



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

**REGINA CLÁUDIA MELO DODT**

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA  
PARA AUTOEFICÁCIA DA AMAMENTAÇÃO**

**FORTALEZA  
2011**

REGINA CLÁUDIA MELO DODT

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA  
PARA AUTOEFICÁCIA DA AMAMENTAÇÃO

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

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

FORTALEZA  
2011

REGINA CLÁUDIA MELO DODT

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA  
PARA AUTOEFICÁCIA DA AMAMENTAÇÃO

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Data da aprovação: 20/12/2011

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Pedro Demo  
Universidade de Brasília - UnB

---

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa  
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO

---

Prof. Dra. Priscila de Souza Aquino  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá  
Universidade Federal do Ceará – UFC

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

---

D667e      Dodt, Regina Cláudia Melo.

Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação / Regina Cláudia Melo Dodt. – 2011.

166 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.

Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde

Orientação: Prof. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

1. Estudos de Validação. 2. Tecnologia Educacional. 3. Aleitamento Materno. 4. Enfermagem.  
I. Título.

**A meu Pai Melo Costa (*in memoriam*)**

*Pai*

*Você foi meu herói, meu bandido. Hoje é  
mais muito mais que um amigo. Nem  
você, nem ninguém tá sozinho. Você faz  
parte desse caminho. Que hoje eu sigo  
em paz*

*Pai*

*Paz*

(Fábio Junior)

## AGRADECIMENTOS

Deus, o Senhor do impossível, o meu sustento, meu refúgio, minha fortaleza!

Aos amados e saudosos Vovô Vicente e Vovó Stela (*in memoriam*), em nome dos tios, tias e primos (as) pela confiança em meu potencial.

À minha mãe MARIA VILMA, exemplo de honestidade, coragem, inexpugnável na fé, que sempre pousou sobre mim aquele olhar amoroso, fortalecedor e confiante nas minhas aptidões e escolhas, agradeço seu empenho incondicional.

Ao meu esposo Luiz Carlos e filhos Bruno, Mariana e Rebeca, na esperança de que um dia compreendam a magnitude desse sonho realizado.

Às minhas irmãs Adriana Maria, Andréa e Fabiana Stela, pelo companheirismo, cumplicidade e força;

À Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Lorena, modelo de Mestre, orientadora, dotada de sabedoria e generosidade, ser humano extraordinário, que apesar das minhas dificuldades e limitações confiou em mim;

Aos presentes que Deus me trouxe nessa incrível viagem... Fernanda, Ludmila, Ádria, Julliana, Marcos e Milena;

Ao Tio Coutinho por contribuir e partilhar tão generosamente comigo, nessa jornada de forma incansável, sempre solícito e resoluto;

À Zélia Mota, mais que gestora: amiga, apoio contínuo...

À amiga e enfermeira Dra. Régia que me inseriu no mundo mágico da pesquisa, acreditou quando nem eu supunha;

Aos integrantes da banca examinadora, por suas considerações relevantes;

Ao Prof. Dr. Pedro Demo que ensina com seu exemplo de vida e modo de ver o mundo, além de sua capacidade intelectual inquestionável, admirável humildade.

À Eliane, Fátima e Carminha, fiéis escudeiras, sempre a meu lado sem exigir explicações, simplesmente contribuindo, intercedendo.

A todas as mulheres que desejam ou desejaram amamentar;

Às puérperas do estudo que carinhosamente contribuíram com cada palavra.

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

“Onde você vê um obstáculo, alguém vê o término da viagem e o outro vê uma chance de crescer. Onde você vê a teimosia, alguém vê a ignorância. Um outro compreende as limitações do companheiro, percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo E que é inútil querer apressar o passo do outro, a não ser que ele deseje isso. Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar. Porque eu sou do tamanho do que vejo. E não do tamanho da minha altura.

(Fernando Pessoa)

## RESUMO

As características individuais do processo de amamentação devem ser consideradas, bem como a relevância da educação em saúde apropriada à mulher no período puerperal, no ambiente do Alojamento Conjunto (AC). Dessa forma, teve-se como objetivo geral construir e validar tecnologia educativa para promoção da autoeficácia materna no ato de amamentar. Tratou-se de pesquisa quase experimental antes-depois, com grupo de controle não equivalente, tendo como amostra 201 puérperas nas unidades de AC, de uma maternidade pública de referência terciária na assistência perinatal e neonatal, em Fortaleza. A coleta dos dados ocorreu no período de maio de 2010 a maio de 2011 em quatro etapas. Na primeira etapa, aplicaram-se dois instrumentos: a Escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), versão brasileira, e o formulário sócio demográfico e clínico-obstétrico para o grupo intervenção (GI) e grupo comparação (GC). Na segunda etapa, o GC recebeu cuidados da equipe, de acordo com a rotina convencional preconizada pela instituição e o GI foi submetido à intervenção educativa individual por meio do álbum seriado: "Eu posso amamentar o meu filho", construído a partir da reflexão dos itens da BSES-SF, dos pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1986) e de referências sobre aleitamento materno. Essa tecnologia educativa foi submetida à avaliação por 10 juízes, resultando no Índice de Validade de Conteúdo de 0,92 em relação às figuras e 0,97 quanto às fichas-roteiro. En la segunda etapa, el CG recibió equipo de atención, de acuerdo a la rutina convencional establecida por la institución y el GI fue sometido a la intervención educativa individual a través del álbum ilustrado: "Yo puedo amamantar a mi hijo", construído a partir de reflexión de los ítems de la BSES-SF, de los supuestos de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1986) y de referencias acerca de la lactancia materna. Esta tecnología educativa fue sometida a la evaluación por 10 jueces, lo que resulta en el índice de la Validez del Contenido de 0,92 frente al 0,97 cuanto a las fichas-guías. A terceira etapa consistiu da aplicação da escala BSES-SF nas puérperas antes da alta hospitalar. Já a quarta etapa ocorreu com dois meses de puerpério, novamente com a aplicação da escala às puérperas do GI e do GC, por contato telefônico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados evidenciaram que os grupos são similares, pois as seguintes variáveis não apresentaram diferença estatística: idade, tipo de moradia, tabagismo, etilismo, recebe ajuda nas atividades domésticas, espaço reservado para amamentar, origem da água utilizada e existência de pia com água e sabão no banheiro, número de gestações, paridade, número de abortos, amamentação anterior e tempo de aleitamento materno. Apenas se diferenciaram de forma estatisticamente significativa as variáveis: estado civil ( $p=0,027$ ), ocupação ( $p=0,022$ ) e número de filhos ( $p=0,037$ ), com maiores prevalências no grupo comparação. Nas etapas 1 e 2 não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos GI e GC, apesar dos escores da escala BSES-SF terem sido mais elevados no GI. Entretanto na etapa 3 (dois meses de puerpério) essas diferenças apresentaram significância estatística ( $p<0,0021$ ). Isto revela que a intervenção utilizando o álbum seriado favoreceu a autoeficácia materna. Quanto à relação entre o aleitamento materno e as mudanças nos escores da BSES-SF, pode-se verificar associação estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ), demonstrando que, no GI, 100% das mulheres investigadas em ambos os momentos permaneceram em aleitamento materno, enquanto que no GC este índice reduziu para 41,0%, no terceiro momento. Conclui-se que a intervenção educativa utilizando-se o álbum seriado "Eu posso amamentar o meu filho" promoveu não só a elevada autoeficácia materna para amamentar, como maior duração do aleitamento materno.

**Palavras-chave:** Estudos de Validação. Tecnologia Educacional. Aleitamento Materno. Auto-Eficácia. Enfermagem.

## ABSTRACT

The individual characteristics of the breastfeeding process must be considered, as well as the importance of appropriate health educational for women in the postpartum period in rooming-in. Thus, we aimed to design and validate the educational technology to promote maternal self-efficacy in the act of breastfeeding. It was a quasi-experimental before-after research with nonequivalent control group, with a sample of 201 postpartum women in rooming-in units of a public maternity reference in tertiary perinatal and neonatal care in Fortaleza, Brazil. Data collection happened from May 2010 to May 2011 in four moments. In the first moment, we applied two instruments: the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), and the socio-demographic and clinical-obstetrics questionnaire for the intervention group (IG) and the comparison group (CG). In the second moment, the CG received team care, according to the conventional routine preached by the institution and the IG was submitted to individual educational intervention through the serial album "I can breastfeed my child", designed based on a reflection of the items from BSES-SF, the assumptions of Bandura's Self-efficacy Theory (1986) and references on breastfeeding. This educational technology was submitted to the evaluation of 10 judges, resulting in the Content Validity Index of 0.92 regarding figures and 0.97 regarding scripts. The third moment consisted in the application of the BSES-SF in puerperas before hospital discharge. And the fourth moment was carried out in the first two months of postpartum, again with the application of the scale to puerperas from IG and CG, by telephone. The study was approved by the Research Ethics Committee. The results showed that the groups are similar, once the following variables did not present statistically significant difference: age, type of dwelling, smoking, alcohol consumption, get help with household chores, space reserved for breastfeeding, water source used and the existence of a sink with water and soap in the bathroom, number of pregnancies, parity, number of abortions, previous breastfeeding and breastfeeding duration. The only variables that presented statistically significant difference were: marital status ( $p=0.027$ ), occupation ( $p=0.022$ ) and number of children ( $p=0.037$ ), with higher prevalence in the comparison group. In the first and second moments there was no statistically significant association between IG and CG, despite the higher BSES-SF scores in IG. However at the third moment (two months of postpartum) they presented statistically significant difference ( $p<0.0021$ ). This shows that the intervention using the serial album favored the maternal self-efficacy. As for the relationship between breastfeeding and the changes in the BSES-SF scores, we can verify statistically significant association ( $p<0.001$ ), demonstrating that in the IG 100% of women surveyed at both moments kept breastfeeding, whereas in the CG this rate decreased to 41.0% in the third moment. We concluded that the educational intervention using the serial album "I can breastfeed my child" not only promoted the high maternal breastfeeding self-efficacy, but also promoted a longer period of breastfeeding.

**Key words:** Validation Studies. Educational technology. Breastfeeding, Self-efficacy. Nursing.

## RESUMEN

Las características individuales del proceso de la lactancia materna deben ser consideradas, bien como la importancia de la educación en salud apropiada a la mujer en el puerperio, el alojamiento conjunto (AC). Así, el objetivo general fue construir y validar la tecnología educativa para promover la autoeficacia materna en el acto de amamantar. Investigación cuasi experimental antes-después, con grupo control no equivalente, con muestra de 201 puérperas en las unidades de AC, de maternidad pública de referencia de tercer nivel perinatal y neonatal en Fortaleza. La recolección de datos ocurrió de mayo de 2010 a mayo de 2011 en cuatro etapas. En la primera, se aplicaron dos instrumentos: la versión brasileña de la Escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) y la encuesta con datos sociodemográficas y clínico-obstétrico para el grupo intervención (GI) y grupo comparación (GC). En la segunda etapa, el CG recibió equipo de atención, de acuerdo a la rutina convencional establecida por la institución y el GI fue sometido a la intervención educativa individual a través del álbum ilustrado: "Yo puedo amamantar a mi hijo", construido a partir de reflexión de los ítems de la BSES-SF, de los supuestos de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1986) y de referencias acerca de la lactancia materna. Esta tecnología educativa fue sometida a la evaluación por 10 jueces, lo que resulta en el índice de la Validez del Contenido de 0,92 frente al 0,97 cuanto a las fichas-guías. El tercer paso fue la aplicación de la escala SF-BSES en el posparto antes del alta hospitalaria. Y la cuarta y última etapa ocurrieron dos meses después del parto, con la aplicación de la escala a las puérperas del GI y GC, por teléfono. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Los resultados señalaron que los grupos son similares, pues las variables no fueron estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ): edad, tipo de vivienda, abuso de tabaco, alcohol, ayuda con las tareas del hogar, espacio para amamantar, fuente de agua utilizada y existencia de fregadero con agua y jabón en el baño, número de embarazos, paridad, número de abortos, lactancia materna anterior y tiempo de lactancia materna. Sólo difirieron de forma estadísticamente significativa las variables: estado civil ( $p=0,027$ ), ocupación ( $p=0,022$ ) y número de hijos ( $p=0,037$ ), con mayores prevalencias en el grupo comparación. En las etapas 1 y 2 no hubo asociación estadística significativa entre el GI y GC, a pesar de que las puntuaciones de la escala SF-BSES fueron más altas en GI. Sin embargo, en la tercera etapa (dos meses después del parto), estas diferencias presentaron significativas estadísticas ( $p < 0,0021$ ). Esto demuestra que la intervención mediante el álbum ilustrado favoreció la autoeficacia materna. Quanto a la relación entre la lactancia materna y los cambios en las puntuaciones BSES-SF, se puede verificar asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), lo que señalada que en el GI, 100% de las mujeres encuestadas en ambos momentos permanecieron en la lactancia materna, mientras que en GC este índice disminuyó a 41,0% en el tercer momento. La intervención educativa utilizándose el álbum ilustrado "Yo puedo amamantar a mi hijo", no sólo promovió la elevada autoeficacia lactancia materna, sino mayor duración de la lactancia materna.

**Palabras clave:** Estudios de Validación. Tecnología Educativa. Lactancia Materna. Autoeficacia. Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e de resultados. Adaptado de Bandura (1997).	16
<b>Figura 2</b>	Representação gráfica da elaboração e validação do álbum seriado.	34
<b>Figura 3</b>	Representação gráfica das etapas do estudo.	35
<b>Figura 4</b>	Distribuição da amostra do estudo.	40
<b>Figura 5</b>	Rabiscos iniciais para elaboração das figuras do álbum seriado.	52
<b>Figura 6</b>	Versão inicial das figuras contidas no álbum seriado sobre autoeficácia em aleitamento materno, apresentada aos juízes <i>experts</i> .	53
<b>Figura 7</b>	Clareza das ilustrações e compreensão das fichas-roteiro do álbum seriado, segundo parecer dos juízes.	54
<b>Figura 8</b>	Grau de relevância das ilustrações e fichas roteiro do álbum seriado.	54
	Capa do Álbum Seriado.	60
	Figura 1 (FR1).	61
	Figura 2 (FR2).	62
	Figura 3 (FR3).	63
	Figura 4 (FR4).	64
	Figura 5 (FR5).	65
	Figura 6 (FR6).	65
	Figura 7 (FR7).	66

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) das figuras e ficha roteiro, de acordo com análise dos juízes. Fortaleza/CE, jun-jul, 2010.	55
<b>Tabela 2</b>	Distribuição do número de puérperas segundo o grupo e características sociodemográficas e de moradia. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	70
<b>Tabela 3</b>	Comparação das médias das variáveis segundo o grupo. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	71
<b>Tabela 4</b>	Distribuição do número de puérperas segundo o grupo e antecedentes obstétricos. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	80
<b>Tabela 5</b>	Comparação das médias da escala total e dos domínios, grupo de intervenção e comparação, segundo os momentos. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	88
<b>Tabela 6</b>	Comparação das médias da escala total e dos domínios segundo o grupo e momento. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	92
<b>Tabela 7</b>	Comparação dos principais desfechos, segundo o grupo e os momentos 1 e 3. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	96
<b>Tabela 8</b>	Comparação dos principais tipos de alimentação e a média dos escores da BSES-SF, segundo os grupos, no Momento 3. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011.	96

## LISTA DE QUADROS E GRÁFICO

- QUADRO 1** dos artigos pesquisados de acordo com título do artigo, autores, intervenção/tecnologia utilizada ou desenvolvida por enfermeiros e público-alvo da intervenção. CINAHL, Scopus, Pubmed e LILACS, out, 2009. 23
- QUADRO 2** Aspectos inerentes da escala BSES-SF. Fortaleza/CE, 2008. 50
- GRÁFICO 1** Evolução das médias de autoeficácia em amamentar, nos dois grupos. Fortaleza/CE, maio, 2010-2011. 86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale
BSES-SF	Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form
COMPEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
DHA	Ácido Graxo Docosahexaenóico
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ECR	Estudo Clínico Randomizado
Fi	Figuras
FR	Fichas-roteiro
GC	Grupo Comparação
GI	Grupo de Intervenção
I-CVI	Validade de conteúdo dos itens individuais
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
NTG	Neoplasia Trofoblástica Gestacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
S-CVI/Ave	Média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala
S-CVI/UA	Proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 realmente relevante e 4 muito relevante, por todos os juízes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	Autoeficácia na amamentação.....	12
1.2	Tecnologias educativas para promoção do aleitamento materno.....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	30
2.1	Geral.....	30
2.2	Específicos.....	30
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	31
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	32
4.1	Tipo de estudo.....	32
4.2	Local do estudo.....	36
4.3	População e amostra do estudo.....	36
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	40
4.5	Operacionalização da coleta dos dados.....	41
	Primeira Etapa	42
	Segunda Etapa	42
	A Construção e Validação do Álbum Seriado e Intervenção Educativa	43
	Terceira Etapa	45
	Quarta Etapa	46
4.6	Teste piloto.....	47
4.7	Organização e análise dos dados.....	47
4.8	Considerações éticas.....	49
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	50
5.1	Construção e Validação do Álbum Seriado.....	50
5.2	Desenvolvimento da intervenção educativa: aplicação do álbum seriado – “Eu posso Amamentar o meu Filho”.....	59
5.3	Caracterização das puérperas do estudo em relação às variáveis sociodemográficas e de moradia.....	69
5.4	Resultados do estudo referente aos efeitos da intervenção com álbum seriado “Eu Posso Amamentar o meu Filho”.....	83
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	102
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	105
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	106
	<b>APÊNDICES</b> .....	130
	<b>ANEXOS</b> .....	156

## 1 INTRODUÇÃO

Não temos condição de ensinar nada às pessoas;  
só podemos ajudá-las a descobrir o que já está  
nelas.

GALILEU GALILEI

### 1.1 Autoeficácia na amamentação

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção na redução da morbimortalidade infantil, além de permitir forte impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe-filho.

Entre os efeitos protetores do leite humano, incluem-se a redução da incidência de doenças crônicas, como alergias, doença de Crohn, doença celíaca e alguns tipos de cânceres que acometem crianças (DAVIS, 2001; LABBOK, 2001). Além disso, há evidências dos benefícios da amamentação à saúde materna, confirmando-se a redução de peso mais rápida, menor risco de câncer de mama e de ovário, menor índice de fraturas de quadril por osteoporose e contribuição para o espaçamento entre as gestações (REA, 2004).

Não obstante, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (2009), as taxas de amamentação aumentaram, verificando-se prevalência de 41% de aleitamento materno exclusivo (AME) de menores de 6 meses, considerando as capitais brasileiras. Tem-se que a maior porcentagem de AME encontra-se na Região Norte (45,9%), e a menor (37%), no Nordeste do Brasil. Fortaleza é a capital em pior situação, com 32,9% de AME. No que diz respeito ao aleitamento materno (AM) de crianças de 9 a 12 meses, a prevalência é de 58,7%, no conjunto das capitais brasileiras, sendo também a melhor situação encontrada na Região Norte (76,9%), desta vez a pior, no Sul (49,5%). A estimativa de duração mediana de AM é de 341,6 dias (11,2 meses), no conjunto das capitais brasileiras, e a situação é considerada “muito ruim”, com apenas uma capital (Macapá) classificada como “ruim” (BRASIL, 2010).

Considera-se aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto

medicamentos; aleitamento materno (AM) quando a criança recebe leite materno com quaisquer líquidos ou alimentos (WHO, 2008) e desmame precoce a interrupção do aleitamento materno antes do lactente haver completado seis meses de vida, independente de decisão materna ou não, e do motivo de tal interrupção (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

O aleitamento materno por si só configura-se como importante intervenção, pela capacidade de redução, em 13% de mortes de crianças com menos de 5 anos (TERUYA; COUTINHO, 2006). Estudos têm mostrado que crianças amamentadas vivenciam menos otite média aguda e crônica (DUNCAN *et al.*, 1993; ANIANSSON *et al.*, 1994), bronquiolite (WRIGHT *et al.*, 1989), diarreia (HOWIE *et al.*, 1990), meningite (ARNOLD; MAKINTUBE; ISTRE, 1993), enterocolite necrotizante (LUCAS; COLE, 1990); sofrem menos infecções respiratórias recorrentes (WRIGHT *et al.*, 1995) e desenvolvem diabetes insulino-dependente (Tipo I) com menos frequência (MAYER *et al.*, 1988) do que as alimentadas com fórmulas lácteas no primeiro ano de vida. Além disso, as crianças têm maiores escores em testes visuais, cujo desempenho tem relação com concentração de ácido graxo docosahexaenóico (DHA) nos eritrócitos (BIRCH; BIRCH; HOFFMAN; UAUY, 1992a; BIRCH *et al.*, 1992b; MAKRIDES; SIMMER; GOGGIN; GIBSON, 1993).

Estimativas recentes de diversas formas de ação e suas consequências para a saúde da criança mostram que a promoção do aleitamento materno exclusivo é a intervenção isolada em saúde pública com maior potencial na diminuição da mortalidade na infância (TOMA; REA, 2008). Amamentação é considerada uma intervenção de que existem evidências de eficácia incontestável que, com base em estudos de efetividade, mostra-se viável na implementação em larga escala (DARMSTADT *et al.*, 2005).

