já receberam visita domiciliar? (Perguntar somente no 2º mês) SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 62</b> 1-Não 2-Sim	58.____	58.____	58.____
<b>59. Quem fez a visita domiciliar?</b> 1-enfermeiro 2-médico 3-ACS 4 - Outro: _____	59.____	59.____	59.____
<b>60. Recebeu orientações sobre o AM na visita domiciliar?</b> 1- Não 2-Sim	60.____	60.____	60.____
<b>61. Quais orientações?</b> 1- Benefício do AM 2-Técnica de amamentação 3- Dificuldades no AM 4-Outros: _____	61.1__ 61.2__ 61.3__ 61.4__	61.1__ 61.2__ 61.3__ 61.4__	61.1__ 61.2__ 61.3__ 61.4__
<b>62. Esse mês o bebê já foi para a consulta da puericultura? SE NÃO, PULAR PARA A QUESTÃO 66</b> 1-Não 2- Sim	62.____	62.____	62.____
<b>63. Quem realizou a consulta de puericultura?</b> 1- Enfermeiro 2- Médico	63.____	63.____	63.____
<b>64. Recebeu orientações sobre o AM na consulta?</b> 1 – Não 2-Sim	64.____	64.____	64.____
<b>65. Quais orientações?</b> 1- Benefício do AM 2-Técnica de amamentação 3- Dificuldades no AM 4-Outros: _____	65.1__ 65.2__ 65.3__ 65.4__	65.1__ 65.2__ 65.3__ 65.4__	65.1__ 65.2__ 65.3__ 65.4__
<b>66. O bebê está ganhando peso?</b> 1-Não 2-Sim 3- Não foi informado 4-Não foi pesado	66.____	66.____	66.____
<b>67. A criança adoeceu esse mês? 1-Sim 2-Não</b>	67.____	67.____	67.____
<b>68. Qual foi o motivo?</b> 1-diarreia 2-problema respiratório 3-problema de pele 4-febre 5-icterícia 6-outro _____	68.____	68.____	68.____
<b>69. Quantas horas você fica em casa? _____ horas</b>	69.____	69.____	69.____
<b>70. Retornou ao trabalho ou aos estudos esse mês?</b> 1-Sim 2-Não	70.____	70.____	70.____
<b>71. Há quantos dias? _____ dias</b>	71.____	71.____	71.____

## APÊNDICE H - FICHA CLÍNICA PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO:

TÍTULO:  
AUTORIA:  
ANO:  
BASE DE DADOS:  
PAÍS:

### 2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

POPULAÇÃO:  
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:  
TÉCNICA DE RANDOMIZAÇÃO:  
AMOSTRA INICIAL DO ESTUDO:  
AMOSTRA FINAL DO ESTUDO:  
PERDAS:

### 3. INTERVENÇÃO

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO NO GRUPO EXPERIMENTAL E CONTROLE:  
REFERENCIAL TEÓRICO UTILIZADO:  
PROVEDOR DA INTERVENÇÃO:  
PERÍODO DA INTERVENÇÃO:

### 4. DESFECHOS:

QUAIS DESFECHOS FORAM AVALIADOS:  
PERÍODO DE AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS:

### 5. RESULTADOS:

DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO GI E NO GC:  
EXCLUSIVIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO NO GI E NO GC:  
AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR DO GI E DO GC:

OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE I - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

### Orientações Gerais para a Coleta de Dados

Esse POP objetiva fornecer orientações gerais para a coleta de dados, para isso apresenta uma lista de atividades a serem seguidas pelos pesquisadores.

**1º Passo:** Inicialmente deve-se aplicar os critérios de elegibilidade às puérperas internadas no alojamento conjunto, explicar os objetivos da pesquisa e solicitar o consentimento livre e esclarecido, com assinatura do termo.

Os critérios de inclusão a serem utilizados são: mulheres no puerpério imediato (período entre o primeiro e o décimo dia após o parto); com no mínimo seis horas de pós-parto; puérperas com gestação única, a termo (idade gestacional  $\geq 37$  semanas;  $< 41$  semanas); puérperas maiores de 12 anos; puérperas com recém-nascidos internados em alojamento conjunto; puérperas que estejam realizando a prática do AM e que tenham pelo menos um contato telefônico.