Entre as crianças brasileiras, os dados indicam clara desvantagem das crianças pobres, na cobertura de intervenções de sobrevivência infantil. Além disso, os autores discutem que não basta alcançar boa cobertura, uma vez que, para serem efetivas, as intervenções precisam ser de boa qualidade (VICTORA; BARROS, 2005). Há evidências de que, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, a amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrintestinal e respiratório, havendo maior proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado (KRAMER *et al.*, 2001).

Embora existam evidências de superioridade do leite humano sobre as formas lácteas industrializadas, no que diz respeito aos benefícios da amamentação para crianças e mães, o Brasil encontra-se distante do cumprimento das metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e da manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais. Por isso, esses órgãos destacam a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida (DAVIS, 2001; REA, 2004; BRASIL, 2009).

Entretanto, mesmo que as evidências científicas ratifiquem a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentação da criança e embora haja esforços de diversos organismos nacionais e internacionais na promoção da prática, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, situam-se bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem papel essencial na reversão desse quadro (WHO, 2009; OTSUKA *et al.*, 2008).

O profissional, sobretudo o enfermeiro, há que iniciar a educação dos pais, sobre aleitamento materno no pré-natal. O casal deve ser orientado por pessoal qualificado, com aconselhamento adequado no período, proporcionando à gestante e parceiro oportunidade de tomada de decisão sobre o método a ser adotado na alimentação do bebê, não se olvidando a literatura e oportunidades educacionais, pois tomar a decisão de amamentar começa com boa informação (BRITTON *et al.*, 2007; KRONBORG *et al.*, 2007).

As mulheres também trazem saberes sobre a prática de amamentação, pelo convívio e experiências próprias, na família e comunidades em que vivem, com base no processo de ensinar e aprender (MONTRONE; FABBRO; BERNASCONI, 2009). Sendo assim, o apoio ao casal em processo de lactação deve ser contínuo durante o período da amamentação. Para tanto, é fundamental que profissionais de saúde atualizem conhecimentos e condutas para o desenvolvimento de atividades de forma eficiente (ARANTES; MONTRONE; MILIONE, 2008).

Sobre a atuação dos serviços de saúde, há que se ter condições em que estímulo e favorecimento ao aleitamento fazem diferença, inclusive influenciam no Aleitamento Materno Exclusivo (AME): 1) Incentivo e apoio às consultas do pré-natal; 2) Promoção do contato na maternidade imediatamente após o parto; e 3)

Prosseguimento de apoio nas primeiras consultas do recém-nascido (NOVAES; ALMEIDA; ORTIZ, 2004).

Nesse contexto, são prementes intervenções que sejam adequadas ao binômio em particular; para tanto, o enfermeiro analisa a situação, após o que se faz escolha de estratégia educativa, para se ter cuidado eficaz e de qualidade.

Assim, este estudo enfatiza a assistência ao binômio mãe-bebê, na maternidade, de forma particular, no alojamento conjunto. No Brasil, a maioria das maternidades adota o Alojamento Conjunto (AC), sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em mesmo ambiente até que se dê alta. O modelo assistencial possibilita todos os cuidados, bem como favorece a educação e orientação da mãe sobre saúde do binômio mãe-filho (BRASIL, 1993).

Por ser diminuto o período de internação no Alojamento Conjunto (AC), o profissional necessita de instrumento de avaliação que lhe dê suporte no julgamento das necessidades das clientes no processo de reorganização psíquica, para se fazerem intervenções que favoreçam e auxiliem a puérpera, na autoeficácia do aleitamento materno exclusivo, minimizando risco de desmame precoce (DODT, 2008).

O conceito de autoeficácia tem provado ser um constructo bastante versátil e heurístico, com aplicações em diversas áreas e especialidades, além da Psicologia (MARTINS; RIBEIRO, 2008).

Bandura (1977), psicólogo canadense, considera autoeficácia como crença em habilidade pessoal de desempenho, com sucesso, de determinadas tarefas ou comportamentos, com resultado desejável. A expectativa de autoeficácia é alimentada por fontes: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Diz, ainda, Bandura (1997) que as pessoas precisam de firme confiança na eficácia para que possam organizar e manter um comportamento. Também ressalta que confiar, crer na eficácia é a principal base de ação; a autoeficácia percebida se refere à crença ou confiança na capacidade de alguém para organizar e executar o curso da ação para produzir dado comportamento.

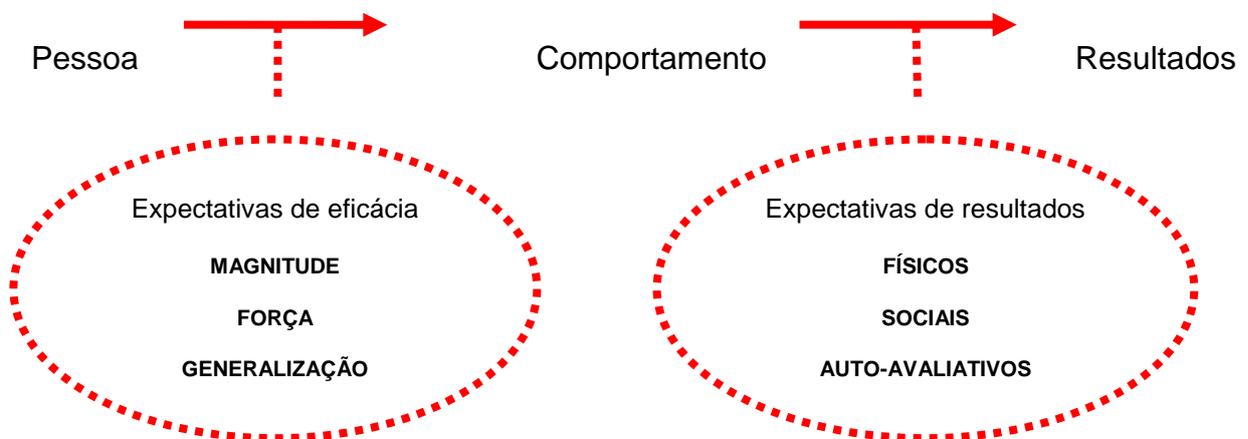
Autoeficácia é considerada fator passível de mudança por meio de ações de educação em saúde (DENNIS, 1999; DENNIS; FAUX, 1999). Assim, a abordagem do profissional de saúde não se restringe à assistência curativa, e sim à

busca de ações adequadamente preventivas (ALVES, 2005). Para tanto, é oportuno desenvolver estratégias de Educação em Saúde, pautadas na participação, construídas por meio da troca de experiências e de saberes entre profissional e cliente (CUCOLO; FARIA; CESARINO, 2007), demonstrando de tal modo, que mera transmissão de conhecimento é insuficiente (JESUS; JORGE, 1999).

Educação é componente essencial no trabalho de Enfermagem, podendo estar voltada para sua promoção, manutenção e adaptação a efeitos residuais de doenças (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Baseado nisso, Dennis (1999), enfermeira canadense, fundamenta-se na teoria da autoeficácia de Bandura (1977, 1986) para estudar a confiança da mulher no aleitamento materno.

O principal pressuposto da teoria da autoeficácia é que os procedimentos fisiológicos servem de meio de criação e fortalecimento das expectativas pessoais. As de autoeficácia são distintas das expectativas de resultados (Bandura, 1997), conforme **Figura 1**.



**Figura 1** - Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e de resultados. Adaptado de Bandura (1997).

Bandura (1997) ressalta que a expectativa de autoeficácia constitui-se de três dimensões (magnitude, força e generalização), fundamentada em quatro fontes de informação: experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal, e estado emocional e fisiológico. O autor refere que as de resultados assumem formas: efeitos físicos, sociais e de autoavaliação e cada uma se apresenta de forma positiva, servindo como estímulo; e negativa (desestimulando).

Bandura (1986) refere que autoeficácia medeia comportamentos de saúde porque as pessoas precisam acreditar na adesão a comportamentos saudáveis para que assim possam empreender os esforços necessários para alcançá-los. A crença da mulher de que é capaz (autoeficácia) de amamentar deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida.

Sendo assim, Dennis e Faux (1999) desenvolveram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), instrumento destinado à avaliação de expectativas pessoais, sobre autoeficácia da mulher que amamenta, e se tem mostrado eficaz para medir a confiança da mãe na habilidade de amamentar. Posteriormente a BSES foi validada em Porto Rico (MOLINA *et al.*, 2003), Austrália (CREEDY *et al.*, 2003), China (DAI; DENNIS, 2003) e Brasil (ORIÁ *et al.*, 2009).

A versão abreviada da BSES, conhecida como *short form* (BSES-SF), foi construída para ser utilizada no ambiente hospitalar, de forma a otimizar a assistência de enfermagem, na promoção do aleitamento materno (DENNIS, 2003a). Validada na Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007), Turquia (TOKAT; OKUMUS; DENNIS, 2010) e no Brasil (DODT, 2008; ZUBARAN *et al.*, 2010).

A BSES-SF constitui-se de 14 itens, no mesmo padrão de respostas da BSES, perfazendo total mínimo de 14 e máximo de 70 pontos, organizada de forma aleatória em duas categorias de domínio: Técnica (08 itens) e Pensamentos Intrapessoais (06 itens). Na primeira categoria, a escala focaliza aspectos técnicos do aleitamento materno mais citados pelas mulheres como: posição correta do bebê na amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de boa lactação, sucção do mamilo areolar, entre outros fatores. Na segunda, é levado em consideração o desejo de amamentar, motivação interna para a amamentação, satisfação com a experiência de amamentar, entre outros fatores (ORIÁ, 2008).

Dotd (2008) desenvolveu estudo com 294 puérperas em Fortaleza e a versão traduzida da BSES-SF apresenta elevado índice de confiabilidade Alfa de Cronbach (0,74) cujo valor coincidiu com a média do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) com variação entre 0,69 a 0,78, e concluiu que a BSES-SF é instrumento confiável, podendo ser utilizado para avaliar a percepção de puérperas, em autoeficácia para a prática do aleitamento materno. A autora verifica a confiabilidade da escala e a possibilidade concreta de sua utilização pelos enfermeiros no Alojamento Conjunto, constituindo relevante instrumento para

diagnóstico de confiança das mulheres no leite materno e no seu potencial de exercer a amamentação, possibilitando, assim, intervenções individualizadas e assistência voltada para a promoção da saúde.

A BSES - SF é instrumento norteador desse estudo, em função dos resultados obtidos na versão original que, segundo Dennis (2003a), diante da situação atual em que a internação hospitalar deve ser abreviada, a BSES-SF proporciona às enfermeiras do Alojamento Conjunto meio clinicamente útil que indica as áreas nas quais se faz necessário concentrar intervenções antes da alta hospitalar, para se obter um cuidado apropriado e efetivo, ajudando as mães no alcance dos objetivos de amamentação.

Dessa forma, a BSES-SF usa-se na avaliação do cuidado individualizado e guia de práticas específicas de saúde às mães, com intervenções de educação em saúde, de promoção do aleitamento materno exclusivo de crianças até seis meses de vida (DENNIS, 2003b).

McCarter-Spaulding e Gore (2009) corroboram a afirmação de Bandura (2001) de que autoeficácia é um conceito significativo para compreensão de comportamentos de saúde de grupos culturais e étnicos distintos. O fato é encorajador na prática clínica. Muitas diferenças entre grupos culturais e variáveis que influenciam o aleitamento materno não são modificáveis, e a identificação de variável potencialmente modificável que influencia os resultados fornece base teórica importante para o planejamento de intervenções. Os autores suscitam a necessidade de desenvolver intervenções de enfermagem com base na teoria utilizando o conceito de autoeficácia e ressaltam inúmeras oportunidades para realizar intervenções e reforço de autoeficácia no período da gestação (McCARTER-SPAULDING; GORE, 2009).

Os resultados do estudo de Nichols *et al.*, (2009), realizado no sudeste da Austrália, durante três meses, com 143 mulheres no terceiro trimestre de gestação (com 36 semanas ou mais), recrutadas em três clínicas pré natais, com intenção de amamentar, apoiam a hipótese de que a autoeficácia da amamentação pode ser aumentada pela intervenção, com base nas fontes de informação propostas por Bandura (1997). Em consenso as mulheres do grupo de intervenção mostraram tendência de amamentar por mais tempo e exclusivamente, do que as do grupo controle.

Estudo quase experimental foi realizado no Japão por Awano e Shimada (2010), com amostra por conveniência de 117 primíparas, recrutadas em duas clínicas no momento do parto, com o objetivo de medir a autoeficácia a partir da versão japonesa da BSES-SF, antes e após intervenção, com informações sobre as vantagens e noções básicas de amamentação, lista de verificação para avaliação do aleitamento por mães e parteiras, folheto e material audiovisual sobre amamentação. A pontuação BSES-SF do grupo intervenção nesse estudo, aumenta significativamente de 34,8 no puerpério, para 49,9 em um mês após o nascimento ( $p < 0,01$ ). No grupo controle, a pontuação vai de 39,5 no puerpério a 46,5 em um mês, após o nascimento ( $p = 0,03$ ). A taxa de amamentação pós parto total é de 90% para o grupo de intervenção e 89% para o de controle. Em menos de um mês de puerpério, a taxa de amamentação total diminui significativamente em 65% no grupo controle em comparação com 90% do grupo de intervenção ( $p = 0,02$ ). Os resultados sugerem que a intervenção aumenta a autoeficácia do aleitamento materno, com efeito positivo sobre a continuidade da amamentação (AWANO; SWHIMADA, 2010).

Considerando as características individuais do processo de amamentação e a relevância da atividade educativa apropriada à mulher, no período puerperal, no Alojamento Conjunto, este estudo analisa os efeitos de intervenção de educação em saúde em puérperas, baseado em escores de autoeficácia, com intuito de reduzir o desmame precoce, promovendo o processo de amamentação. Posto que com conhecimento das percepções pessoais relativas à competência, capacidade e meios de as puérperas lidarem de forma adequada com exigências do aleitamento materno, a Enfermagem intervém e promove a saúde do binômio mãe-filho.

## **1.2 Tecnologias educativas de promoção do aleitamento materno**

À análise da singularidade do binômio que assiste, o enfermeiro percebe a necessidade de adequar tecnologia com realidade e, ao ponderar a situação somente a partir do que faz, opta pelo tipo de tecnologia na utilização do cuidado individualizado e consecução de êxito.

A tecnologia consiste no conjunto de saberes e fazeres sobre produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho e constituem instrumento de ações na produção da saúde (NIETSCHE, 2000). Está presente em todas as etapas de cuidado de enfermagem, considerada ao mesmo tempo

processo e produto. Além disso, também se faz presente na forma como se estabelecem as relações entre agentes e no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA *et al.*, 2008).

As tecnologias podem ser utilizadas para facilitar a aquisição de conhecimentos e a troca de experiências, como meios de informação às pacientes. Porém, nem sempre a informação que necessita ser disponibilizada consegue ser processada de modo claro e eficaz. Segundo Demo (2000), a informação é em si ambivalente, tanto em quem a pronuncia, quanto em quem a recebe, pois a subjetividade tem grande relevância nessa percepção, além de sua dimensão estar limitada pelo aparato conceitualizador. Dessa forma, é imprescindível que ao criar uma tecnologia de informação, os profissionais vislumbrem as possibilidades de interpretação da mesma.

Sabendo da importância da temática tecnologia para a enfermagem, fez-se a revisão da literatura com pergunta norteadora sobre tipos de tecnologias que o enfermeiro desenvolve, utilizadas na promoção do aleitamento materno, visando sintetizar o conhecimento na área e, assim, fundamentar o cuidado do binômio mãe-filho.

Estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais tecnologias o enfermeiro tem desenvolvido ou utilizado na promoção do aleitamento materno?”.

São critérios de inclusão, neste estudo: publicação de temática em promoção do aleitamento materno pelo enfermeiro; desenvolvimento ou uso de alguma tecnologia de enfermagem no cuidado como foco central e objeto de estudo; estudo disponível e gratuito na íntegra; publicações em inglês, espanhol e português; publicações completas com resumos disponíveis e indexados nas bases *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); SCOPUS - Base de dados multidisciplinar; PubMed/Medline (*National Library of Medicine*); e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Destarte, foram excluídos editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, bem como estudos que não abordam temática relevante, ao alcance do objetivo da revisão.

Utiliza-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme) e do *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed), pelos quais identificam-se os respectivos descritores: aleitamento materno (*breast feeding*), enfermagem (*nursing*) e tecnologia (*technology*). Cabe salientar que na base de dados CINAHL são utilizados seus próprios descritores.

A busca fez-se no mês de outubro de 2009, a qual resultou em 127 referências levantadas em quatro bases de dados mencionadas, das quais 53 foram excluídas por não abordarem a temática da promoção do aleitamento materno, três repetem-se em outras bases de dados, 17 não relatam uso ou desenvolvimento de nenhuma intervenção/tecnologia que, em seis estudos, as intervenções não eram realizadas por enfermeiros. Além disso, 12 artigos não estavam disponíveis eletronicamente de modo gratuito, 20 não constituíam artigos de pesquisa, três consistiam em editoriais, e, três, em carta ao editor.

Dez referências da amostra foram examinadas por meio de formulário adaptado de Ursi (2005), o qual analisa, de cada artigo, os seguintes aspectos: identificação do estudo (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação); tipo de revista científica; características metodológicas do estudo (tipo de publicação, tecnologia utilizada/desenvolvida e público-alvo).

Pela análise dos artigos selecionados, verifica-se que a maioria (6 – 60%) dos estudos foi encontrada na base de dados Pubmed, observando-se distribuição temporal desigual, visto que prevaleceram as publicações a partir do século XXI (7 - 70%). Os Estados Unidos da América (EUA) lideraram o número de publicações (4 – 40%) e, mesmo havendo estudos de outras origens, a língua inglesa é predominante nos artigos (8 – 80%), com apenas um artigo em português e um em espanhol.

Dos artigos incluídos na revisão, um foi publicado em periódico de enfermagem geral; dois em revista de enfermagem obstétrica/ginecológica/neonatal; dois em revistas médicas e os demais, em revistas de outras áreas da saúde. Sete autores atuam na área da enfermagem. Quatro artigos foram redigidos em parceria entre enfermeiros e médicos. Em três produções, não foi possível identificar categoria profissional dos autores.

Quanto ao delineamento da pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, pesquisa-ação, retrospectivo e descritivo, randomizado e um que se denominou como um estudo de intervenção experimental, os demais (4 – 40%) não citaram na metodologia/método o tipo de estudo.

No quadro 1, apresentam-se títulos, autores, intervenções/tecnologias e seu público-alvo em cada artigo que foi incluído.

Identificam-se artigos com mais de um tipo de tecnologia de intervenção na promoção do aleitamento materno. Assim têm-se treze tipos de tecnologias de cuidado, classificadas em dura (8 – 61,5%) e leve (6 – 38,5%).

Os profissionais valem-se de tecnologias dura, com utilização de instrumentos e equipamentos; leve-dura com conhecimentos estruturados (teorias ou modelos de cuidado); e tecnologias leves, em que se visualiza claramente que a implementação do cuidado requer estabelecimento de relações (vínculo e acolhimento) (ROCHA *et al.*, 2008).

Acredita-se que as três categorias delineadas estão estreitamente interligadas e presentes no agir da Enfermagem, embora nem sempre de modo evidente e sistematizado.

O principal público-alvo dos artigos analisados são mães de crianças (9-90%) e a tecnologia mais utilizada, nos estudos selecionados, é o vídeo/filmagem (4-40%).

As vantagens do aleitamento materno para o neonato são indiscutíveis cuja prática previne contra mais de 6 milhões de mortes de crianças menores de 12 meses, a cada ano, em todo o mundo (VITOLLO, 2003). Por isso os países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) endossaram, na Assembleia Mundial de Saúde, Estratégia Mundial para Alimentação do Lactante e da Criança Pequena, com o objetivo de revitalizar esforços para promoção, proteção e apoio apropriado à alimentação de lactantes e crianças pequenas (OPAS, 2003).

Com a análise dos artigos, pode-se perceber que a enfermagem enfatiza a expressão tecnológica do cuidado, estratégia mediadora da racionalidade e da subjetividade que compõem o cuidado.

Nos estudos com tecnologia dura, o vídeo/filmagem, mais se destaca (GROS *et al.*, 1998; PRIDHAM *et al.*, 2001; PINELLI; ATKINSON; SAIGAL, 2001; BROWN *et al.*, 2009). Além disso, folhetos e livretos (MCKELLAR, PINCOMBE; HENDERSON, 2009), software (ORNÉS *et al.*, 2002), uso de escalas (RIORDAN; KOEHN, 1997) e de exames laboratoriais (MULL, 1992) também foram estratégias referenciadas pelos autores na promoção do aleitamento materno.

**Quadro 1** - Distribuição dos artigos pesquisados, de acordo com título, autores, intervenção/tecnologia utilizada ou desenvolvida por enfermeiros e público-alvo da intervenção. CINAHL, Scopus, Pubmed e LILACS, out, 2009.

	<b>Título</b>	<b>Autores/Ano</b>	<b>Intervenção/tecnologia utilizada ou desenvolvida</b>	<b>Público-alvo da intervenção</b>
1	'Coming ready or not!' Preparing parents for parenthood	McKellar L, Pincombe J, Henderson A. (2009)	Folhetos, cartões-postais, livreto "Coming Ready or Not"	Mães e pais de recém-nascidos
2	The Mother-Infant Feeding Tool	Brown LF, Thoyre S, Pridham K, Schubert C. (2009)	Mother-Infant Feeding Tool (MIFT): Filmagem das interações alimentares mãe-bebê	Mães de bebês prematuros
3	Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later	Bystrova et al (2009)	Promoção do contato precoce pele-a-pele entre mãe-bebê, nas primeiras duas horas pós-parto	Mães de recém-nascidos a termo
4	A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes	Pileggi et al (2008)	Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido	Mães de recém-nascidos saudáveis
5	Capacitación a distancia en lactancia materna	Ornés CR, Miguel V, Fernández M, Páez J.(2002)	Um software educativo sobre a anatomia e fisiologia da mama, e uma página da Web sobre extração do leite	Estudantes e profissionais da área da saúde
6	The relationship of a mother's working model of feeding to her feeding behaviour	Pridham KF, Schroeder M, Brown R, Clark R. (2001)	Filmagem das interações mãe-bebê durante a alimentação/aleitamento materno	Mães de bebês a termo e mães de bebês prematuros
7	Randomized Trial of Breastfeeding Support in Very Low-Birth-Weight Infants	Pinelli J, Atkinson SA, Saigal S(2001)	Visualização de um vídeo sobre aleitamento materno para RN prematuros; aconselhamento individual, contato semanal pós-alta hospitalar	Pais de recém-nascidos com peso menor do que 1500g que planejavam amamentar
8	Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding	Gross et al (1998)	Uso de vídeos motivacionais, pôsteres, panfletos e aconselhamento para a promoção do aleitamento materno	Mulheres afro-americanas que iniciaram o pré-natal com menos de 24 semanas de gestação
9	Reliability and Validity Testing of Three Breastfeeding Assessment Tools	Riordan JM, Koehn M. (1997)	Uso de escalas que avaliam as mamadas e indicam os aspectos que necessitam de maior acompanhamento.	Mães de recém-nascidos
10	Mother's milk and pseudoscientific breastmilk testing in Pakistan	Mull DS.(1992)	Realização de testes laboratoriais do leite materno para comprovar que o mesmo é estéril, reduzindo o temor das mães	Mães paquistanesas

Fonte: Elaboração própria, com suporte nos autores revelados nas bases de dados.

Na utilização de vídeos, estudos usam filmagens de interações entre binômio mãe-bebê para promoção do aleitamento materno, bem como do apego, tornando-se possível a identificação de mães com necessidade de maior apoio e de mais informações para que tenham intervenção de modo individualizado, fazendo o processo acontecer da maneira mais natural possível (PRIDHAM *et al.*, 2001; PINELLI; ATKINSON; SAIGAL, 2001; BROWN *et al.*, 2009;). Destarte, identificou-se estudo com utilização de vídeo motivacional com a mãe (Gros *et al.*, 1998), diferindo dos demais que têm a própria mãe como protagonista.

Filmagens ou vídeos contribuem para se atingir o comportamento desejado, facilitam a aquisição de conhecimento, reduzem a ansiedade do expectador e melhoram o autocuidado. Nessa linha de raciocínio, o enfermeiro faz-se mais ativo na produção, uso e avaliação do ensino, valendo-se de tal abordagem no contexto do aleitamento materno (Krouse, 2001), sobretudo os direcionados à mãe, visto que os principais motivos para a interrupção da amamentação são os problemas da própria mãe (PINELLI; ATKINSON; SAIGAL, 2001).

O cuidado, na perspectiva da tecnologia, remete à inerente capacidade do ser humano de busca de inovações para transformar o cotidiano visando à melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Assim, o desenvolvimento e uso de, por exemplo, estratégias de educação em saúde, constituem componente essencial do trabalho de Enfermagem na área da saúde comunitária, voltada para a promoção, manutenção e adaptação a alguma situação ou prática (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Mesmo diante da relevância das atividades de educação em saúde na promoção do aleitamento materno, muitas vezes, a falta de tempo dos profissionais representa o principal obstáculo. Apesar disso, instrumentos como folhetos ou livretos, considerados tecnologias duras, foram utilizados em 8(61,5%) estudos, mas apenas se tornam eficazes, presente o profissional da saúde facilitando discussão e educação entre pais e/ou familiares (McKELLAR; PINCOMBE; HENDERSON, 2009). Assim, o enfermeiro, na condição de educador, é indispensável por ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir sobre adoção de hábitos saudáveis (COSTA *et al.*, 2004).

Conforme Pereira (2003), educação em saúde pressupõe combinação de oportunidades que favorecem a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como adoção de

práticas educativas que busquem a autonomia do sujeito na vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

Além disso, enfatiza-se o ensino desde consultas de pré-natal, dessa forma, os pais se fazem mais receptivos, no período pós-natal (MCKELLAR; PINCOMBE; HENDERSON, 2009). O puerpério necessita do acompanhamento de profissionais, sobretudo do enfermeiro, no que concerne a orientações quanto a pega correta, retirada de dúvidas que venham surgir entre os pais, bem como para que se reforcem informações e atividades promotoras do aleitamento materno.

Brown *et al.*, (2009) alertam para as dificuldades relacionadas ao comportamento adaptativo do recém-nascido, sobretudo do pré-termo, posto que há que se fazer sucção, deglutição e respiração de maneira coordenada, considerando que, em tentativas iniciais, o bebê geralmente suga apenas o mamilo, podendo ocasionar dor, entre outras complicações. Assim, principalmente nessas condições, o profissional faz-se premente para, por meio de tecnologias aliadas ao cuidado, ensinar, incentivar e apoiar a mãe, com ênfase na participação da família, essencial ao desenvolvimento neurocomportamental da criança.

Contudo, para segurança dos profissionais em estratégias de promoção do aleitamento materno, urge que estejam preparados, desde a academia, sendo relevante o desenvolvimento e uso de novas tecnologias de informação e comunicação, como páginas da web e software educativos, de maneira que se alcancem, não apenas futuros profissionais, mas também os atuantes na área da saúde (ORNÉS *et al.*, 2002).

Em estudo de Mull (1992), propõem-se exames laboratoriais do leite materno, visto que, no Paquistão, é cultura de que é contaminado podendo causar doenças, até mesmo óbito. Assim, os testes são utilizados para comprovação do contrário, desmistificando a ideia da população, constituindo tecnologia dura pela utilização de instrumentos (resultados de exames laboratoriais).

Assim, a amamentação, processo complexo por envolver aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, necessita de profissionais qualificados (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007), uma vez que profissionais mais capacitados na orientação da mãe, possuem influência diretamente proporcional ao aumento da duração do aleitamento materno (FRANÇA *et al.*, 2007).

Tratando-se de aleitamento materno, o estabelecimento de relações humanas é algo imperativo. Afinal, apoiar a mulher no processo de amamentação

não envolve somente um conjunto de técnicas. Por ser um fenômeno psicossomático que requer habilidades e atitudes empáticas, o processo de aconselhamento inclui escutar ativamente (ouvir primeiro, observar, avaliar o conhecimento ou informações da mulher e parceiro); linguagem corporal (contato olho a olho sem barreiras, demonstrar respeito, paciência em ouvir, aconselhar em ambiente privativo); atenção e empatia (levar em conta os anseios e sentimentos do casal e responder às questões sem fazer julgamentos) (CARVALHO; TAMEZ, 2005).

O aconselhamento (PILLEGI *et al.*, 2008; BYSTROVA *et al.*, 2009) e o contato pele a pele de mãe-bebê (GROSS *et al.*, 1998; PINELLI, ATKINSON; SAIGAL, 2001) são as principais estratégias educativas citadas que versam principalmente sobre amamentação precoce.

Para tanto, é necessário que o aleitamento inicie na primeira hora de vida, na sala de parto, com mãe e bebê em boas condições de saúde, favorecendo, assim, o contato pele a pele e o começo da sucção eficaz do leite, influenciando na maior duração do aleitamento, bem como provocando efeitos positivos, em longo prazo, na interação mãe-bebê, pelo fato de a criança tornar-se mais sociável, sorrindo mais e chorando menos. Verificou-se que as separadas precocemente da mãe são significativamente mais desreguladas e irritáveis, com posterior relação menos afetiva entre o binômio (BYSTROVA *et al.*, 2009).

Enfatiza-se a necessidade de se elaborar intervenções de enfermagem, sobretudo as de cunho educativo que, desde o pré-natal, esclareçam as mães sobre a relevância do aleitamento materno precoce, ainda na sala de parto. Além disso, minimizam-se possíveis fatores limitantes da prática: alta rotatividade de partos em maternidades, fato que compromete o tempo destinado à interação precoce do binômio; recusa médica à amamentação devido à anestesia, por temer a hipotermia e o surgimento de problemas metabólicos, ou por preferir deixar que a mãe, simplesmente, descanse (PILLEGI *et al.*, 2008).

Nesse âmbito, o papel dos enfermeiros é de facilitador, com as equipes médicas, buscando informá-las e sensibilizá-las para a relevância de incentivo à promoção e apoio ao aleitamento materno nas primeiras horas de vida, para tanto, além de conhecimento científico e prático e envolvimento pessoal, é necessário bom relacionamento entre profissionais, no pré-natal, parto e pós-parto (PILLEGI *et al.*, 2008).

Em face de estudos analisados, a Enfermagem tem utilizado diversos tipos de tecnologia, entretanto a tecnologia dura mais se destacou como estratégia facilitadora da promoção do aleitamento materno. Em relação às intervenções, os artigos desempenham ações cognitivas, visto que procuravam, de alguma maneira, fornecer novas informações, bem como sensibilizar as mulheres sobre a importância de aderir ao aleitamento, podendo valer-se, para tanto, de folhetos, panfletos, livretos, manuais, vídeos, entre outros.

Utilizam-se tecnologias como estratégias educativas pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, através de programas individuais ou coletivos, como forma de auxiliar a mulher na decisão de amamentar.

Destarte, Ornés *et al.*, (2002) desenvolveram software educativo sobre anatomia e fisiologia da mama e uma página da web sobre técnicas de extração manual de leite humano. Recomendam a estratégia para aquisição de habilidades necessárias ao manejo da amamentação pelos profissionais e estudantes, capacitando-os à distância como complemento da atividade docente presencial, auxiliando-os no desenvolvimento de ações educativas junto aos usuários.

No processo de amamentação, Bystrova *et al.*, (2009) propõem intervenções diferenciadas no grupo de mulheres que se encontravam no alojamento conjunto, num total de 176 binômios randomizados em quatro grupos experimentais: Grupo I: recém nascidos em contato pele a pele após o parto; Grupo II: recém nascidos vestidos, nos braços da mãe após o parto; Grupo III: RN mantido no berçário após o parto e enquanto a mãe está na maternidade e, por fim, no Grupo IV: RN mantido no berçário após o parto, posteriormente em AC. As ações de educação em saúde realizadas pelo profissional enfermeiro com o Grupo I e Grupo II, promoveram a manutenção do AME por mais tempo, em relação aos grupos sem o contato pele a pele do binômio mãe-filho.

Assim, tendo em vista a individualidade em relação ao processo de ensino-aprendizagem e estratégias particulares que facilitam a compreensão do sujeito, torna-se necessário que sejam desenvolvidas e utilizadas tecnologias que proporcionem estratégias educativas, nos mais diversificados contextos, a fim de alcançar eficazmente maior número de pessoas e da melhor maneira possível.

Dennis e Faux (1999), McQuenn *et al.*, (2011), igualmente inquietados com índices de desmame e, imbuídos em promover amamentação exclusiva, vêm

desenvolvendo estudos intervencionistas com propostas educativas para majorar a autoeficácia materna.

No estudo do tipo coorte prospectivo, de McCarter-Spaulding e Gore (2009), com 125 mulheres de descendência africana conclui-se que a intervenção baseada na teoria da autoeficácia de Bandura (1997) contribui para aprimorar os resultados de amamentação.

Hannula, Kauunonem e Tarkka (2008) concluíram sua revisão sistemática, cujo objetivo era descrever como a amamentação era apoiada durante o período gravídico, e constataram que as intervenções iniciadas no pré-natal são geralmente mais eficazes do que as iniciadas apenas no período puerperal, como visitas domiciliares, telefonemas e centros de apoio.

Diante disso, a intervenção educativa desenvolvida nesse estudo, norteada pelo desenvolvimento de álbum seriado e centrada na autoeficácia segundo termos relacionados à promoção da saúde, é definida como crença que os indivíduos têm sobre a sua capacidade de transformar a ação, de forma a influenciar eventos que afetam vidas, além disso, na quantidade de esforço gasto e em quanto tempo a pessoa irá persistir para transpor obstáculos e experiências adversas (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

A intervenção educativa resulta da aplicação de álbum seriado às puérperas no AC, desenvolvido pela reflexão da BSES-SF, além dos pressupostos da Teoria de Autoeficácia, de Bandura (1986), fundamentada na literatura própria sobre aleitamento materno.

As tecnologias de ensino, especialmente audiovisuais, classificam-se em critério de maior ou menor concretude ou pela atividade sensorial. O álbum seriado se compõe basicamente de ilustração e texto, de ilustrações bem simples, atraentes, visíveis que espelham a realidade. O texto, em vocabulário simples, acessível ao público alvo, contém orações simples, somente com os pontos chaves do assunto (MELLO, 2004).

Consistem na coleção de folhas (cartazes) organizadas, com mapas, gráficos, desenhos, textos e outros. De uso extenso na educação em saúde, entre suas vantagens destacam-se: direcionar sequência da exposição, possibilitar imediata retomada de qualquer folha apresentada, permitir a utilização de materiais diversos na confecção, como fotografias/figuras e desenhos, e assinalar pontos

essenciais de cada tópico apresentado (FERREIRA; SILVA JÚNIOR, 1986; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Segundo Dennis (2003), a autoeficácia em aleitamento materno modifica-se pelas estratégias educativas que visam à confiança materna, pois, segundo afirmam Jaina e Tyson (2004), o indivíduo, com amplos conhecimentos e habilidades, muitas vezes, não consegue alcançar o resultado esperado, e, enquanto outro, com menor competência e habilidade, apresenta autoeficácia mais elevada, consegue melhor desempenho. Afinal, somos frutos de nossas convicções.

Nesse sentido, defende-se a tese de que a intervenção educativa, com a utilização do álbum seriado em puérperas, no alojamento conjunto, possibilita autoeficácia em amamentação, resultando na promoção do aleitamento materno junto ao binômio mãe-filho.

Diante das considerações, ressalta-se a relevância deste estudo, pois, ao ter a oportunidade de elaborar e aplicar estratégia educativa, com tecnologia emancipatória (álbum seriado) sobre autoeficácia, no período puerperal, o profissional de Enfermagem contribui com ações de educação em saúde que visem à difusão prática em linguagem simples, e proporcionem melhoria na adesão, redução do desmame precoce e, por fim, promoção do aleitamento materno exclusivo.

## 2 OBJETIVOS

Nós construímos a realidade que nos constrói.  
EDGAR MORIN

### 2.1 Geral

- Construir e validar tecnologia educativa para promoção da autoeficácia materna no ato de amamentar;

### 2.2 Específicos

- Identificar escores de autoeficácia no ato de amamentar de puérperas, em alojamento conjunto;
- Desenvolver e validar álbum seriado sobre autoeficácia em aleitamento materno, quanto ao conteúdo e aparência;
- Avaliar a incidência de aleitamento materno nas puérperas participantes do estudo, no segundo mês de puerpério, ou seja, com 8 semanas de vida do bebê;
- Comparar escores de autoeficácia em aleitamento materno nas puérperas que participaram ou não da intervenção educativa.

### 3 HIPÓTESES

Não há nada bom nem mau a não ser estas duas coisas: a sabedoria que é um bem e a ignorância que é um mal.  
PLATÃO

- Os escores da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) das puérperas que participaram da intervenção educativa (GI), com Álbum Seriado **Eu Posso Amamentar o meu filho**, serão iguais aos escores das puérperas que não participaram da intervenção (GC).
- Os escores da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) das puérperas que participaram da intervenção educativa (GI), com Álbum Seriado **Eu Posso Amamentar o meu filho**, serão mais elevados que os das puérperas que não participaram da intervenção (GC).
- O percentual de puérperas que permanecem no aleitamento materno será maior nas submetidas à intervenção educativa (GI), com o Álbum Seriado **Eu Posso Amamentar o meu filho**, do que as não participantes da intervenção (GC).

## 4 CASUÍSTICA E MÉTODO

Procuro despir-me do que aprendi. Procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram, e raspar a tinta com que me pintaram os sentidos... O essencial é saber ver. Mas isso (triste de nós que trazemos a alma vestida!), isso exige um estudo profundo, uma aprendizagem de desaprender.  
ALBERTO CAIEIRO

### 4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo quase experimental de intervenção com grupo de controle não equivalente e, segundo Polit e Beck (2011), o modelo envolve dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois da implementação da intervenção.

Um dos pontos fortes do estudo quase experimental, segundo Gray (2012: 116), “é que ele é mais ou menos o mais próximo do que se pode chegar a um desenho experimental, de forma que pode sustentar inferências causais”.

Por isso, o estudo quase experimental também manipula, pelo menos, uma variável independente para observar efeito e relação com uma ou mais variáveis dependentes, e só diferem dos modelos experimentais na questão da confiabilidade que se possa ter sobre a equivalência inicial dos grupos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Para Burnes e Grove (2009), a pesquisa de intervenção é uma forma revolucionária e efetiva de testar intervenções onde existe mudança de foco da conexão causal para a explicação causal, onde, além de fornecer evidências de que a intervenção influencia o resultado, o pesquisador fornece evidências científicas para explicar por que a intervenção causa mudanças nos resultados e como.

Sendo assim, neste estudo, a opção é pelo modelo quase experimental, pois, mesmo tendo um grupo experimental (com intervenção educativa) e um de comparação (com intervenção convencional da instituição), os grupos não se distribuem ao acaso, pois realiza-se a seleção em período diferente do de coleta de dados, com vistas a evitar a comunicação entre os participantes dos dois grupos os

quais poderiam encontrar-se alocados na mesma enfermaria da unidade, permitindo o compartilhamento das informações entre esses grupos.

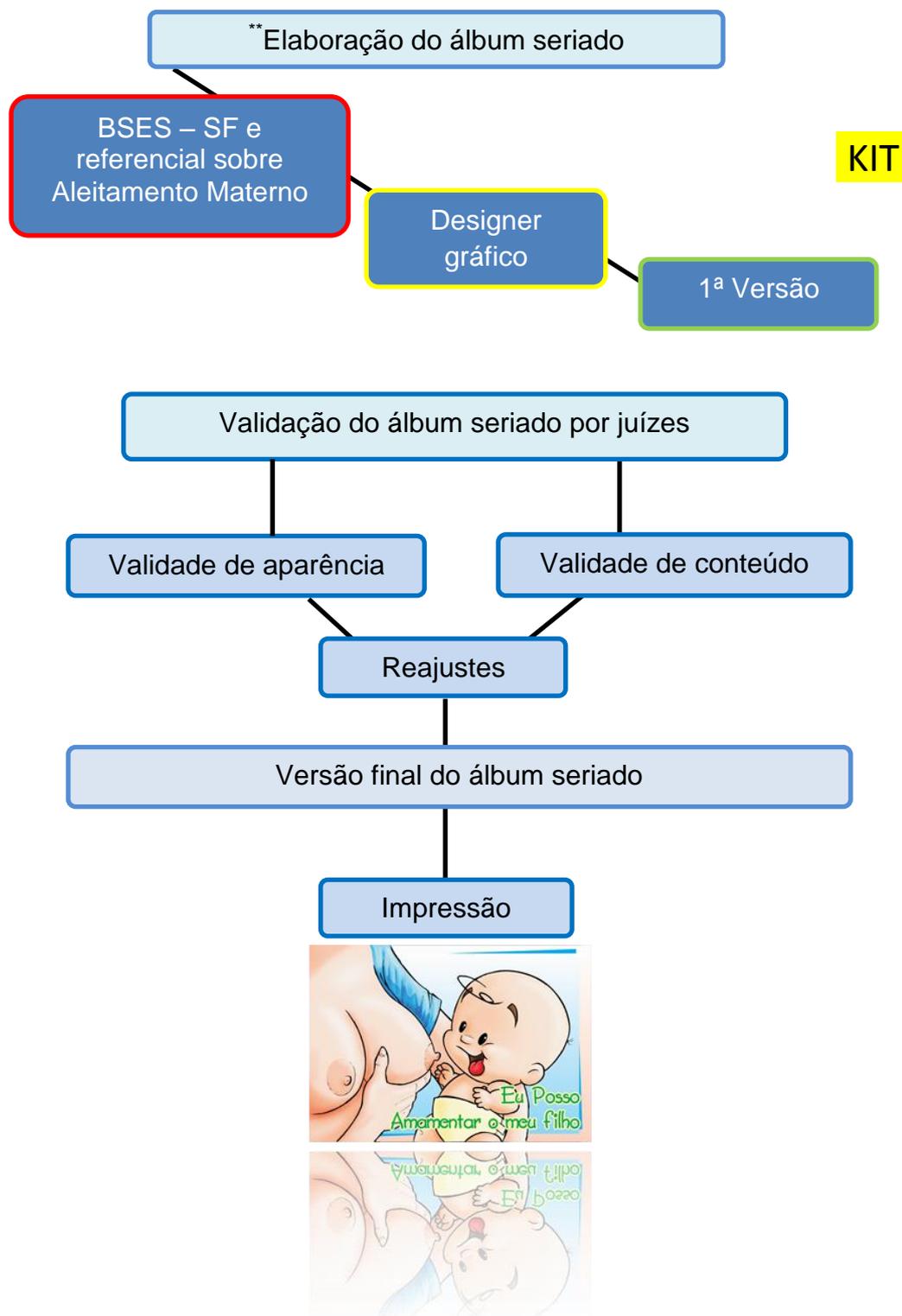
Além disso, o estudo é caracterizado como de delineamento de grupo controle não equivalente anterior-posterior, pela aplicação da escala BSES-SF nos grupos antes e depois de submetidos à intervenção (convencional – grupo de comparação e estratégia educativa proposta – grupo de intervenção). O delineamento da pesquisa, de acordo com Polit e Beck (2011) é idêntico ao experimental anterior-posterior, o que o diferencia é a não aleatoriedade dos grupos. Mas o tipo de pesquisa também considera-se forte, apesar da não randomização, porque a coleta de dados de pré-teste permite verificar a similaridade inicial dos grupos.