Os critérios de exclusão que devem ser aplicados são: Puérperas que declaram a intenção de não amamentar; Puérperas que apresentem intercorrências clínicas no momento da coleta de dados (cardiopatias, nefropatias, diabetes, hipertensão, entre outros); Mulheres com intercorrências obstétricas no período puerperal (anemia, sangramento transvaginal, cefaleia pós-raquidiana, entre outros); Puérperas que apresentem algum tipo de contraindicação à amamentação (síndrome da Imunodeficiência Adquirida, dependência química, dentre outras); Puérperas com restrições mentais que impossibilitem a compreensão do instrumento; Puérperas com filhos internados na unidade de terapia intensiva; Puérperas que realizaram redução da mama ou colocaram prótese mamária; Puérperas cujos filhos nasceram com deficiências que impedem ou dificultem a amamentação (fenda palatina, atresia de esôfago, dentre outros); Puérperas portadoras de deficiência auditiva.

**2º Passo:** Após a aplicação dos instrumentos para coleta de dados, deve-se proceder à randomização das participantes no grupo intervenção e controle. Será realizada randomização em “blocos” de 20 puérperas, e a aleatorização ocorrerá através de um algoritmo computadorizado (HULLEY *et al.*, 2008). Assim, à medida que 20 formulários forem preenchidos, os formulários devem

ser entregues ao estatístico que irá realizar a randomização para o GI (Grupo Intervenção) e GC (Grupo Controle).

**3ª Passo:** Ressaltar para a puérpera no momento de coleta de dados que essa pesquisa irá envolver tanto esse momento da entrevista no alojamento conjunto, quanto entrevistas por meio de ligações telefônicas. Esse momento deverá ser aproveitado para certificar-se de que a mulher possui número de telefone fixo em sua casa ou número de celular dela ou de alguém que more com ela. Questionar quanto ao melhor horário para entrar em contato durante os próximos seis meses.

**4º Passo:** A pesquisadora será responsável pela aplicação da estratégia educativa nos grupos de intervenção. Para garantir o cegamento do estudo, a aplicação dos instrumentos de pesquisa e de avaliação do desfecho serão de responsabilidade prioritariamente dos auxiliares de pesquisa.

**5º Passo:** Para a coleta dos dados é necessário seguir a aplicação dos instrumentos de coleta de dados da seguinte maneira:

- **No alojamento conjunto:**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE A;
- Aplicação da Escala de Autoeficácia na Amamentação/Forma Abreviada (BSES-SF) –ANEXO A;
- Aplicação do formulário para caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamental, de antecedentes obstétricos e da gestação atual; e do formulário com dados relacionados ao parto, puerpério e alimentação do recém-nascido a todas as puérperas internadas no Alojamento Conjunto que irão compor a amostra (APÊNDICE C);

- **No acompanhamento por telefone:**

- Aplicação do instrumento para cada sessão da intervenção e do instrumento para entrevista motivacional somente com o grupo intervenção (APÊNDICES D e E);
- Aplicação do instrumento para avaliação do desfecho, para caracterizar o padrão alimentar da criança no segundo, quarto e sexto mês de vida durante o acompanhamento telefônico, juntamente com a aplicação da BSES-SF

novamente tanto para o Grupo controle como para o Grupo intervenção (APÊNDICE G e ANEXO A).

**6º Passo:** Leia atentamente as instruções abaixo para cada etapa da coleta de dados e para aplicação de cada instrumento.

### **POP PARA COLETA DE DADOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Este POP foi elaborado com o objetivo de delinear a etapa de coleta de dados no alojamento conjunto.

#### **Siga os passos a seguir:**

**1º Passo:** É necessário se apresentar à mulher (nome, instituição), mencionando que se trata de uma pesquisa a respeito da confiança materna para amamentar o filho, bem como explicar os objetivos da pesquisa.

**2º Passo:** Leia com a mulher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo as dúvidas que possam surgir, indicando os benefícios e possíveis riscos do estudo (APÊNDICE A). Caso a mulher aceite participar do estudo, é necessário que ela assine o TCLE, sendo uma via entregue a ela e a outra ficando com o pesquisador.

**3º Passo:** Informar a mulher que a coleta de dados terá início com as questões da escala, lembrando-a que não existe resposta certa ou errada, pois o que se quer saber é se ela se sente confiante para amamentar o seu filho. Não queremos saber sobre o conhecimento dela com relação à amamentação, mas sim se ela se sente capaz de fazer as ações que a escala indica ao amamentar.

**4º Passo:** Explicar o formato da escala e as opções de resposta. Exemplifique as possíveis respostas com o item da escala. **Observação:** Ler POP para aplicação da escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma abreviada (BSES-SF).