Este tipo de proposta auxilia na verificação de equivalência inicial dos grupos, pois, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), são considerados equiparáveis quando não existe diferença significativa entre si na aplicação do pré-teste.

Os autores enfocam a necessidade de o pesquisador buscar estabelecer semelhança entre os grupos, o que não significa caso impossível de se obter grupos equiparáveis nas variáveis relevantes para o estudo. Pois, caso isso não aconteça, hoje, os modelos quase experimentais já teriam sido descartados pelos pesquisadores.

E não é isso que acontece na Enfermagem, pois estudos como os de Segovia-Díaz (2008), Martins (2010), Awano e Swhimada (2010), entre outros, têm estabelecido esse tipo de pesquisa, tendo oportunidade de constatar a efetividade de intervenções/tratamento, no que se propuseram com os grupos estudados.

Assim, o estudo se propõe a elaborar e validar álbum seriado e aplicá-lo juntamente com as puérperas (grupo intervenção), como estratégia de educação em saúde, com vistas a alcançar os seguintes desfechos: elevar escores de autoeficácia em amamentar pela escala BSES-SF e melhorar o tempo de manutenção do aleitamento materno nos primeiros dois meses de vida da criança. Desta forma, as etapas do estudo estão representadas nas Figuras 2, que diz respeito a elaboração e validação do álbum e 3.



**Figura 2** - Representação gráfica da elaboração e validação do Álbum Seriado.

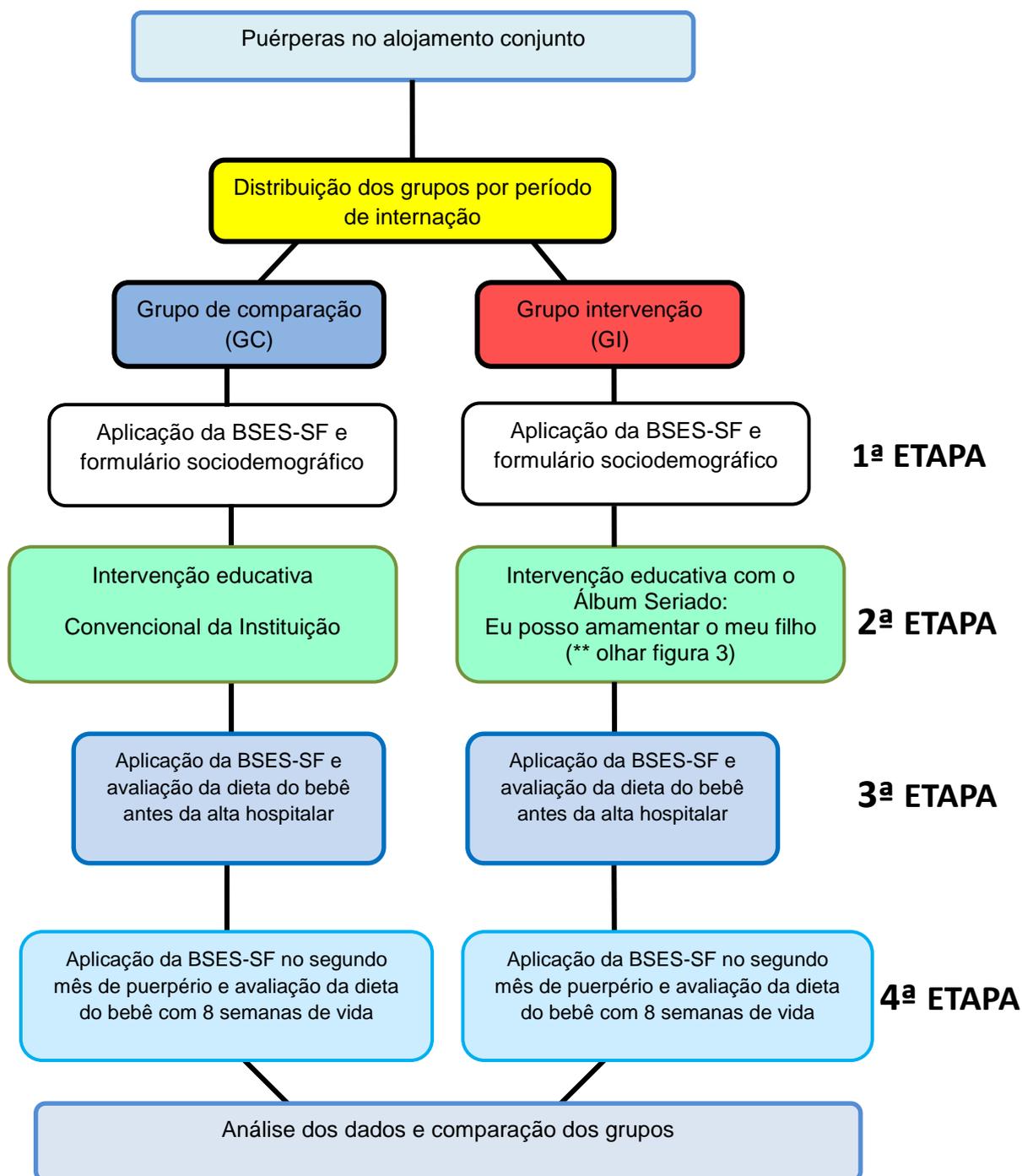


Figura 3 - Representação gráfica das etapas do estudo.

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas unidades de Alojamento Conjunto (AC) de maternidade pública de grande porte, de referência terciária na assistência perinatal e neonatal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Fortaleza, no bairro Rodolfo Teófilo, integrado à Secretaria Executiva Regional III, cuja missão é promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. A instituição é escolhida, não só por atender demanda significativa, com média de 600 partos/mês, mas também, por manter o Título de Hospital Amigo da Criança e contar com Banco de Leite Humano de referência no Norte/Nordeste.

A maternidade dispõe de 225 leitos distribuídos nas especialidades, ginecológica, obstétrica, neonatal e cirúrgica (ginecologia e obstetrícia). O centro cirúrgico possui 6 salas e o ambulatório com 38 salas de atendimento, destinadas aos casos de dor pélvica, pré-natal de alto risco, assistência infantopuberal (adolescentes), mulheres com HIV, patologia cervical, neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), infertilidade, climatério, planejamento familiar, DST, cirurgia ginecológica, mastologia e uroginecologia.

Ressalte-se que o Alojamento Conjunto (AC) é distribuído em dois andares, com 45 leitos no primeiro andar, para puérperas submetidas a parto vaginal, com alta no mínimo após 24 horas do parto e gestantes e puérperas de alto risco, e 27 leitos no segundo andar, para mulheres submetidas a parto abdominal, com alta, no mínimo, 48 horas.

## 4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo constitui-se por puérperas internadas no alojamento conjunto, residentes em Fortaleza.

As mulheres participantes do estudo foram selecionadas para o grupo de comparação (GC) e de intervenção (GI), por meio do seguinte critério: período de internação; as pacientes participantes do grupo de intervenção, e as do grupo de comparação são internadas em períodos distintos. O sistema de seleção evita vieses, pois as pacientes ficavam alojadas em enfermarias de seis leitos na

maternidade, no momento da admissão hospitalar e não sofreram qualquer manipulação da pesquisadora envolvida.

Na tese de Segovia-Díaz (2008), com o objetivo de comprovar o impacto da intervenção comunicativa de enfermagem na capacidade funcional pelas atividades básicas de vida diária de pacientes idosos hospitalizados, também se utiliza o recurso de seleção de grupos em períodos distintos.

O grupo de comparação (GC) se forma por puérperas em tratamento convencional, ou seja, o grupo é constituído por mulheres que receberam orientações sobre aleitamento materno, de forma tradicional, pela instituição e o grupo de intervenção (GI), composto por puérperas que recebem intervenção educativa de enfermagem, em face de álbum seriado baseado na Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977, 1986).

Para cálculo do tamanho da amostra empregou-se a fórmula a seguir, indicada para estudos de intervenção (POCOCK, 1983). Fixou-se em nível de significância de 5% o poder do teste de 80%,  $p=0,4$  e  $d=0,09$ . O valor de  $p$  é retirado do estudo de Dodt (2008) quando, em média, a baixa autoeficácia é em torno de 35 a 45% dos sujeitos. O valor empregado na fórmula proporciona  $n= 150$ . Considerando prováveis perdas de informações e/ou formulários, acrescentam-se 20% ao valor, o que resulta em amostra de 201 mulheres.

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times 2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Onde:

N = Tamanho da amostra

$Z\alpha$  = Coeficiente de confiança

$Z\beta$  = Poder

$p$  = Proporção de ocorrência do desfecho

$d$  = Diferença clinicamente importante

A seleção da amostra obedece aos seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres no período puerperal imediato; Rezende e Montenegro (2008) definem o puerpério imediato como o período entre o primeiro e o décimo dia (1º ao 10º dia) que sucede ao parto.
- Puérperas a partir de 12 anos de idade, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 8.069/90 (BRASIL, 1990), que circunscreve a adolescência como período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, com autorização e anuência do responsável legal.
- Puérperas internadas no Alojamento Conjunto acompanhadas do recém-nascido com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico. Consideram-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que 6 no 5º minuto (BRASIL, 1993).
- Puérperas independente da paridade (número de partos) e com, no mínimo, 6 horas de pós-parto. Após expulsão do feto, a mulher experimenta período de euforia e bem-estar, atribuído ao desaparecimento das contrações uterinas e conhecido como repouso fisiológico do útero (REZENDE; MONTENEGRO, 2008). O período pós-parto representa momento de estresse emocional para a recém-mamãe, tornando-o mais difícil ainda devido às grandes alterações fisiológicas que ocorrem (STRIGHT; HARRISON, 1998).

Critérios de exclusão de participantes:

- Mulheres com intercorrências clínicas (cardiopatias, nefropatias, diabetes, hipertensão, entre outras) ou obstétricas, no período puerperal (anemia, sangramento transvaginal, cefaléia pós raquidiana, eclâmpsia); ou com patologias que impossibilitam ou contraindicam o aleitamento materno (Aids; dependência química);
- Puérperas internadas no AC com filhos na unidade de terapia intensiva de alto e médio risco, visto que o setor abriga bebês com condições clínicas críticas que impossibilitam a amamentação;
- Mulheres de parto gemelar cujos filhos nascem com deficiência que impede a amamentação: fenda palatina, atresia de esôfago;

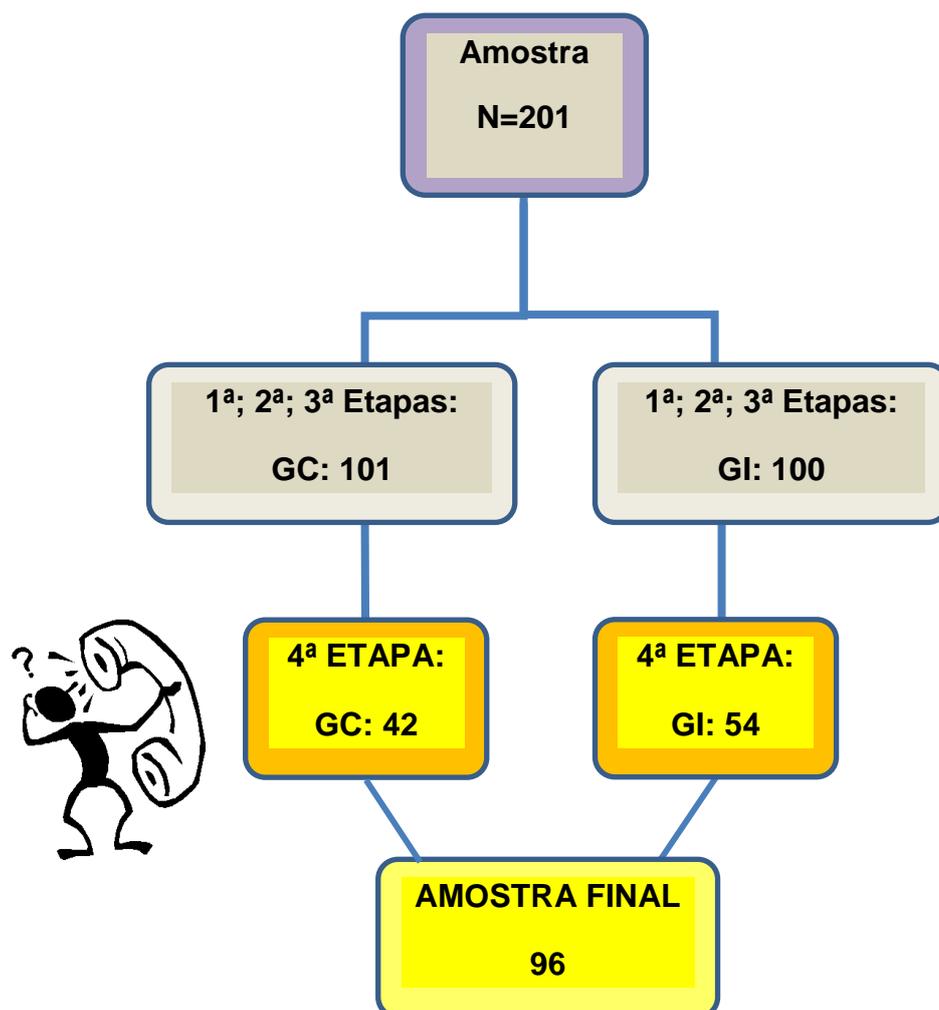
Critérios de descontinuidade do estudo:

- Desistência da puérpera ou do responsável legal (no caso de adolescentes) de participar da pesquisa, após início da coleta.
- Mudança de residência durante o estudo que impossibilita a continuação da coleta de dados;
- Falecimento da participante ou do neonato, durante o transcorrer do estudo;
- Recém-nascido oferecido para adoção.

Após identificação dos grupos, as puérperas passam por quatro etapas, sendo que nas três primeiras, a amostra constitui-se de 201 puérperas selecionadas, de acordo com os critérios estabelecidos. Na quarta etapa, participaram 96 puérperas, sendo GC com 42 e GI com 54.

Na quarta etapa, há redução do quantitativo de puérperas, pela dificuldade de contato por telefone com participantes do estudo. É oportuno salientar que foram feitas ligações para todas as participantes, com problemas de contato com puérperas, desde a inexistência do número cadastrado até as tentativas frustradas nas quais o telefone encontrava-se fora de área, ou quando não pertencia mais a puérpera, ou por estar com o pai da criança, separado da participante ou, até mesmo, pela mãe ter dado o RN em adoção por falta de condições financeiras.

Sendo assim, a amostra, na última etapa, compõe-se por 42 (43,7%) participantes no grupo de comparação e 54 (56,2%) para o grupo de intervenção, com total de 96 puérperas (Figura 4):



**Figura 4.** Distribuição da amostra final do estudo.

#### 4.4 Instrumentos de coleta de dados

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form* (BSES-SF) é o instrumento utilizado neste estudo, pois, como citado anteriormente, a Escala abreviada, composta por 14 itens, organizada em dois domínios, validada por Dodt (2008) com alfa de Cronbach de 0,74, indica alta consistência interna, ratificada pelo coeficiente de correlação intraclasse, com variação de 0,68 a 0,78.

A escala possibilita ao profissional de enfermagem, no Alojamento Conjunto, identificar as áreas que precisam de intervenções educativas a fim de auxiliar a puérpera na promoção do aleitamento materno exclusivo (ANEXO A).

Além da escala, tem-se o formulário (APÊNDICE A) o qual aborda o perfil sociodemográfico da amostra, como idade, escolaridade (anos de estudo), estado civil (solteira, casada, separada, viúva), ocupação profissional (estudante, do lar,

empregada, desempregada, aposentada), renda familiar (número de salários mínimos) e dados relacionados às variáveis clínicas, antecedentes obstétricos, gravidez e parturição atuais, condições da mama e experiência anterior de aleitamento materno, adaptado de Dodt (2008).

Outro formulário (APÊNDICE B) foi utilizado no contato posterior com as participantes, por meio de telefone com mulheres (grupos comparação e intervenção). Abordam-se dados relacionados à visita de profissionais da estratégia saúde da família nos primeiros 15 dias após o parto; caso a participante se refira positivamente à pergunta, questiona-se se a mesma recebera orientações sobre aleitamento materno. Além disso, fazem-se outras indagações, como: a frequência ao posto de saúde após alta hospitalar e quais os motivos; e o tipo da dieta do lactente, classificada conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) como:

- ✓ Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebe somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos;
- ✓ Aleitamento Materno (AM): a criança recebe leite materno e quaisquer outros líquidos ou alimentos;
- ✓ Alimentação com mamadeira: a criança recebe qualquer líquido ou alimento semissólido em mamadeira.

#### **4.5 Operacionalização da coleta dos dados**

A coleta realizou-se diariamente, no turno diurno, com puérperas internadas no Alojamento Conjunto as quais preenchem critérios de inclusão (Grupo de Comparação e Grupo Intervenção). Desta forma, o período de coleta de dados ocorreu nos meses de maio de 2010 a maio de 2011. Contudo, as quatro etapas da coleta, nos grupos (comparação e intervenção), são em períodos distintos, nos meses de outubro a dezembro 2010 para o grupo de comparação e nos meses de fevereiro a maio de 2011 para o grupo de intervenção.

Oportuno observar que a equipe de trabalho constitui-se, além da orientadora e pesquisadora, de cinco acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, integrantes do grupo de pesquisa "Promoção da Saúde da Criança e da Família da UFC". Acadêmicas habilitadas pela autora deste estudo participam da aplicação dos formulários. No treinamento diz-se da

finalidade da pesquisa, instrumentos utilizados (BSES-SF e Formulários), bem como técnicas para realização de uma boa entrevista. As discentes também colaboraram no processo de digitação dos dados, estabelecida parceria em trabalhos desenvolvidos no decorrer do estudo.

Vale salientar, ainda, que as acadêmicas são as principais participantes na aplicação dos instrumentos, enquanto a pesquisadora é responsável principalmente pela estratégia educativa no grupo de intervenção.

A coleta de dados faz-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, em quatro etapas:

### **Primeira Etapa**

Após a seleção das puérperas, de acordo com os critérios de inclusão e preenchimento dos dados de identificação do prontuário, realiza-se o primeiro encontro com puérperas no AC, depois das primeiras 6 horas após o parto, momento em que as mulheres são convidadas a participar do estudo, com orientações quanto à finalidade do trabalho, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Os dados são coletados de fonte primária (diretamente com puérperas), no próprio leito. Com a concordância em participar e assinatura do TCLE, aplicam-se a BSES-SF e o formulário sociodemográfico e clínico-obstétrico (APÊNDICE A).

### **Segunda Etapa**

O grupo de comparação, após aplicação da escala BSES-SF (ANEXO A), não recebe intervenções subsidiadas pelo estudo. As puérperas têm cuidados da equipe, de acordo com a rotina convencional preconizada pela instituição, que consiste em visita nas enfermarias, realizada por funcionária exclusiva para tal atividade, no horário comercial, faz palestra sobre Aleitamento materno exclusivo, distribuição de panfletos do Banco de Leite Humano da instituição e resolve as intercorrências (nos casos de ingurgitamento, orienta e realiza a massagem; quando necessário concretiza a ordenha manual).

As puérperas do grupo intervenção submetem-se à intervenção educativa individual, apoiada na teoria de autoeficácia de Bandura (1977), que defende a ideia de que o indivíduo possui capacidades que lhes possibilitam utilizar símbolos (cognições) para realizar ação específica, necessária à obtenção de determinado resultado.

## A Construção e Validação do Álbum Seriado e Intervenção Educativa

O álbum seriado forma-se a partir da reflexão dos itens da BSES-SF, e de pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1986). Referências sobre aleitamento materno fundamentam as figuras e fichas roteiro (texto no verso das figuras), elaboradas pelo levantamento feito em diversas bases de dados e de revisão exaustiva da literatura.

A versão inicial do álbum seriado divide-se em sete figuras (Fi) e sete fichas-roteiro (FR), abordando a temática aleitamento materno, bem como os domínios da escala BSES-SF (Técnico e Pensamentos Intrapessoais) com a finalidade de mensurar a autoeficácia das mães na habilidade de amamentar.

Segundo Freire (1979), as figuras são codificadas em situações locais que podem abrir para a análise de problemas e guardam em si elementos decodificados pelo grupo, com a colaboração do coordenador, no qual o debate em torno dela leva o grupo a se conscientizar sobre a temática abordada.

Nessa perspectiva elaborou-se instrumento a ser utilizado facilmente no cotidiano do enfermeiro do alojamento conjunto (AC), para contribuir e estabelecer relação dialógica com as puérperas.

Construído o álbum, faz-se a validação aparente e de conteúdo. Entende-se por validade um critério importante para a avaliação de instrumento que indica em que grau mede o que supostamente deve medir (HULLEY *et al.*, 2008).

A validação de aparência e de conteúdo do álbum seriado, “Eu posso amamentar o meu filho”, realiza-se por meio da apreciação de Comitê composto por 11 juízes, com notório conhecimento em educação e/ou aleitamento materno, capacitados à análise do conteúdo, apresentação, clareza e compreensão do instrumento, conferindo-lhe validade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O número de juízes atende à recomendação de especialistas que sugerem mínimo de cinco e máximo de dez pessoas (LYNN, 1986). Como critério de inclusão, recomenda-se que os juízes tenham pelo menos dois anos de experiência na área de educação e/ou aleitamento materno. Ressalta-se que a amostra se dá por conveniência.

A validade de conteúdo refere-se ao domínio de dado construto ou universo que fornece estrutura e base para formulação de questões que representam adequadamente o conteúdo e se submetem ao grupo de juízes, especialistas neste conceito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Para validação de

aparência, o grupo de juízes julga o recurso educativo quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento (OLIVEIRA, 2006).

Para tanto, segue-se o estudo de validação desenvolvido por Lacerda, Magalhães e Rezende (2007), no qual se distribuem os seguintes documentos aos juízes: carta-convite, explicitando a origem do material elaborado, bem como a importância da validação do álbum seriado para posterior divulgação e utilização pela comunidade; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias; questionário para caracterização de especialistas; sinopse sobre versão traduzida da escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF); formulário do tipo *check-list* para validação de figuras e conteúdo acrescido de orientações quanto ao preenchimento.

Os juízes analisaram o instrumento, pela aparência e conteúdo das figuras e fichas-roteiro, em relação aos seguintes critérios: clareza de descrição e compreensão das figuras, associação ao tema proposto e viabilidade de aplicação no exercício profissional (com opção de respostas sim/não); relevância da presença da figura e do roteiro do álbum (com opção por respostas sim/não); grau de relevância da figura e da ficha roteiro no recurso (com as seguintes opções de respostas: 1 irrelevante, 2 pouco relevante, 3 realmente relevante, 4 muito relevante e 5 não sei/recuso responder); além de espaço destinado a observações e sugestões de modificações.

Com a validação do álbum seriado “Eu Posso Amamentar o meu Filho”, realizou-se a estratégia educativa com o grupo de intervenção que tem abordagem educativa individual, no leito da enfermaria do AC, com a anuência da puérpera, utilização do álbum seriado, e tempo médio de 15 a 30 minutos.

Foram realizadas 100 intervenções educativas individuais somente pela pesquisadora. Nesse momento, busca-se relação dialógica com a puérpera, promovendo ambiente propício ao aprendizado, pois, mesmo encontrando-se na enfermaria com mais 5 puérperas, a pesquisadora desempenha atitude de promoção do interesse e coparticipação da puérpera. O diálogo estabelece-se entre pesquisadora e puérpera, numa relação de horizontalidade e afetividade, promovendo assim uma interação efetiva.

Para Freire (2004), a educação é ideológica, mas dialogante e atenta, para se estabelecer autêntica comunicação de aprendizagem, entre gente com

alma, sentimentos e emoções, desejos e sonhos. A sua pedagogia fundamenta-se na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando. E é vigilante contra todas as práticas de desumanização. É necessário que o saber-fazer da autorreflexão crítica e o saber-ser da sabedoria exercitada ajudem a evitar a "degradação humana" e o discurso fatalista da globalização, como ele tão bem diz.

Destarte, nas intervenções, a pesquisadora primeiramente conhece a puérpera, motivando-a durante a aplicação do álbum seriado, pois, como se trata de estratégia individual, o diálogo estabelece-se, favorecendo o conhecimento de interesses das participantes, em relação à situação atual, além de evidenciar sentimentos, aspirações sobre o processo de amamentação futura e elementos que consideravam mais relevantes.

Após contato inicial com a puérpera, a pesquisadora apresenta figuras, no total de 07, em cada uma, buscando-se gerar processo de discussão com a participante, levando-a a expor seus pensamentos primeiramente, e depois, a pesquisadora com o auxílio das fichas roteiros por trás da figura, procura direcionar o processo de aprendizagem com a participação das puérperas.

De acordo com Zanetti *et al.*, (2007), Santos Filho; Rodrigues; Santos (2008) e O'Brien *et al.*, (2009), estratégias individuais têm o propósito de conhecer o cliente, hábitos de vida, práticas de autocuidado, estabelecendo o processo educativo e o vínculo entre profissional e paciente, elementos facilitadores do processo. Ainda os autores afirmam que, na intervenção, orientações específicas se fazem de acordo com as necessidades do indivíduo, fortalecendo assim a prática educativa.

Assim, a intervenção educativa efetua-se ainda no AC, a fim de que a mulher, na alta hospitalar, alcance comportamento de vislumbre de promoção do aleitamento materno. Pois Bandura (1997) defende que a maneira como alguém se comporta determina o resultado de suas experiências. Da mesma forma, a antecipação que alguém faz dos resultados da ação depende de seus julgamentos e de quão apto está para realizar determinados comportamentos.

### **Terceira Etapa**

Aplica-se novamente a escala BSES-SF em puérperas dos dois grupos, antes da alta hospitalar. Ainda, nesse momento, esclarece-se a puérpera sobre a continuidade da sua participação na pesquisa informando-a de que a pesquisadora vai contatá-la, por meio de telefone, para responderem novamente a escala e o

formulário sobre dieta da criança, e outros dados inerentes à condição do binômio mãe e filho (APÊNDICE F), conforme sua anuência, após dois meses de puerpério.

É oportuno destacar que, nesse momento, a pesquisadora não aplica a escala BSES-SF com o grupo de intervenção, quem o faz são as acadêmicas previamente treinadas, evitando qualquer manipulação.

#### **Quarta Etapa**

No segundo mês de puerpério, o contato é por telefone. A expansão da telefonia fixa e móvel é expressiva nos últimos anos, podendo ser alternativa de contato e acompanhamento de estudos, especialmente nas áreas urbanas.

Pesquisadores de enfermagem também utilizam tal recurso nos estudos (DENNIS, 2002,2003; DENNIS; HODNETT; GALLOP; CHALMERS, 2002; BLAKE, 2008). Há até mesmo os que têm utilizado o telefone como estratégia de intervenção (BECKER, 2010).

Para Gray (2012), a pesquisa de levantamento por telefone é um dos métodos mais usados, o que se deve ao crescimento de telefones domésticos e de celulares. O que é preciso ser considerado é que as perguntas sejam curtas e simples, com opções de resposta, pouco numerosas e curtas, no limite de 20 palavras ou menos, e linguagem mais simples possível.

Destarte, as participantes dos grupos foram contatadas 08 semanas pós-parto, com aplicação da escala e formulário (APÊNDICE F). Os dados inerentes a esse instrumento, descritos anteriormente, apresentam perguntas abertas, com linguagem simples e acessível.

Fez-se a tentativa de entrar em contato com 201 puérperas das três primeiras etapas do estudo na maternidade. A maioria possui telefone celular, por isso se utiliza chip exclusivo para ligações. Pela primeira opção fazem-se as ligações no turno da manhã, sem resultado, faz-se nova ligação à tarde. Ainda, procurou-se fazer três tentativas para entrar em contato com cada participante, pelo menos em dois dias consecutivos. Se não houver o contato, a puérpera não participa da quarta e última etapa do estudo, mas os dados das etapas anteriores são utilizados para análise.

Em 2008, mais da metade (53,8%) da população de dez anos ou mais, ou seja, cerca de 86 milhões de pessoas, tinham telefone celular – percentual de 36,6% em 2005, correspondendo a 56 milhões de pessoas. De 2005 para 2008, enquanto a população de dez anos ou mais de idade cresceu 5,4%, o contingente com celular

teve aumento de 54,9%. Das pessoas com celular de uso pessoal, 44,7% (38,6 milhões) não tinham telefone convencional, percentual decrescente, de acordo com o aumento do rendimento mensal domiciliar *per capita* (IBGE, 2009).

#### 4.6 Teste piloto

Os melhores planos cuidadosamente delineados no papel podem, na prática, funcionar de modo muito diferente do esperado. O melhor a fazer é detectar os problemas em estudo piloto que leve a alterações apropriadas, antes do início (HULLEY *et al.*, 2008).

Nessa perspectiva, a proposta de intervenção educativa na puérpera lactante é previamente testada com 10 mulheres que tiveram filhos no mês de junho de 2010, oportunidade em que se aplica a escala BSES-SF.

Enfatize-se que, no momento do teste piloto da intervenção educativa, a pesquisadora solicita opinião das participantes quanto ao tipo de estratégia educativa utilizada, bem como à clareza e compreensão das figuras expostas no álbum seriado.

Após o teste piloto, no planejamento de intervenções, fizeram-se algumas modificações e ajustes para implementação. Os resultados não foram considerados por ocasião da análise dos dados.

#### 4.7 Organização e análise dos dados

Com os instrumentos respondidos pelos juízes, no que se refere à validação do álbum seriado, analisam-se os dados, organizados e processados pelo *Predictive Analytics Software* (PASW<sup>®</sup>), versão 18, apresentados em tabelas e gráficos. Além disso, para exame da validade de conteúdo das fichas roteiros, tem-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado por três equações matemáticas: O S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala), S-CVI/UA (proporção de itens de escala que atinge escores 3: realmente relevante e 4: muito relevante, por todos os juízes) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006).

A validade do conteúdo de instrumento baseia-se, necessariamente, em julgamento. Não existem métodos totalmente objetivos para garantia de cobertura adequada do conteúdo do instrumento; porém é cada vez mais comum o uso de um grupo de especialistas independentes na avaliação da validade do conteúdo de instrumentos novos. Tipicamente, os pesquisadores calculam o índice de validade

do conteúdo (IVC) que indica em que medida as opiniões dos especialistas são congruentes. Sugere-se o IVC de 0,90 como padrão de excelência da validade de conteúdo, entre juízes (POLIT; BECK, 2006, 2011).

A coleta de dados feita na maternidade, no segundo mês de puerpério, por telefone com participantes do estudo, com opção de, em princípio, desenvolver um banco de dados no Programa *Access 2007* (Microsoft Office) o qual permite a dupla digitação dos dados. O *Access* possibilita à pesquisadora maior rigor no momento de formatar esse banco de dados, pois, para a dupla entrada das informações, há um sistema de segurança que detecta falhas de digitação permitindo checagem e correção dos informes. Assim, detectada alguma divergência entre a primeira e a segunda digitação, prontamente os dados da fonte primária (formulários e escala) são checados, procedendo-se, então, à necessária correção. Portanto, o uso de *Access 2007* como sistema gerencial da base de dados é de maior rigor e fidedignidade no momento da análise. Posteriormente, checados os dados digitados e corrigidos, as informações inseridas no *Access 2007* são exportadas para o programa *Predictive Analytics Software (PASW®)*, versão 18, para proceder às análises descritivas e inferenciais.

Contou-se com o apoio de profissional estatístico na análise dos dados, com utilização de medidas estatísticas (média, mediana e desvio padrão). Para testar médias aplicam-se testes *t* de Student (para dois grupos) e teste F de Snedecor (para três grupos ou mais). Com o teste F de Snedecor (ANOVA) significativo, usa-se o teste de Tukey para saber quais pares diferem entre si. A análise exploratória dos dados consta de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, apresentados por meio de tabelas e gráficos, de acordo com a literatura pertinente. Os testes estatísticos selecionam-se conforme necessidade da análise dos dados, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, sobretudo de validade e confiabilidade do instrumento.

Comparam-se os grupos na linha de base e após, dois meses da intervenção, em análises separadas. Para essas comparações, utilizam-se testes qui-quadrado (variáveis categóricas) e *t* de Student ou Mann-Whitney (variáveis contínuas), considerando alfa crítico de 0,05.

#### 4.8 Considerações éticas

Para pesquisa, é importante o cumprimento da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), para apreciação e aprovação. Na definição de direitos e deveres do pesquisador e dos participantes de estudo, a Resolução 196/96 leva em conta os aspectos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Para validação de conteúdo e aparência do álbum seriado, é necessária, além da carta convite (APÊNDICE X), a emissão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE Y) (uma para a pesquisadora e outra para os juízes), com assinatura da pesquisadora e juízes (*experts*), servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça).

Dessa forma, no primeiro contato, juízes e puérperas são convidados a fazer parte da pesquisa, sendo-lhes esclarecido sobre o direito de participar livremente do estudo e de abandoná-lo se assim achar oportuno (autonomia).

Emprega-se linguagem clara, acessível e de compreensão compatível com o nível de escolaridade das puérperas, evitando-se terminologias técnicas e ou complexas.

Na leitura do termo de consentimento, pesquisadoras se colocam à disposição para responder aos questionamentos das participantes, bem como garantir o anonimato de informações concedidas, pela codificação de identidade de cada participante (não maleficência).

O TCLE (APÊNDICE D) emite-se em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para a participante), onde constam as assinaturas, tanto da pesquisadora quanto da participante do estudo, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC/UFC, aprovado sob o Parecer de nº 42/08, no dia 09 de julho de 2008 (ANEXO B).

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Primeiramente, será apresentada a construção e validação do álbum seriado, o desenvolvimento da intervenção educativa e aplicação do mesmo. A seguir, serão descritos os dados sócio demográficos e de moradia das 201 puérperas, seus antecedentes obstétricos, dados da gravidez atual/parto e puerpério e percepções quanto ao aleitamento materno.

### 5.1 Construção e Validação do Álbum Seriado

O álbum seriado se obtém pela versão traduzida da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*, validada no Brasil por Dodt (2008), pelos pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1986), bem como dos levantamentos bibliográficos dos estudos anteriores desenvolvidos pelas pesquisadoras e suas experiências profissionais.

A construção do álbum seriado também segue recomendações da literatura consagrada em aleitamento materno e puerpério, subsidiada pelos aspectos inerentes da escala (domínio técnico e pensamentos intrapessoais), presente no quadro abaixo:

#### Quadro 2 - Aspectos inerentes da escala BSES – SF.

Pensamento intrapessoal
01 – Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente
02 – Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios
03 – Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.
04 – Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.
09 – Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.
14 – Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.
Técnico
05 - Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.
06 - Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.
07 - Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.
08 - Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
10 – Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).
11 - Eu sempre amamento meu bebê em um peio depois mudo para o outro.
12 - Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada).
13 - Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê . (Organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).

Fonte: Dodt (2008)

O domínio técnico ressalta o posicionamento adequado do recém-nascido durante a amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de lactação de qualidade, sucção do mamilo areolar entre outros. O domínio de pensamentos intrapessoais aborda o desejo de amamentar, motivação interna para a amamentação e a satisfação com a experiência de amamentar (ORÍÁ, 2008).

Para construção do álbum seriado é necessária a utilização de banco de fotografias da realidade, o que se lança mão do banco de imagens da internet, para retratar, de forma fiel, no álbum seriado, o contexto das participantes.



Mãe e bebê na enfermaria

**Fonte:** Captadas do banco de imagens do site Google (Internet).

Com base no material, contrata-se um profissional técnico que elabora desenhos gráficos, utilizando o *Corel Draw*, para edição de figuras. Vários encontros foram realizados no sentido de organizar figuras, de modo a retratar a realidade da puérpera em processo de amamentação.

O auxílio de especialista da área de desenho, na elaboração e diagramação de ilustrações também ressalta-se nos trabalhos desenvolvidos por Martins (2010), com álbum seriado e intervenção educativa, para a promoção da segurança alimentar e uso de alimentos regionais em famílias de pré-escolares, em zona rural, e no estudo de Vasconcelos (2008) que desenvolve álbum de intervenção educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para recebimento do exame de Papanicolau.



**Figura 5** – Rascunhos iniciais para elaboração das figuras do álbum seriado.

O álbum seriado (40 centímetros de largura e 32 de altura) em cada folha, contém uma figura (Fi), verso do álbum exposto ao grupo, e ficha roteiro (FR) anteverso - voltada para o profissional, de modo a constituir álbum de utilização no alojamento conjunto.

Cada figura é catalogada em ordem numérica crescente, de acordo com o subtema (Fi1, Fi2, Fi3, Fi4, Fi5, Fi6 e Fi7); (FR1, FR2, FR3, FR4, FR5, FR6 e FR7). Além das sete figuras, há opções de capa, das quais os juízes sugerem a melhor, em conformidade com o tema proposto para álbum seriado.

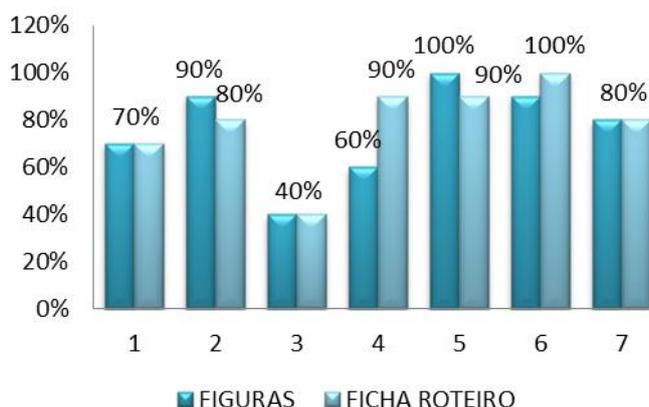


**Figura 6.** Versão inicial das figuras contidas no álbum seriado sobre autoeficácia em aleitamento materno, apresentada aos juízes experts.

Após a confecção do álbum seriado, é apresentado aos 10 juízes, sete entre 24 e 37 anos e três, de 47 a 69 anos, média de 39 anos. Dois juízes são especialistas, um cursando mestrado; dois mestres, ambos cursando doutorado; quatro doutores; e dois pós-doutores. Quanto à experiência profissional nove informaram experiência em aleitamento materno; oito em saúde coletiva e quatro em alojamento conjunto. Todos com experiência em educação em saúde, e dois com experiência informal na área; oito com experiência de 4 a 30 anos, em média de 10,5 anos de experiência formal em aleitamento materno. Além disso, nove revelaram possuir experiência anterior com elaboração/avaliação de material educativo.

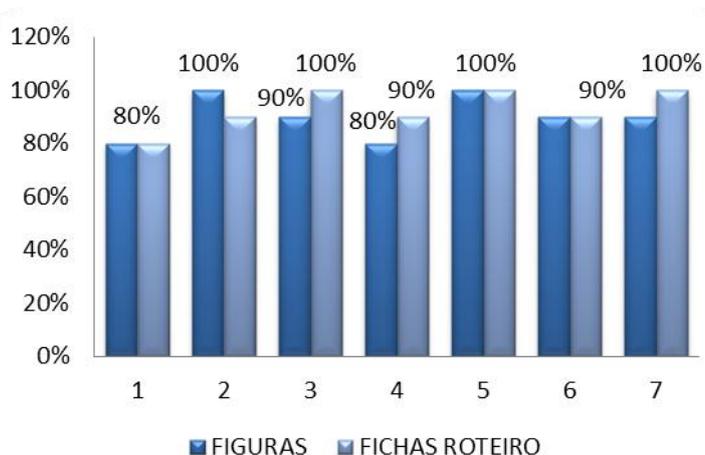
Dois juízes atuam na assistência; um no ensino; dois, ensino e pesquisa; um na assistência, ensino e pesquisa; dois ensino, pesquisa e consultoria; e dois na pesquisa e consultoria. Somente um não participa de grupo ou projeto de pesquisa.

Sobre as figuras do álbum, oito juízes consideraram-nas ótimo e dois bom. Em relação às fichas-roteiro, sete disseram-nas ótimo e três bom. Unânicos em considerar o material aplicável no cotidiano do enfermeiro.