**5º Passo:** Perguntar se ela ainda apresenta alguma dúvida e em caso afirmativo elucide-a.



**6º Passo:** Fazer a leitura de cada item da escala em negrito. Caso perceba que a puérpera ficou com alguma dúvida, esclareça melhor o item por meio das sugestões que constam no POP completo.

**7º Passo:** Explicar que fará a coleta dos dados dos outros formulários, anotando logo no início os contatos telefônicos dela.

**8º Passo:** Coletar informações referentes aos dados sociodemográficos, antecedentes obstétricos, gestação atual, parto, puerpério e alimentação do RN por meio de entrevista com a puérpera (APÊNDICE C).

**9º Passo:** Ao final da aplicação dos formulários, recapitular os melhores dias e horário para realização do primeiro contato e os números de telefone, sem esquecer de agradecer pela participação dela no estudo.

### **POP PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – (BSES-SF)**

Este POP foi elaborado com o objetivo de delinear a coleta de dados com a utilização da BSES-SF.

- A autoeficácia materna para amamentar será mensurada por meio da aplicação da escala Breastfeeding Self-Efficacy – Shot Form (BSES-SF) validada no Brasil (DODT, 2008). Cada item da escala pode variar de 1 a 5 pontos, ou seja, de discordo totalmente a concordo totalmente, a depender da avaliação da mulher.

- Antes da aplicação da escala é necessário orientar a participante a respeito de como ela deve compreender a escala, informando o significado que cada um dos extremos da escala apresenta, como por exemplo, o número 5 (concordo totalmente) significa que ela está bastante segura, ao contrário do número 1 (discordo totalmente) que indica que ela não se sente nem um pouco segura para realizar aquela ação com relação à amamentação do filho. Também é fundamental dizer a cada mulher que não existem respostas certas ou erradas, pois essa é uma escala que vai medir a confiança dela para amamentar o filho, indicando o quanto ela se sente capaz de realizar essa prática, não estando relacionada ao conhecimento que ela possui com relação à amamentação.

**- Siga os passos a seguir:**

**1º Passo:** Informar que para cada uma das 14 afirmações, a mulher terá cinco opções para responder, sempre relacionadas com o quanto ela se sente confiante para amamentar o filho. Entregar uma cópia ampliada da escala para que ela possa ir acompanhando a leitura, indicando que as opções vão de 1 que significa que ela discorda totalmente do que foi dito, 2 que ela apenas discorda, 3 que às vezes concorda com a afirmação, 4 que concorda com o que foi dito até 5 que vai indicar que ela concorda totalmente com o item.

**2º Passo:** Para facilitar a compreensão da mulher, é necessário exemplificar com um item da escala. Por exemplo, o item “Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família”, lembrar a mulher que não se quer saber se ela amamenta ou não na frente da sua família, o que se quer saber é se ela se sente capaz de amamentar de forma confortável na frente de pessoas da sua família. Siga o exemplo com cada uma das possíveis respostas: Se a senhora responder \_\_\_\_\_ (ver coluna alternativa), é como se a senhora estivesse dizendo que \_\_\_\_\_ (ver coluna do significado correspondente).

<b>Resposta</b>	<b>Alternativa</b>	<b>Significado</b>
1	Discordo totalmente	A senhora <b>não se sente de maneira alguma</b> segura de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da sua família, <b>nunca se sente segura de</b> amamentar dessa forma
2	Discordo	A senhora <b>não se sente segura</b> de amamentar seu filho confortavelmente na frente de pessoas da sua família
3	Às vezes concordo	A senhora <b>às vezes se sente segura</b> de amamentar seu filho confortavelmente na frente de pessoas da sua família
4	Concordo	A senhora <b>se sente segura</b> de amamentar seu filho confortavelmente na frente de pessoas da sua família
5	Concordo totalmente	A senhora <b>se sente completamente segura</b> de amamentar seu filho confortavelmente na frente de pessoas da sua família

**3º Passo:** Ao final da explicação, identificar se a mulher ainda possui alguma dúvida, em caso positivo, sempre esclarecer antes de iniciar a aplicação da escala.