**Figura 7.** Clareza das ilustrações e compreensão das fichas-roteiro do álbum seriado, segundo parecer dos juízes.

As Fi1, Fi2, Fi4, Fi5, Fi6 e Fi7 consideram-se claras e compreensíveis (Figura 7), com percentual acima de 50%, média de 77,1%. No concernente as fichas-roteiro, a opinião é semelhante e o nível de concordância de clareza e compreensão, acima de 50% nas FR1, FR2, FR4, FR5, FR6 e FR7. Acerca do grau de relevância das figuras e fichas-roteiro do álbum seriado, as figuras Fi1 e Fi4 apresentam 80% de relevância e as demais entre 90% e 100% (Figura 8).



**Figura 8.** Grau de relevância das ilustrações e fichas-roteiro do álbum seriado.

O cálculo do IVC de cada figura e ficha-roteiro encontra-se na Tabela 1. Em seguida, calcula-se o IVC global para o álbum seriado, e se tem o valor de 0,92 para as figuras (Fi) e 0,97 para as fichas-roteiro (FR), indicando excelente nível de concordância entre os especialistas.

**Tabela 1.** Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) das figuras e ficha-roteiro, de acordo com análise dos juízes. Fortaleza/CE, 2010.

	Figuras (Fi)	Fichas-roteiro (Fr)
1	0,88	0,88
2	1,00	1,00
3	0,90	1,00
4	0,80	1,00
5	1,00	1,00
6	0,90	0,90
7	1,00	1,00

Na avaliação dos juízes, o álbum seriado constitui instrumento de conteúdo pertinente e válido no que diz respeito ao construto (autoeficácia da amamentação), com excelentes IVCs individuais (figuras e fichas-roteiro) e global. Apesar do resultado do IVC global de 0,92, os juízes sugerem modificações: na Fi1 manutenção dos olhos do bebê abertos, olhando para a mãe, de modo a enfatizar a troca de olhares entre mãe e filho. Assim, a Capa 1 revela criança alerta, bem humorada, em plena interação com a mãe, ou no período de reatividade do RN.

A troca de olhares entre mãe e bebê é uma modalidade interativa essencial, pelo contato, olho no olho, desde os primeiros dias de vida do bebê. Nesse sentido, a amamentação considera-se como uma oportunidade de trocas afetivas, pois o olhar do recém-nascido apresenta efeitos importantes para a mãe, exemplo de processos bidirecionais de interação. O olhar recíproco da mãe aumenta a tendência de o bebê fixar os olhos no rosto da mãe (ALFAYA; SCHERMANN, 2005). A interação harmoniosa contribui para a troca de olhares mãe/bebê, sorrisos

do bebê após a mamada, palavras afetuosas, embalos, carinhos, aspectos essenciais, observados na amamentação (CORDEIRO, 2006).

Na Fi2, sugere-se retificação da pega, pois a criança está incorretamente, somente com o mamilo na boca. Assim, a modificação evidencia “boca de peixe”. Retirado o agasalho para destaque da forma adequada de a mãe segurar o filho, altera-se também a exibição do lábio inferior do bebê (evertido).

Na sucção eficiente, por meio de pega satisfatória, o recém-nascido apresenta reflexo de busca, quando a língua assume posição anterior, entre rodetes gengivais e envolve a região mamilo-areolar em forma de concha; além disso, o selamento labial ocorre e, com rápidos movimentos ondulatórios proporcionados pela língua, estabelece-se, todavia, pressão negativa intraoral, pela oclusão língua/palato, em concomitância com os movimentos da mandíbula, extraindo o leite da mama. Ao atingir o palato mole, o leite deflagra o reflexo de deglutição (CORDEIRO, 2006).

Os sinais de pega adequada são: boca bem aberta, sem quase visão da aréola; lábio inferior do bebê evertido (virado para fora); queixo da criança encostado ou bem próximo à mama, bochechas arredondadas. A mãe não sente dor nos mamilos, somente fisgadas ao início da amamentação. Assim, amamentação com posicionamento e sucção apropriados não causa dor (BRASIL, 2009).

Na Fi3, propõem-se que se retirem as bolinhas decorativas, é que poluem o visual da figura, além de não ter significado real para mantê-las. Além disso, os juízes indicam sejam inseridas setas demonstrando sequência apropriada das ações. Recomendam também o desenho do bebê largando espontaneamente o peito, pesado e registrado o ganho de peso. As manifestações de comportamento do recém-nascido podem ser interpretadas pela mãe de forma positiva, concluindo que o mesmo está bem alimentado, ao soltar espontaneamente o seio, apresenta bom débito urinário, concilia bem o sono após as mamadas e evolui com ganho ponderal.

Há bebês que se sentem satisfeitos com seis mamadas por dia, contudo a maioria dos recém-nascidos (RN) deseja alimentar-se com maior frequência. Os intervalos nos primeiros dias de vida são maiores, porém entre o 3º e o 7º dia, tendem a diminuir. Não se justificam imposições de horários para as mamadas e nem sua frequência (JONES, 2005).

A Fi4 não evidencia para os juízes que se deva acalmar o bebê, pois ele chora o tempo todo. Além da troca de fralda do bebê, foi acrescentada a figura da mãe acalentando-o.

O choro é uma forma de comunicação do recém-nascido, de difícil interpretação para a mãe; causa ansiedade e irritabilidade entre adultos quando não é rapidamente sanado. Assim, o choro proporciona insegurança materna, gerando dúvidas em relação a sua capacidade de cuidado do filho (LEBOVICI, 1987). As crianças choram por outros motivos, além da fome. Mesmo nesses casos, ao ser colocado ao seio, o RN costuma permanecer mais calmo, porém se a causa do choro não for resolvida, ele volta a chorar, criando falsa impressão de fome. É preciso saber identificar o real motivo do choro, cujas causas mais comuns são cólicas, desconforto (frio, calor, sujidade de fezes e /ou urina), substâncias no leite materno (cafeína, nicotina, leite de vaca e outras), carência pelo afastamento prolongado, dor ou doença e, por fim, fome (VASCONCELLOS, 2005).

Na Fi5: mãe em meio a atividades domésticas, contudo aceita-se a opinião dos juízes de introduzir atividade mais agradável, como conversar com amiga. A nutriz, em meio às transformações da maternidade, torna-se mais sensível às influências externas (incluindo amigos e a família) sobre os cuidados com o filho e ao aleitamento materno (TERUYA; BUENO; SERVA, 2006).

A Fi6 mostra o ambiente hospitalar. Pela avaliação dos juízes, na realidade, as visitas ocorrem com mais frequência no ambiente domiciliar, com alteração do cenário.

A escolha pela amamentação, e sua duração estão fortemente influenciadas por atitudes adquiridas socialmente e pelo suporte e apoio que a mulher sente, de familiares e da comunidade (BARREIRA; MACHADO, 2004). Estudos demonstram que falta de apoio de profissionais ou pessoas mais experientes, dentro e fora da família, apesar do forte desejo de efetivar o aleitamento, constitui fator que contribui para desmame precoce (NAKANO; MAMEDE, 1999; EKSTROM; WIDSTROM; NISSEN, 2003); sendo a avó (materna e paterna) com maior influência no sucesso ou fracasso do aleitamento materno exclusivo (EKSTROM; WIDSTROM; NISSEN, 2003; BEZNER KERR; DAKISHONI; SHUMBA; MSACHI; CHIRWA, 2007).

Por fim, na Fi7, faz-se ajuste no ambiente referente ao posto de saúde, considerando que a puérpera retorna à unidade para dar seguimento aos cuidados à

sua saúde e de seu filho. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, é incentivado, desde o pré-natal, na maternidade e, pelos agentes comunitários de saúde, na visita domiciliar. A atenção ao RN aborda assuntos como amamentação, alimentação complementar, orientação sobre crescimento, desenvolvimento e vacinação (BRASIL, 2006).

A elaboração do álbum seriado sobre autoeficácia em aleitamento materno é possível mediante levantamento bibliográfico, construção de figuras e fichas-roteiro e, por fim, avaliação do material pelos juízes selecionados. Pelos resultados, conclui-se que o álbum seriado tem validade de conteúdo e aparência, após análise dos itens por juízes nas áreas de enfermagem e educação.

O processo de validação evidencia a relevância de validação prévia, para conferir maior credibilidade ao material a se empregar. Desse modo, comprovada sua validade, o material encontra-se apto a ser utilizado na investigação e na prática clínica, nos diversos campos de atuação da enfermagem, inclusive no alojamento conjunto. O principal objetivo é utilizar todo recurso para apoiar a puérpera no processo de amamentação, minimizando intercursos, transmitindo-lhe confiança e, por conseguinte, autoeficácia na amamentação.

A criação de tecnologias para o cuidado, como o álbum citado, serve de incentivo aos demais profissionais enfermeiros, devido principalmente à modificação da visão tradicionalista de ensino-aprendizagem, com a mera difusão de informações. Percebe-se a necessidade de adequar o ensino de enfermagem à visão criativa e emancipatória. Segundo Demo (2010, p.1) “inovar a educação é promessa eterna, porque - segundo se crê - educação é uma das fontes principais de mudança, com o toque ulterior de ser mudança apropriada, aquela mais bem feita”.

## **5.2 Desenvolvimento da intervenção educativa: aplicação do álbum seriado - “Eu Posso Amamentar o meu Filho”**

A educação em saúde não se entende somente como transmissão de conteúdos, mas caracterizada como combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, pela adoção de práticas educativas que busquem a autonomia do sujeito, na condução da vida. Sendo assim, a educação em saúde nada mais é do que o pleno exercício de construção da cidadania (PEREIRA, 2003).

A fim de instituir a educação em saúde como medida eficaz de intervenção para estabelecimento de prática educativa satisfatória, como enfatiza Silva (2004), é imprescindível conhecer a realidade do indivíduo com quem se deseja realizar ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas em âmbito holístico.

Assim, a Educação em Saúde é instrumento fundamental de assistência de boa qualidade e emancipação individual, pois o enfermeiro exerce, no cotidiano, inúmeros papéis, além de cuidador e eminentemente educador (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

Por ser o diálogo instrumento essencial, o modelo emergente de educação em saúde refere-se como modelo dialógico. O usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de saber que, embora distinto do saber técnico científico, possui legitimidade e o intuito da educação dialógica não é o de informar para a promoção da saúde, mas transformar saberes existentes (SANTANA *et al.*, 2010).

O conhecimento que realmente importa é aquele que está em constante renovação, por meio de um processo de questionamento e autoquestionamento, pois é a desconstrução e reconstrução, no fluxo dialético, que o renova. Dessa forma, as novas tecnologias devem servir de apoio ao pensar, mas precisamos nos manter em controle dessa função, sabendo exercitá-la (DEMO, 2010).

Para atuar na comunidade, aliando saber científico ao conhecimento popular, inerente à pessoa, o enfermeiro, com abordagem dialógico-reflexivo-participativa, utiliza estratégias alternativas com o intuito de compartilhar informações sobre promoção da saúde do indivíduo e da comunidade (JOVENTINO *et al.*, 2009).

Diante disso, a intervenção educativa dá-se por meio de estratégia individual, utilizando como ferramenta o álbum seriado, composto por 08 figuras e 07 fichas-roteiros, enfocando a autoeficácia da mãe, na amamentação.

O álbum compreende 08 personagens, a saber: Maria (a lactante); Felipe (RN); José (pai); Joãozinho (primogênito de Maria); Francisca (amiga de Maria); Melo (avô de Maria); Lina (avó de Maria); e Rebeca (a enfermeira).

Ao início da intervenção, nas enfermarias, a pesquisadora explica a finalidade do encontro, com duração média de 20 a 30 minutos. A intervenção é individualizada, o que causa curiosidade e interesse das puérperas, que observam curiosas, indagando sobre o conteúdo do álbum, o que iria abordar, e se podem participar.

Na seleção das puérperas, foram previamente observados os critérios de inclusão, avaliavam-se as condições de diálogo, redundando na realização de 100 intervenções.

Na verdade, apesar de recusas e certo desinteresse de outras, há sede de informação da comunidade, com prevalência do interesse no material produzido.



### Capa do Álbum Seriado

A capa apresenta recém-nascido (RN) ansioso pela mama. O apelo simpático e o colorido da imagem atraem a atenção das puérperas. As nominadas personagens, RN como Felipe e mãe Maria, questionadas sobre o que visualizam na figura, as puérperas verbalizam que, como todo RN (inclusive o próprio filho(a), o

bebê inicia a amamentação bem acordado, ativo, consciente e responsivo aos estímulos.

No estado de vigília ou alerta, os olhos abertos, brilhantes, o recém-nascido focaliza a fonte de estímulo. O estado de alerta é considerado ótimo estado de estímulos, ideal para o contato entre os pais ou para início da amamentação (KENNER, 2001).



**Figura 1 (FR1)**

Na figura 1 (FR1), Maria, sentada amamenta Felipe, focando o momento de pega do seio. Estimula-se que puérperas observem detalhes/cores/binômio, e questiona-se sobre como Maria está se sentindo. Geralmente consideram que o binômio parece satisfeito. Indagadas quanto aos indícios de satisfação, as puérperas referem que a mãe encontra-se relaxada e confortável e o bebê lhes parece feliz. Daí, inicia-se diálogo sobre entendimento acerca de pega correta; livre demanda e leite suficiente. Diante das respostas, reforça-se o que é necessário e retroalimenta os aspectos positivos. Elas compreendem que o RN deve estar alinhado ao corpo da mãe, com a boca bem aberta.

As posições de amamentação preconizadas pela Nutrição Biológica de Colson (2005) se definem como em que a face frontal do corpo do neonato está em íntima justaposição com o contorno materno.

O argumento básico de Bandura (1997) com relação ao papel das crenças de autoeficácia, no funcionamento humano, é que o “nível de motivação”, estados afetivos e ações das pessoas baseiam-se mais no que acreditam ser

objetivamente verdadeiro. Por esse motivo, prediz-se melhor a maneira como as pessoas agem por meio de crenças, em suas capacidades, do que pelo que são realmente capazes de realizar, pois percepções de autoeficácia ajudam a determinar o que os indivíduos fazem com o conhecimento e habilidades (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).



**Figura 2 (FR2)**

Na figura 2 (FR2), Felipe esvazia a mama esquerda (E) de Maria, que se prepara para oferecer a direita (D). Indagadas sobre o que veem na figura, o que acham que Maria deve fazer, se amamentar somente em uma mama ou alternar e o porquê, as puérperas, apesar de responderem sim, que se ofereçam as duas, algumas referem que o filho não consegue sugar as duas mamas, satisfeito com uma. Discute-se sobre a importância de alternância das mamas e questão do leite anterior (rico em água) e posterior (rico em gordura); crianças menores realmente se satisfazem somente com uma mama nos primeiros dias de vida; mas alerta-se sobre o risco de, caso não se ofereçam as mamas, possibilidade de ingurgitamento e até interferência na simetria das glândulas mamárias.

Além de interpretação dos resultados de seus atos, as pessoas formam crenças de autoeficácia por meio da experiência vicária de observar outras pessoas em execução de tarefas. Contudo, mesmo indivíduo experiente e autoeficaz aumenta a autoeficácia se lhe forem ensinadas maneiras melhores de fazer as coisas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).



**Figura 3 (FR3)**

Ao se utilizar a Figura 3 (FR3), representada por Felipe pesado, confirmando-se ganho ponderal, soltando o peito de Maria espontaneamente, com eliminação vesical em bom débito e conciliando sono tranquilamente, as participantes, pelas ilustrações da Figura 3, conseguem identificar sinais de saciedade de Felipe e comparam com os próprios filhos, dizendo: “quando ele solta o peito”, “quando ele dorme”.

Após comentários, as puérperas são indagadas sobre como percebem o término da mamada. Algumas dizem não reconhecer o momento e, na verdade evidência concreta é a sensação de esvaziamento da mama.

Sobre micção do RN, lembre-se que a diurese é frequente, com volumes pequenos, cerca de 6 a 8 micções por dia, na maioria das vezes, indica amamentação bem sucedida (GAÍVA; MEDEIROS, 2006).

A confiança no aleitamento materno se revela na crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu filho com êxito (CHEZEM; FRIESEM; BOETTCHER, 2003).

Segundo Dennis (2003), baseado na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986), as crenças de autoeficácia ajudam a determinar quanto esforço dedicado à atividade, tempo de perseverança diante dos obstáculos e o quão resilientes frente às situações adversas. Compreende-se, dessa maneira, que as crenças de eficácia favorecem ou dificultam as condições de enfrentamento de obstáculos, bem como são determinantes na resiliência do indivíduo.



**Figura 4 (FR4)**

Na figura 4 (FR4), Felipe chora muito. Contudo Maria permanece calma e investiga o motivo do choro, renova a fralda após higiene íntima, tranquiliza Felipe e oferece-lhe o peito.

Em face da figura, questionam-se as puérperas sobre os motivos do RN chorar e, entre causas, citam-se fome, “dor de cólica” e fralda suja. Referem que o choro ocasiona insegurança, sendo difícil manter a calma nessa situação.

Acalmar o bebê antes de levá-lo ao peito facilita a organização, proporcionando tranquilidade à mãe para posicioná-lo adequadamente. Com outras formas de tranquilizá-lo, como música, voz dos pais, mudança de posição, aconchego, embalo, se frio ou calor, pode-se minorar o nível de estresse do binômio (CORDEIRO, 2006).

Guiada pela FR4, orienta-se sobre a necessidade de identificar a real causa do choro e procurar corrigir, enfatizando sempre a importância de manter a tranquilidade. Discutem-se outras possibilidades (motivos) que podem fazer o RN chorar: cansaço, desconforto, excesso de ruído e/ou luminosidade, peito cheio demais, mamadas curtas e até o simples fato de necessitar de colo, aconchego. A partir disso, elaboram-se alternativas concretas com a puérpera para solucionar inúmeras situações.



**Figura 5 (FR5)**

Na figura 5 (FR5), Maria no contexto familiar, em diversas atividades: costura, amamentação de Felipe, brincadeira com Joãozinho e conversa com o esposo José, varrendo e conversando descontraída com amiga Francisca.

Sobre as atividades de Maria, há identificação das puérperas com a realidade: é que geralmente elas diziam ser aquela sua própria vida. Referem também o desafio de conciliar atividades com aleitamento, mas a prioridade é o RN e verbalizam como gerenciar o tempo e lidar com as atividades diárias e amamentação.

O apoio familiar é decisivo para o êxito ou fracasso do aleitamento. Apoiar significa amparar, sustentar, prestar auxílio mútuo, segurar, proteger (MELHORAMENTOS, 2009). Independente de quem presta apoio, há necessidade de a mulher ser auxiliada durante o período da amamentação (GONÇALVES; BONILHA, 2005).



**Figura 6 (FR6)**

A figura 6 (FR6) ilustra o ambiente familiar de José e Maria, em recepção aos avós Melo e Lina; Maria permanece amamentando Felipe.

As participantes se identificam muito com a figura, é que algumas haviam recebido visitas ou alguém da enfermaria tinha sido visitada, levando-as à ideia sobre amamentar confortavelmente, diante de outras pessoas e ou familiares.

Pelas colocações e posicionamentos das puérperas, acerca da situação, pergunta-se como Maria está se sentindo em amamentar na presença da família. A maioria das puérperas consideram que Maria está confortável. Indagadas como se sentiam, ao amamentarem diante das pessoas, as mais jovens referem pudor, principalmente diante de homens, mesmo da família. Entretanto, alojadas em ambiente coletivo, não têm preocupação, adaptadas à falta de privacidade.

A mãe experimenta emoções profundas, relacionadas às suas experiências com a própria mãe. Mesmo inconsciente, ela exerce o papel de mãe, na sua relação com a mãe ou com adultos que cuidam dela. Se tem lembranças (conscientes ou inconscientes) de ter sido bem cuidada ou abandonada, de ter tido mãe predominantemente “boa” ou “má”, isso faz diferença significativa na autoconfiança para amamentar o bebê (ASSIS, 2004).



**Figura 7 (FR7)**

Enfim a figura 7 (FR7) retrata o retorno de Maria e Felipe à Unidade Básica de Saúde para consulta de revisão de parto e puericultura, em que Maria interage diante das orientações da Enfermeira Rebeca e reflete sobre o período adequado de amamentação.

Nesse momento, as puérperas ressaltam dificuldade de acesso ao sistema de saúde que, muitas vezes, desejam retornar à unidade, mas a falta de atendimento apropriado as desestimula, além disso, a falta de vacinas nas unidades básicas é também dito. Citam a questão do tempo de aleitamento materno exclusivo, pois, mesmo reconhecendo a relevância da amamentação por 6 meses, algumas diante dos números da Figura 7, dizem que a situação não acontece, pois logo têm que retornar ao trabalho (aos 4 meses).

A legislação de proteção ao AM no Brasil é uma das mais avançadas do mundo. É muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção do AM para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias os seus direitos. Além de conhecer e divulgar os instrumentos de proteção da amamentação, é fundamental que o profissional respeite a legislação e monitore seu cumprimento, denunciando as irregularidades.

Entre os direitos assegurados à puérpera, há Licença maternidade – à empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição Federal de 1988, artigo 7º - inciso XVIII). A Lei Federal no 11.770, de 9 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa prorrogar para 180 dias a licença-maternidade prevista na Constituição, mediante incentivo fiscal às empresas. A empregada deve requerer a licença-maternidade até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obter guarda judicial por fins de adoção de criança. O Decreto no 6.690, de 11 de dezembro de 2008, regulamenta a extensão da licença-maternidade prevista na lei 11.770 para as servidoras da Administração Pública Federal. Muitos estados e municípios estão concedendo a licença-maternidade de 180 dias para suas servidoras (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses, complementado até dois anos ou mais (BRASIL, 2009). Além disso, caso puérpera tenha sido acompanhada na gestação pela Estratégia Saúde da Família (ESF), cadastrada na UBASF, atualmente é garantido o acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado, na primeira semana de saúde integral, cujo maior intuito é a redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006).

Orientação é forma de atuação do profissional com a puérpera, ele a escuta, procura compreendê-la e com seus conhecimentos, oferece ajuda para propiciar que a lactante planeje, tome decisões, aumente sua autoconfiança e autoestima (BUENO; TERUYA, 2004).

A informação é fundamental para aumento da autoconfiança das puérperas, de maneira que elas possam superar as adversidades. Sem informação adequada às mulheres, profissionais de saúde e sociedade, o maior prejuízo acontece durante o aleitamento materno (MELO *et al.*, 2002; BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Para que a prática na orientação da amamentação seja satisfatória, profissionais de saúde devem ter, além do conhecimento em aleitamento materno, habilidade na comunicação com a nutriz. Falar com clareza e sem utilizar palavras de difícil entendimento é essencial para que a mãe compreenda as orientações, minimizando dúvidas futuras. É importante focar também a orientação ao pai e à família, para apoiar a mãe e encorajá-la sempre, evitando o desmame precoce (GÓES; RANGEL; BORGES, 2009).

Ao fim da entrevista, vê-se que o álbum seriado cria relação dialógica e horizontalizada, favorecendo maior proximidade da puérpera com a temática abordada, permitindo a verbalização de dúvidas e incertezas, suscitando discussões acerca da realidade vivenciada.

Oportuno destacar que a intervenção educativa, através da estratégia do álbum seriado, possibilita reflexões sobre questões locais, sociais e do próprio sistema de saúde. Na verdade, contrário aos outros recursos e modelos, o álbum seriado ouve mais os anseios da puérpera, no intuito de atender, com mais eficiência, as suas necessidades.

### 5.3 Caracterização das puérperas do estudo em relação às variáveis sociodemográficas

A amostra total do estudo (n=201) foi seccionada em dois grupos: comparação (n=101) e intervenção (n=100). Por conta disso, fez-se premente a realização de correlações entre os grupos de intervenção e comparação, visando à confirmação de sua similaridade.

Sabe-se que quando não é possível a randomização, podem ser utilizados outros métodos de controle de características estranhas ao estudo e de alcance da aproximação com o contrafato. Para tanto, uma alternativa trata da **homogeneidade**, em termos de confiabilidade do instrumento, grau em que suas subpartes são internamente consistentes e estão medindo o mesmo atributo crítico. Em geral, o grau em que os objetos são similares, caracteriza-se por pouca variabilidade (POLIT; BECK, 2011). Lobiondo-Wood e Haber (2001) complementam ao afirmarem que a homogeneidade significa semelhança de condições, sendo denominada de coerência interna.

Destarte, para avaliar a homogeneidade dos grupos, os resultados das Tabelas 2 e 3 mostram a associação das variáveis sociodemográficas e de moradia entre os grupos de intervenção e de comparação e a Tabela 3, a associação das variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos.

Sendo assim, pode-se verificar, a partir da Tabela 2, que o grupo de intervenção (GI) e o grupo de comparação (GC) se mostraram similares, pois não houve associação estatisticamente significativa entre a maioria das variáveis sociodemográficas, já que os resultados obtidos em ambos os grupos não diferiram entre si.

Assim, evidenciou-se sua similaridade relacionada à idade (p=0,116), tipo de moradia (p=0,525), tabagismo (p=0,568), etilismo (p=0,898), recebe ajuda nas atividades domésticas (p=0,178), espaço reservado para amamentar (p=0,273), origem da água utilizada (p=0,484) e existência de pia com água e sabão no banheiro (p=0,330).

Os dois grupos de puérperas estudadas apenas se diferenciaram de forma estatisticamente significativa em relação ao estado civil (p=0,027) e à ocupação (p=0,022), entretanto o percentual foi maior no grupo de comparação considerando ambas variáveis.

**Tabela 2 – Distribuição do número de puérperas segundo o grupo e características sociodemográficas e de moradia. Fortaleza, 2010-2011.**

Características	Grupo				p
	Intervenção		Comparação		
	N	%	N	%	
<b>Idade</b>					0,116
14-19	36	36,0	23	23,8	
20-29	48	48,0	57	56,4	
30-45	16	16,0	21	20,8	
<b>Estado civil</b>					<b>0,027</b>
Casada/união consensual	70	70,0	84	83,2	
Não casado	30	30,0	17	16,8	
<b>Ocupação</b>					<b>0,022</b>
Estudante	20	20,0	10	10	
Do lar	47	47,0	66	65,3	
Empregada	33	33,0	25	24,8	
<b>Tabagismo</b>					0,568
Sim	28	28,0	32	31,7	
Não	72	72,0	69	68,3	
<b>Etilismo</b>					0,898
Sim	16	16,2	17	16,8	
Não	83	83,8	84	83,2	
<b>Recebe ajuda nas atividades domésticas</b>					0,178
Sim	33	35,1	45	44,6	
Não	61	64,9	56	55,4	
<b>Espaço reservado para amamentar</b>					0,273
Sim	15	15,0	10	9,9	
Não	85	85,0	91	90,1	
<b>Moradia</b>					0,525
Alugada	41	41,0	37	36,6	
Própria	59	59,0	64	63,4	
<b>Origem da água utilizada</b>					0,484
Encanada	92	92,0	90	89,1	
Não encanada	8	8,0	11	10,9	
<b>Existência de pia com água e sabão no banheiro</b>					0,330
Sim	88	88,0	84	83,2	
Não	12	12,0	17	16,8	

p de  $\chi^2$

Já na Tabela 3, pode-se verificar que os grupos de intervenção e de comparação são semelhantes em relação às médias das variáveis sociodemográficas, como idade (p=0,132), anos de estudo (p=0,774), número de pessoas que ajudam no sustento da família (p=0,822) e renda familiar (p=0,771), pois não houve associação estatisticamente significativa entre os resultados obtidos

e os valores médios basais foram similares entre as puérperas dos dois grupos. Constata-se, assim, que os grupos são homogêneos e que a proposta de intervenção educativa com o álbum seriado entre os grupos pode ser realizada a fim de verificar a efetividade da estratégia de educação em saúde na promoção da autoeficácia materna em amamentar o seu filho.

**Tabela 3 – Comparação das médias das variáveis segundo o grupo. Fortaleza, 2010-2011**

Variáveis	Grupo				p
	Intervenção		Comparação		
	Média	±EPM	Média	±EPM	
<b>Idade</b>	23,1	0,63	24,4	0,63	0,132
<b>Anos de estudo</b>	9,38	0,22	9,49	0,30	0,774
<b>Nº de Pessoas que ajudam no sustento da família</b>	1,78	0,98	1,75	0,90	0,822
<b>Renda familiar (em Salário Mínimo)</b>	2,04	0,13	1,99	0,10	0,771

§ Salário Mínimo durante o estudo = R\$ 510,00     $p$  de  $\chi^2$     EPM = Erro Padrão de Média

Apesar de nem todas as variáveis terem apresentado similaridade em ambos os grupos, considerando os testes estatísticos, pode-se observar que tanto no grupo comparação quanto no grupo intervenção, predominaram as puérperas com idade entre 20 e 29 anos, sendo em média 23,1 anos no GI e 24,4 anos de idade no GC, casadas ou que viviam em união consensual, cuja ocupação foi denominada como sendo do lar (donas de casa), não tabagistas e muito menos usuárias de bebidas alcoólicas. A maioria afirmou que não teria auxílio de terceiros nas atividades domésticas, bem como não possuem espaço reservado para amamentar em seus lares. Além disso, prevaleceram as puérperas que moravam em casas próprias, abastecidas por água encanada, com a existência de pia com água e sabão no banheiro (Tabela 2).

Estudo recente sobre alimentação nos primeiros anos de vida legitimou o achado desta pesquisa, pois as amostras aleatórias da população revelaram que a maioria das mães encontrava-se na faixa etária entre 20 e 29 anos, sendo que as mulheres com mais idade amamentaram seus filhos por período de maior duração

quando em comparação com mães adolescentes ou mais jovens (SANTOS; SOLER; AZOUBEL, 2005).

Bailey, Clark e Sheperd (2008) constataram que as mães mais jovens apresentam taxas de aleitamento materno inferiores em relação às mulheres mais velhas, com diferença estatística significativa. Além disso, puderam verificar que os escores da BSES-SF das mulheres mais jovens diminuíram ainda mais no puerpério.

A autoeficácia em amamentar aumenta com o desenvolvimento na idade adulta, e esta será maior em mulheres com mais idade porque tiveram mais probabilidade de observar alguém amamentando. Elas são mais propensas a se identificarem com outras mulheres que amamentam e talvez estejam mais à vontade com seu próprio corpo e, portanto, menos constrangidas em amamentar diante de outras pessoas (SCHWARZER, 1992).

Sabe-se que a adolescência é uma etapa complexa de múltiplas transformações, e nessa fase de autoafirmação as jovens são muito suscetíveis às opiniões de outrem e inseguras em relação ao seu corpo e aparência. Por isso, Neifert *et al.*, (1988) afirmaram, em sua pesquisa, que as mães adolescentes são receptivas ao aleitamento materno, porém necessitam de acompanhamento mais cuidadoso e de aconselhamento mais voltado para suas necessidades.

Apesar de alguns autores afirmarem que quanto menor a idade da puérpera maior o risco de desmame (FROTA; MARCOPITO, 2004; FRANÇA *et al.*, 2007) no presente estudo, foi constatado que as participantes do estudo são jovens, encontrando-se em idade reprodutiva, apresentando-se questionadoras e curiosas, em busca de informações, demonstrando atenção e verbalizando a intenção de amamentar seus filhos.

No decorrer da intervenção percebeu-se empiricamente o contentamento das puérperas, o interesse e empenho em participar do colóquio com o álbum seriado. A verificação de que as puérperas estavam muito satisfeitas com a intervenção é consistente com outros estudos de intervenções de apoio perinatal (AHMED; SANDS, 2010; SHAW; LEVITT; WONG KACZOROWSKI; MCMASTER, 2006).

Nichols *et al.*, (2009) desenvolveram estudo de intervenção baseado na influência da teoria de autoeficácia no sucesso da amamentação, verificando que os grupos de intervenção e controle não apresentaram diferenças estatísticas nas variáveis idade e escolaridade, sendo que a faixa etária variou de 19 a 44 anos e

com uma média de 29 anos para o grupo de intervenção e 29,4 para o grupo controle. Além disso, encontraram alguns indicativos quanto ao número de anos de estudo das participantes da intervenção e do grupo controle, achados de 12,6 e 13 anos, respectivamente.

No estudo de Damião (2008), a prática do aleitamento materno exclusivo mostrou-se associada à escolaridade e trabalho maternos. As mães de maior escolaridade tiveram maiores frequências de AME ( $p=0,001$ ) e quanto às mulheres que não trabalhavam, a frequência de AME era o dobro daquela cujas mães, no momento da entrevista, tinham alguma atividade ocupacional que as afastavam de casa ( $p=0,000$ ). Assim, no presente estudo, como a média de anos de estudo foi de 9,38 no GI e de 9,49 no GC, pode-se considerar insatisfatória a escolaridade, tendo em vista que na faixa etária média das puérperas, estas já deveriam ter concluído o ensino médio e profissionalizante ou até mesmo o ensino superior.

A associação entre a escolaridade materna e a duração do AME mostrou significância estatística ( $p=0,008$ ) no estudo de Pereira *et al.*, (2010), apontando que mães de escolaridade mais baixa tendem a introduzir mais precocemente alimentos, em concordância com outros trabalhos (VENÂNCIO *et al.*, 2002; BUENO *et al.*, 2003). Estudo de coorte realizado em São Paulo demonstrou que a escolaridade materna até o ensino fundamental representa o dobro do risco em relação ao nível superior para introdução de outros alimentos antes dos seis meses (BUENO *et al.*, 2003).

O grau de instrução materno mais elevado parece ser bom indicativo de sucesso da prática da amamentação exclusiva. Mães que concluíram apenas o ensino fundamental ou médio apresentam maior chance de interrupção dessa prática antes de quatro meses de vida do lactente, inclusive para menores de seis meses. Essa situação parece evidenciar que as mães com formação acadêmica apresentam maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação, sofrendo menor influência externa e rejeitando práticas que, de modo cientificamente comprovado, prejudicam a ocorrência da amamentação. Além disso, a instrução pode oferecer à mãe autoconfiança, dando-lhe segurança para que possa lidar com os possíveis problemas ou desconfortos da prática de amamentar (FRANÇA *et al.*, 2007).

Analfabeto funcional é a pessoa que possui menos de quatro anos de estudos completos. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência

e a Cultura (UNESCO) ressalta que o processo de alfabetização só se consolida de fato para as pessoas que completaram a 4ª série (IBGE, 2010).

A maior vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso destes grupos à rede de suporte familiar/social, bem como a outros fatores facilitadores para manutenção desta prática, como, por exemplo, acesso a serviços de atenção à saúde e à inserção formal no mercado de trabalho, usufruindo de benefícios legais como a licença maternidade (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Quanto ao estado civil das puérperas, verificou-se prevalência maior de casadas ou união consensual entre o grupo de comparação (n=84; 83,2%) do que no grupo de intervenção (n=70; 70,0%). Ressalta-se que a puérpera ser casada ou viver em união consensual pode ser um fator protetor quanto à amamentação, já que a literatura ratifica esta influência paterna tanto sobre o início quanto na duração do aleitamento materno (LITTMAN; MEDENDORP; GOLDFARB, 1994; BAR-YAM; DARBY, 1997; COHEN; LANGE; SLUSSER, 2002; LI; ZHANG; SCOTT; BINN, 2004).

Acerca da ocupação, pode-se também verificar que ambos os grupos apresentam um predomínio de puérperas com atividades “do lar”, sendo 65,3% no grupo de comparação e 47% no grupo intervenção. Baptista, Andrade e Giolo (2009) apontaram, como fatores para o desmame precoce: o baixo peso do RN ao nascer, o fato da mãe trabalhar fora de casa e as dificuldades para amamentar nos primeiros dias pós-parto.

Contudo, não se acredita que o fato de a puérpera trabalhar no domicílio signifique que terá mais chances de amamentar exclusivamente, pois existem inúmeros outros fatores envolvidos nessa prática, indo além da mera escolha ou do desejo de amamentar, devendo ser considerados um ambiente favorável, uma rede social de apoio, um suporte para a opção de a puérpera vencer os enigmas desse processo, entre outros.

Bittencourt *et al.*, (2005) asseveram que o fato de exercer ou não um trabalho profissional não se associa ao risco de desmame precoce. Além disso, levantamento bibliográfico reitera que, independentemente da ocupação da mãe, o que parece ter mais importância é o número de horas trabalhadas e a existência de múltiplas jornadas de trabalho, sendo maiores os índices de desmame entre mães que excedem 20 horas semanais de trabalho e que assumem dupla jornada de

trabalho, ou seja, ocupam-se de todos os afazeres domésticos, além daqueles que seu trabalho fora do lar lhe solicita (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Pode-se observar que a maioria das puérperas em ambos os grupos negou o uso de tabaco (GI, n=72; 72,0% e GC, n=69; 68,3%) e a ingestão de bebidas alcoólicas (GI, n=83; 83,8% e GC, n=84; 83,2%). Sabe-se que o tabagismo e o consumo de álcool são hábitos socialmente aceitos desde os tempos remotos, apesar de serem reconhecidos seus efeitos deletérios à saúde humana. As bebidas alcoólicas e o cigarro ainda se fazem presentes no dia a dia, inclusive das mulheres que estão amamentando.

Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) identificou que, das 504 mães entrevistadas, 56 (11,1%) faziam uso de álcool e, destas, 45 (80,3%) estavam amamentando. Quanto ao tabagismo, 324 (64,3%) tinham algum tipo de contato com o cigarro, sendo que, destas, 97 (19,2%) eram tabagistas ativas, 142 (28,2%) tabagistas passivas e 85 (16,8%) tabagistas ativas e passivas. Dentre as 97 mães tabagistas ativas, 78 (80,4%) afirmaram estar amamentando simultaneamente, bem como estavam oferecendo o leite materno aos seus filhos 116 (81,2%) mães tabagistas passivas (DEL CIAMPO *et al.*, 2009).

Estudo longitudinal realizado em Minas Gerais demonstrou que o menor tempo de duração do aleitamento materno exclusivo esteve associado ao uso de álcool ou tabaco (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007). Além disso, crianças amamentadas, filhas de fumantes, ganham peso em uma velocidade menor que filhas de não fumantes, sugerindo assim que o tabagismo pode afetar a produção do leite (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

Sabe-se que em algumas comunidades, leigos defendem o consumo do álcool em pequenas quantidades, como galactogogo ou até como sedativo para as crianças, embora sua ação esteja associada à redução do volume de leite produzido. Galactogogos são quaisquer substâncias com efeito potencial de aumentar o volume de leite pela nutriz. Entretanto, estudos evidenciam que o etanol pode alterar o metabolismo dos lipídios e de outros componentes do leite humano, transformando sua composição, valor nutricional e aroma, além de inibir o reflexo da sucção e atenuar o reflexo de ejeção do leite (CHIEN *et al.*, 2009; BURGOS *et al.*, 2002; MENNELLA; BEAUCHAMP, 1993; LISTON, 1998).

No que concerne ao recebimento de ajuda nas tarefas domésticas e espaço reservado para amamentar, prevaleceu nos dois grupos, mães que

assumem sozinhas todas as atividades do lar, bem como a falta de espaço destinado para o aleitamento materno. Tais achados podem estar relacionados ao nível econômico dessas famílias, a residências com poucos cômodos, resultando em inúmeras pessoas residindo no mesmo espaço, fato que dificulta a manutenção da privacidade e a existência de ambiente tranquilo para a amamentação como recomenda a literatura.

A rotina gerada pelos cuidados relativos à criança e à casa podem predispor a puérpera ao esgotamento físico, principalmente quando ela não procura ou não tem com quem conciliar as tarefas domésticas (OLIVEIRA; BRITO, 2009), podendo inclusive dificultar a disponibilidade materna para a amamentação.

O suporte da comunidade e da família à mulher que amamenta é essencial para o sucesso da amamentação. Para tanto, o entendimento dos fatores associados ao aleitamento materno e a identificação dos grupos de maior vulnerabilidade para esta prática são importantes para maior efetividade das ações e para a qualificação do atendimento prestado à mulher e à criança (DAMIÃO, 2008).

Conforme Junqueira (2000) o momento amamentação deve ser o mais agradável possível para a mãe e o bebê. Sentar-se confortavelmente em ambiente tranquilo é o ideal, além de favorecer o vínculo entre a díade, contribui na produção dos hormônios necessários para a manutenção da lactação.

Issler (2008) reforça ainda que o local para amamentar deverá ser eleito pela puérpera, devendo este ser um ambiente em que se sinta segura, relaxada e confortável. Bem como, deve-se considerar a percepção da mãe sobre o que esta considera local confortável, pois esse parâmetro poderá mudar de mãe para mãe (OLIVEIRA, 2011).

Estudo de Silva *et al.*, (2005), em relação à posição para amamentar, encontrou que 2,5% mães relataram a importância de estar em local tranquilo, enquanto 29,2% consideravam fundamental estar em posição confortável.

A grande maioria das puérperas do estudo reside em casa própria (GI, n=59; 59% e GC, n=64; 63,4%), com água encanada (GI, n=92; 92% e GC, n=90; 89,1%) e pia no banheiro com água e sabão (GI, n=88; 88% e GC, n=84; 83,2%).

Tais dados também foram encontrados no estudo realizado por Martins (2010) em que as famílias de crianças pré-escolares de uma zona rural do Ceará, tanto do grupo controle quanto do de intervenção, possuíam casa de alvenaria, com

abastecimento hídrico proveniente de rede pública, fossa séptica ou esgotamento sanitário.

O IBGE traz a público os resultados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, realizada em 2008, em convênio com o Ministério das Cidades, num momento em que a questão do saneamento básico ganha dimensão ainda maior com a promulgação da Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, que estabelece os marcos regulatórios do setor, nos seus quatro componentes: abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais (IBGE, 2010).

Pesquisa de indicadores sociais realizada pelo IBGE em 2008 divulgou que, no Brasil, 94,4% do total dos domicílios urbanos contavam com o serviço de abastecimento de água pela rede geral. Quanto ao esgotamento sanitário, constatou-se que 79,9% dos domicílios brasileiros eram atendidos por este serviço, enfatizando que a ação de dotar os domicílios brasileiros de serviços de rede coletora de esgotamento sanitário constitui uma das mais importantes estratégias no combate às desigualdades sociais. Em relação à coleta de lixo, 100% dos domicílios eram atendidos por serviços de coleta direta de lixo (IBGE, 2010).