**4º Passo:** Caso não haja nenhuma dúvida, pergunte a mulher se já poderá começar a aplicação da escala. Leia cada item da escala em negrito, caso a mulher responda com segurança não é necessário realizar a explicação do item, mas se for percebido alguma dúvida ou longos momentos de silêncio, é importante o esclarecimento por meio das sugestões que estão entre parênteses indicadas abaixo:

1. **Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente** (Você sempre sente segurança que o seu bebê está satisfeito com o leite do peito).
2. **Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios** (Supera com sucesso a amamentação e outros desafios da vida). (Você sempre se sente segura para lidar com a amamentação da mesma forma que lida com outros desafios da vida).
3. **Eu sempre alimento o meu bebê sem usar o leite em pó como suplemento** (Você sempre se sente segura para alimentar o seu bebê sem usar outro tipo de leite).
4. **Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada** (Você sempre se sente segura para perceber se o seu bebê pega bem o peito).
5. **Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer** (Você sempre se sente segura para se satisfazer com a amamentação).
6. **Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando** (Você sempre se sente segura para amamentar o seu bebê, mesmo quando ele está chorando).
7. **Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando** (Você sempre se sente segura em continuar amamentando o seu bebê todas as circunstâncias).
8. **Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família** (Você sempre se sente segura para amamentar com tranquilidade na frente da sua família)
9. **Eu sempre fico satisfeita com minha experiência de amamentar** (Você sempre se sente segura e satisfeita com a amamentação).
10. **Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo** (Mesmo consumindo meu tempo eu quero amamentar). (Você sempre se sente segura para continuar amamentando, mesmo que consuma muito o seu tempo).
11. **Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro** (Você sempre se sente segura para trocar de mama durante a amamentação).
12. **Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele** (a cada mamada). (Você sempre se sente segura para oferecer o peito a cada alimentação do bebê).
13. **Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê** (Organizo as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com as necessidades do bebê). (Você sempre se

sente segura para amamentar e satisfazer as suas necessidades).

14. **Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada** (Você sempre se sente segura para saber quando o bebê terminou de mamar).

**6º Passo:** Ao terminar a aplicação da escala, informar as mulheres que serão feitas algumas perguntas em relação à sua vida, sua gestação, parto e o seu filho, e inicie a aplicação dos formulários.

**7º Passo:** Não esquecer de registrar todos os possíveis contatos telefônicos da puérpera, bem como os melhores dias e horário para sua realização, com a finalidade de acompanhá-las durante os primeiros seis meses de vida da criança.

**8º Passo:** No caso da aplicação da escala durante o acompanhamento telefônico no segundo, quarto e sexto mês da criança, explicar a ela que serão feitas algumas perguntas relacionadas à alimentação do seu filho e que não irá demorar muito.

**9º Passo:** Leia atentamente o POP para aplicação dos formulários.

\* Os quadros utilizados no POP foram adaptados da tese de doutorado: Ensaio clínico controlado e randomizado em sessão grupal com puérperas para promoção da confiança materna em amamentar, de autoria de Andressa Peripolli Rodrigues; 2015.

## POP PARA REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA POR TELEFONE (PESQUISADORA)

Este POP objetiva fornecer subsídios para a realização da Intervenção educativa por telefone para o GI. A intervenção desta pesquisa consiste em uma intervenção educativa por telefone para melhoria da autoeficácia, duração e exclusividade do AM, realizada até o 5º mês pós-parto. Será realizada por meio de contato telefônico com 7, 30, 90 e 150 dias pós-parto, e utilizará a abordagem da entrevista motivacional (EM). As ligações serão realizadas em dias e horários previamente estabelecidos entre a pesquisadora e as pacientes.

### **Siga os Passos a seguir:**

**1º Passo:** No primeiro contato telefônico a pesquisadora deve se apresentar, e a paciente será lembrada quanto a primeira abordagem realizada no alojamento conjunto, bem como da pesquisa da qual está participando. A pesquisadora deve utilizar de técnicas comunicativas com o intuito de estabelecer vínculo com a paciente, adquirindo sua confiança e fidelização.

**2º Passo:** Preencher o formulário para cada sessão da intervenção, respondendo sobre dados referentes ao contato, número de tentativas, dias pós-parto, duração do contato, se estava amamentando ou não, principal motivo para desmamar, tipo de amamentação, duração do AM e do AME, bem como os itens da autoeficácia e as dificuldades abordadas em cada sessão da intervenção (APÊNDICE D).

**3º Passo:** Após esse momento inicial, será realizada a intervenção educativa através de um formulário que aborda a Entrevista motivacional (EM) (APÊNDICE E), sendo utilizada a técnica evocar-informar-evocar, que é indicada para mudar comportamentos dos pacientes de forma colaborativa através de sua motivação.

**4º Passo:** Perguntar como a paciente está, e pedir permissão para conversar sobre as dificuldades apresentadas e fazer algumas perguntas.

**5º Passo:** Realizar a fase de Evocação, perguntando o que a participante já sabe sobre o item da escala que ela apresentou baixa autoeficácia ou sobre a dificuldade que ela expressou.

**6º Passo:** Realizar a fase de Informação, utilizando as três habilidades de perguntar, escutar e informar para desenvolver o diálogo sobre o item da escala de autoeficácia que a puérpera apresentou baixa pontuação, ou sobre as dificuldades expressas pelas puérpera. Lembrar que os assuntos serão abordados a partir das prioridades e anseios das mulheres.

**7º Passo:** Realizar novamente a fase de Evocação, perguntando o que a mulher compreendeu de todas as informações que foram discutidas, pedir que ela repita o que ficou claro para ela acerca das informações, e, por último, questionar se ela acha importante melhorar a dificuldade apresentada para ter sucesso na amamentação.

**8º Passo:** Durante a EM utilizar o instrumento criado para guiar os momentos em que foram necessários usar a técnica informar. O instrumento é baseado na Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1977) e no conceito de autoeficácia em amamentar (DENNIS, 1999); e em algumas literaturas pertinentes sobre a temática (BRASIL, 2015; DODT, 2008). (APÊNDICE F).

**8º Passo:** Concluir a entrevista questionando qual seria o melhor dia e horário para o próximo contato telefônico, e agradecendo pela atenção e contribuição para o estudo.

**9º Passo:** Registrar as anotações importantes no instrumento, marcar os dois itens da autoeficácia em que a intervenção foi centrada, e quais as dificuldades que a participante apresentou que foram trabalhadas na intervenção.

**10º Passo:** Nas ligações subseqüentes a pesquisadora também deve perguntar sobre as dificuldades relatadas nos contatos anteriores e como a mulher está superando elas, buscando estabelecer vínculo e dar atenção e continuidade ao cuidado com a paciente.

## **POP PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO APÓS A REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO (AVALIAÇÃO DO DESFECHO)**

Este POP foi criado com o objetivo de indicar os procedimentos necessários para a coleta de dados sobre o padrão alimentar da criança após a realização da intervenção. A aplicação desse instrumento deverá ocorrer no segundo, quarto e sexto mês pós-parto por telefone tanto para o GI como para o GC para realizar o acompanhamento das puérperas e avaliação das variáveis desfecho da pesquisa. Essa fase será realizada pelos auxiliares de pesquisa para não comprometer o cegamento do estudo.

### **- Siga os passos a seguir:**

**1º Passo:** O auxiliar de pesquisa deve se apresentar, e a paciente será lembrada quanto a pesquisa que está participando.

**2º Passo:** Coletar as informações do instrumento, como: tipo de aleitamento materno, duração e exclusividade da amamentação, motivo do desmame precoce para aquelas que interromperem a amamentação, número de mamadas por dia, comportamento da criança, se já teve visita domiciliar ou puericultura, se retornou ao trabalho, dentre outros. Todas as informações destas variáveis serão fornecidas pela mãe da criança. O tipo e período de aleitamento materno será mensurado ao longo do acompanhamento da mulher e da criança até os seis primeiros meses de vida, conforme recomendações a seguir (BRASIL, 2015; WHO, 2007):

<b>Tipo de Aleitamento</b>	<b>Definição</b>
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>	A criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, e pode receber gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
<b>Aleitamento materno predominante</b>	A criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas e fluidos rituais.
<b>Aleitamento materno</b>	A criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
<b>Aleitamento materno complementado</b>	A criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo
<b>Aleitamento materno misto ou parcial</b>	A criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

**4º Passo:** Ao término da aplicação do formulário referente à avaliação dos desfechos lembrar a mulher que irá ligar para ela depois de 60 dias, recapitulando o melhor dia e horário para realização desta ligação e questioná-la se existe possibilidade do contato telefônico mudar, solicitando uma segunda opção de número telefônico. Após, agradecer por sua participação no estudo, explicando o quanto ela é importante para esta pesquisa.



# ANEXOS

## ANEXO A - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA

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

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

	Discordo totalmente	2	3	4	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 outros desafios da vida).	1	2	3	4	5
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar o leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre fico satisfeita com minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre 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 as minhas necessidades de banho, sono, alimentação com as necessidades do bebê).	1	2	3	4	5
14. Eu sempre sei quando meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** Anne Fayma Lopes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42495114.4.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.026.156

**Data da Relatoria:** 16/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

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

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral

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

Específicos

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

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

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.026.156

telemonitoramento e as que não receberam.

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

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br