Estudos evidenciam que a associação entre mortalidade infantil e ausência de aleitamento materno é modificada por diversos fatores de ordem demográfica, socioeconômica, dietética e ambiental. A proteção conferida pelo leite materno contra mortes infantis é maior em crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, residindo em locais onde há pobreza, promiscuidade, água de má qualidade, alimentos contaminados e de baixa densidade energética (HABICHT; DA VANZO; BUTZ, 1986; VICTORA; SMITH; VAUGHAN *et al.*, 1987). Na Malásia, por exemplo, o número de mortes devido à alimentação com leite não humano de crianças menores de 01 ano foi estimado em 28 a 153 para cada 1000 crianças nascidas vivas, dependendo das condições sanitárias e do acesso à água potável (HABICHT; DA VANZO; BUTZ, 1988).

Pesquisa realizada em Salvador (BA) demonstrou que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo diminuiu à medida que as condições de vida se tornaram mais precárias. Crianças que viviam em condições de vida consideradas elevadas foram amamentadas exclusivamente ao peito por 42,9 dias e no índice de condições de vida intermediário por 54,4 dias, enquanto aquelas com condições de

vida classificadas como baixa e muito baixa foram amamentadas exclusivamente ao peito por 26,1 e 23 dias, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Divergindo do resultado encontrado na pesquisa de Ramos *et al.*, (2008), que evidenciaram o fato da mulher pertencer às classes econômicas mais inferiores (C,D,E) e residir na zona rural aumentou a prevalência do AM, enquanto as mulheres de classes econômicas mais altas (A e B) apresentam menores prevalências de aleitamento, alguns trabalhos têm demonstrado que o baixo nível socioeconômico, em especial a renda familiar, reduz as taxas de aleitamento (OLIVEIRA *et al.*, 2005; KUMMER *et al.*, 2000; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Em relação ao número de pessoas que ajudam no sustento da família, a média foi de 1,78 no GI e de 1,75 no GC, resultados que coadunam com estudo de Dodt *et al.*, (2010) no qual se verificou que a atual estrutura familiar vitimada pela crise econômica, faz com que as famílias se estabeleçam dentro de suas próprias possibilidades, em razão da falta de condições para manter um novo lar.

Em relação à renda familiar, pode-se verificar uma média de 2,04 salários-mínimos (SM) no GI e de 1,99 SM no GC, ou seja, uma renda insatisfatória para suprir, com dignidade, as necessidades de uma família. Demais estudos verificaram que a renda familiar influenciou sobre a duração do aleitamento materno, contribuindo para o aumento da média entre as mães que apresentavam rendimento maior do que dois salários mínimos (FIGUEIREDO *et al.*, 2004; VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006; OLÍMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010).

O papel da família na reprodução da sociedade é reconhecidamente muito significativo. É na família que a renda é reunida para organizar um orçamento comum que satisfaça as necessidades de cada membro. A renda adquirida pela família é, basicamente, o que define suas possibilidades de aquisição de bens e serviços. Nessa medida, a renda familiar *per capita* é um indicador bastante eficaz para caracterizar o perfil socioeconômico das famílias brasileiras.

O primeiro aspecto a ser observado é a distribuição das famílias por classes de rendimento familiar *per capita* medida em classes de salário mínimo. A proporção daquelas que viviam com até ½ salário mínimo, em 2009, era de 22,9%. É importante mencionar que, do total de famílias com baixa renda em todo o País, quase a metade vive na Região Nordeste (48,5%). As desigualdades de renda na sociedade brasileira estão bastante enraizadas nas diferenças territoriais. Os

indicadores de condições de vida referentes à população residente na Região Nordeste são sistematicamente menos favoráveis do que aqueles registrados na Região Sudeste (IBGE, 2010).

As dimensões continentais do nosso país sempre foram explicação para as divergências regionais, entretanto questiona-se porque perduram essas divergências apesar da globalização? Há, na verdade, um imenso preconceito, nada velado, que rompe o anonimato das redes sociais e a concentração de renda continua determinando onde se agrupa o poder e até o acesso ao conhecimento.

A Tabela 4 apresenta a correlação dos antecedentes obstétricos entre os grupos do estudo. Foram observados resultados similares nos grupos de intervenção e comparação, pois não houve associação estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis: número de gestações ( $p=0,138$ ); paridade ( $p=0,056$ ); número de abortos ( $p=0,083$ ); amamentação anterior ( $p=0,061$ ) e tempo de aleitamento materno ( $p=0,546$ ).

Em contrapartida, a variável número de filhos apresentou associação estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção e o grupo de comparação ( $p= 0,037$ ), em que apenas um filho foi mais prevalente em ambos os grupos (GI  $n=64$ ; 64% e GC  $n=48$ ; 47,5%), com maior percentual no grupo intervenção.

**Tabela 4 – Distribuição do número de puérperas segundo o grupo e antecedentes obstétricos. Fortaleza, 2010-2011.**

Antecedentes	Grupo				p
	Intervenção		Comparação		
	Nº	%	Nº	%	
<b>Nº de Gestação</b>					0,138
Primigesta	50	50,0	40	39,6	
Multigesta	50	50,0	61	60,4	
<b>Nº de filhos vivos</b>					<b>0,037</b>
1	64	64,0	48	47,5	
2	25	25,0	31	30,7	
3 a 6	11	11,0	22	21,8	
<b>Paridade</b>					0,056
Primípara	59	59,0	46	45,5	
Não Primípara	41	41,0	55	54,5	
<b>Nº de abortos</b>					0,083
1 a 8	21	21,0	20	19,8	
Nenhum	79	79,0	81	80,2	
<b>Amamentou anteriormente</b>					0,061
Não	5	13,2	18	29,5	
Sim	33	86,8	43	70,5	
<b>Tempo de aleitamento materno</b>					0,546
Até 6 semanas	13	37,1	21	43,8	
7 a 48 semanas	22	62,9	27	56,3	

p de  $\chi^2$

O ciclo gravídico puerperal é específico e singular na vida da mulher, bem como a amamentação e a forma como ela vivencia esses momentos vai influir na sua disposição para persistir no aleitamento materno (PAMPLONA, 2005).

Destarte, os antecedentes obstétricos de uma mulher podem implicar em como ela vai enfrentar essa nova gestação. Pode-se, então, verificar que os grupos assemelharam-se nas variáveis obstétricas, sendo as maiores frequências encontradas na mulher multigesta, ter somente um filho, não ter tido nenhum aborto, ter amamentado anteriormente e com o tempo de aleitamento materno entre 7 a 48 semanas.

Sabe-se que uma mulher que nunca engravidou é chamada nuligesta. Se for a primeira gestação da cliente, é denominada primigesta. Se for a segunda ou as subsequentes, o termo usado é multigesta (EVANS, 2010). Sendo assim, neste estudo pode-se constatar a prevalência de multigestas no grupo de comparação

(GC=60,4%). E quanto ao grupo de intervenção houve uma equivalência quanto ao número de gestações, ou seja, 50% primigestas e 50% multigestas.

A amamentação tende a ser mais efetiva e duradoura quando a mãe é multigesta, pois esta mulher baseia-se em suas experiências anteriores, mas sabe-se que a experiência progressiva positiva aumenta a autoeficácia da mãe, enquanto a experiência negativa a diminui, podendo afetar positiva ou negativamente na amamentação atual (SILVA *et al.*, 2005; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Os achados deste estudo em relação ao número de filhos parecem refletir a realidade nacional, pois de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o Brasil tem 190.755.799 habitantes. A taxa de fecundidade, ou seja, a média de filhos que uma mulher brasileira teria até o fim de seu período reprodutivo, é de 1,94 crianças (IBGE, 2010).

O tamanho da família e a existência de muitos filhos em famílias de baixa renda foram destacados por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) e a United Nations for Developing People (UNDP), como condições associadas ao risco nutricional, particularmente em países subdesenvolvidos (ROMANI; LIRA, 2004).

No que se referem à paridade, no grupo intervenção ser primípara foi mais prevalente (n=59; 59%) e no grupo comparação teve maior percentual de mulheres não primíparas (n=55; 54,5%).

Estudos ressaltam que as primíparas são mais propensas a iniciar o aleitamento, no entanto, costumam mantê-lo por menos tempo, introduzindo mais precocemente os alimentos complementares. Além disso, as primíparas são mães inexperientes e, conseqüentemente, possuem mais dúvidas e dificuldades para manter a amamentação e podem sofrer mais influências de familiares e pessoas que lhes são próximas quanto às práticas que possam prejudicá-la (JOCA *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Dennis e Faux (1999) evidenciaram que os escores mais altos da escala BSES apareceram entre as múltiparas que tinham experiência prévia de amamentação, em detrimento das primíparas, ou seja, as múltiparas tinham autoeficácia materna em amamentar que poderia influir diretamente no tempo de amamentação.

Em ambos os grupos, há puérperas que nunca sofreram nenhum abortamento: no GI (n=79; 79%) e no GC (n=81; 80,2%). Abortamento é o termo

usado para a interrupção da gravidez antes de 20 semanas, ou seja, que o feto alcance a idade de viabilidade, o ponto em que os órgãos são capazes de sustentar a vida de forma independente fora do útero (LEWIS, 2010).

Quanto a ter amamentado anteriormente outros filhos, tanto para o grupo intervenção quanto para comparação, predominou a afirmativa sim (n=33; 86,8% e n=43; 70,5%), respectivamente.

No caso de a experiência anterior em relação à amamentação ter sido negativa, o enfermeiro deve apoiar e incentivar esta mulher para que não sejam cometidos os mesmos equívocos anteriores, não de maneira julgadora, mas buscando acima de tudo proporcionar esclarecimentos. Além disso, deve haver a troca de conhecimentos; momentos para elucidações das dúvidas da mãe e de sua rede de apoio (familiares e amigos); rodas de conversas nas quais estas mulheres ouçam testemunhos de outras mães que amamentaram com sucesso; bem como orientações presenciais em relação à técnica adequada de amamentação realizadas no momento da mamada no puerpério. Dessa forma, acredita-se em maior possibilidade de garantia do direito das crianças de serem amamentadas, pelo menos, nos primeiros seis meses de vida e de a mãe vivenciar o processo de amamentação com prazer, segurança e autoeficácia (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A teoria de autoeficácia reforça que a experiência prévia positiva influencia na confiança e no comportamento que se deseja obter por parte da pessoa (Bandura, 1997). Logo, a mulher que demonstra adequada habilidade e verbaliza satisfação no aleitamento materno anteriormente, implicará diretamente na sua expectativa e no sucesso do processo de amamentação (DENNIS, 1999).

Cabe ressaltar que a confiança materna é um dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem **Amamentação eficaz**, definido como binômio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação (NANDA, 2010).

O tempo de aleitamento é uma variável muito significativa para as pesquisas que desenvolvem estudos na área do aleitamento materno, pois se sabe que as variáveis relacionadas à experiência materna anterior são as de maior efeito, independente da duração e amostra. Os resultados apoiam a hipótese de que existe relação positiva entre a duração do aleitamento materno anterior e o atual já que as mães que não amamentaram um filho, anteriormente, abandonam o AM mais rapidamente do que aquelas que o fez durante quatro meses ou menos, e essas

mais rapidamente que as que ofereceram o peito por mais tempo (ROIG *et al.*, 2010). Para tanto, neste estudo, houve maior percentual de puérperas com o tempo de amamentação de 7 a 48 semanas em ambos os grupos (GI=62,9% e GC=56,3%).

Em estudo transversal com 502 mães, a maioria das 417(83,1%) lactantes do estudo ao serem indagadas sobre a duração ideal do AME, responderam que gostariam de amamentar seus filhos por período de seis meses ou mais. Isso indica que as orientações dadas pelos profissionais do serviço de saúde e as campanhas de saúde pública estão atingindo o objetivo junto à população desse estudo (DEL CIAMPO *et al.*, 2008).

Ter tido experiência prévia com amamentação por mais de seis meses aumentou em 27% a prevalência de amamentação exclusiva. A experiência anterior com aleitamento tem sido associada com a duração maior da amamentação e do AME (BAKOULA *et al.*, 2007).

A atenção à mulher e à criança no puerpério deve ser capaz de intervir precocemente, acolhendo e dando escuta à mulher sobre as dificuldades do início desta prática, suas expectativas e desejos, não só em relação à amamentação, mas a outros aspectos de sua vida, garantindo a integralidade da atenção que é pressuposto básico dos programas de atenção à saúde da mulher e da criança. Esta abordagem em grande parte dos casos já é suficiente para auxiliar a mulher a superar os obstáculos deste momento, devendo ser acompanhada de orientação adequada sobre o manejo da lactação, segundo a especificidade de cada caso (DAMIÃO, 2008).

#### **5.4 Resultados do estudo referente aos efeitos da intervenção com álbum seriado “Eu Posso Amamentar o meu Filho”.**

A Escala BSES-SF identificou os escores de autoeficácia materna em relação ao aleitamento materno, tendo sido aplicada antes e após a intervenção educativa.

Todas as 201 puérperas participaram da intervenção direcionada ao aleitamento materno, sendo que as do grupo intervenção receberam orientação individual da pesquisadora a partir do álbum seriado intitulado “Eu Posso Amamentar o meu Filho” construído e validado neste estudo e fundamentado na teoria de autoeficácia de Bandura (1997) e nos itens da escala BSES-SF. Enquanto

que as puérperas do grupo comparação tiveram também a oportunidade de participar de uma intervenção convencional realizada por iniciativa da própria maternidade, que faz uso de abordagem individual com a entrega de um folder no qual aborda assuntos acerca do preparo da mama, ordenha manual e incentivo ao aleitamento materno.

Como explicitado anteriormente, os escores da BSES-SF foram usados para avaliar a autoeficácia da puérpera do estudo nos três momentos. Julga-se importante destacar que no primeiro momento, tanto o grupo de intervenção quanto o de comparação, ou seja, no momento 1, a escala foi aplicada aos dois grupos antes da intervenção convencional da maternidade e da intervenção proposta pelo estudo. No momento 2, após a intervenção específica para cada grupo, a escala foi aplicada novamente às puérperas antes de sua alta hospitalar. Já no momento 3, após 2 meses de puerpério, as participantes do estudo responderam a escala a partir do contato por telefone.

A comparação entre os grupos (intervenção e comparação) foi realizada em três momentos. Nos dois primeiros todas as puérperas do estudo (201) participaram da aplicação da BSES-SF (GI, n=100 e GC, n=101), já no terceiro momento houve perda em ambos os grupos, sendo (GI, n=54 e GC, n=42), respectivamente.

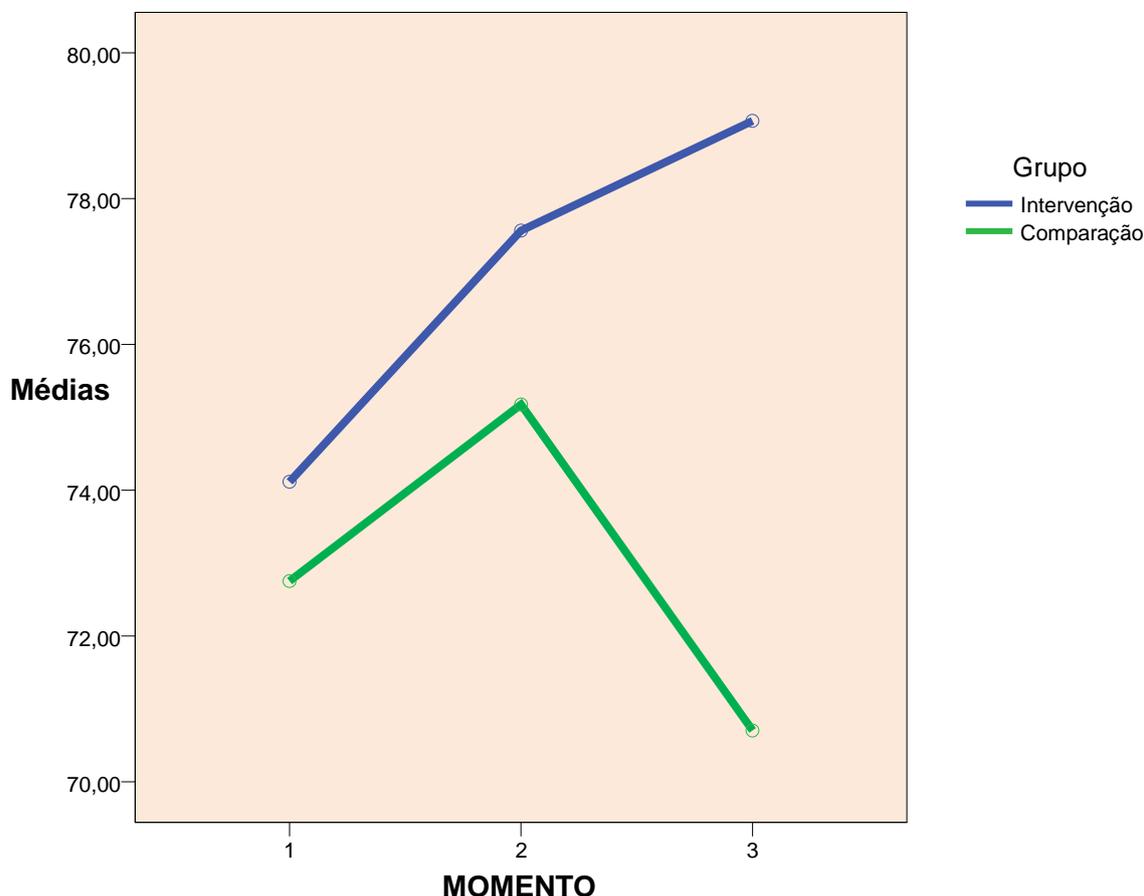
Os escores da BSES-SF variam de 14, o valor mínimo que poderia ser obtido, a 70, o máximo, de forma que quanto maior o valor dos escores, maior a autoeficácia materna. Contudo, no Gráfico 1, Tabelas 5 e 6, para avaliar a variável autoeficácia materna em amamentar o filho, foram somados os escores totais obtidos a partir da BSES-SF, sendo zero, o valor mínimo e 100, o máximo, de forma que quanto maior o valor dos escores, maior a autoeficácia materna.

Para avaliar a eficácia da intervenção educativa proposta a partir do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho”, os resultados obtidos estão apresentados pelo Gráfico 1 e pelas Tabelas 5, 6, 7 e 8.

Ao observar o Gráfico 1, pode-se constatar que a variação nos escores da BSES-SF foi mais evidente no grupo intervenção (GI) do que no grupo comparação (GC), sendo que nos momentos 1 e 2, as médias dos escores foram muito próximas (momento 1- GI=74,1 e GC= 72,8 e no momento 2- GI=77,5 e GC=75,1). Assim, antes e após a intervenção convencional da instituição e da intervenção proposta com o álbum seriado, as puérperas não apresentaram mudança significativa nos

escores de autoeficácia materna em amamentar, com aumento de 3,4 escores no grupo de intervenção e 2,3 escores no grupo de comparação. Entretanto, os escores das mulheres do grupo de intervenção aumentaram de forma significativa, entre o momento 2 e 3 (GI= 10,0 escores), com redução de 4,4 escores no grupo de comparação.

**Gráfico 1 – Evolução das médias de autoeficácia em amamentar, nos dois grupos. Fortaleza, 2010-2011**



Destarte, podem-se observar diferenças significativas nos escores, notando-se que o grupo comparação mostrou pequeno aumento na média entre o momento 1 e momento 2, com declínio acentuado da média do momento 2 para o momento 3. Contudo, no GI todas as médias são superiores às médias do GC, curva ascendente nos três momentos.

Tal resultado também foi evidenciado no estudo quase experimental de Awano e Shimada (2010) onde a pontuação na BSES-SF no grupo intervenção desde o início até o seguimento aumentou significativamente de 34,8 para 49,9, enquanto que no grupo controle passou de 39,5 para 46,5, sendo a diferença entre ambos os momentos de 15,1 e 7, respectivamente em cada grupo.

Além disso, estudo controlado, randomizado e desenvolvido por McQueen *et al.*, (2011) através de intervenção individualizada juntamente com puérperas primíparas, verificou que no grupo intervenção houve aumento nos escores da

BSES-SF, na duração do aleitamento materno e no aleitamento materno exclusivo, enquanto que no grupo controle estes valores se reduziram.

Diante destes resultados, constata-se que a intervenção educativa individual, a partir do álbum seriado, possibilitou maior autoeficácia materna entre as puérperas no seu potencial de amamentar, tendo demonstrado os escores da escala que as mesmas estavam mais confiantes para amamentar do que as do grupo comparação.

Ressalta-se ainda que nos dois primeiros momentos houve aumento da média de escores da BSES-SF em ambos os grupos (GI e GC), pelo que se faz premente destacar que nos momentos 1 e 2 as puérperas permaneciam no ambiente institucional, ou seja, no alojamento conjunto (AC), unidade que propicia oportunidades de aconselhamento ou de ajuda prática durante as mamadas, de forma que a mãe se sinta mais segura para lidar com as mais variadas pressões que possam influenciar no desmame precoce (ESCUDEK; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003).

Mesmo com a insegurança materna decorrente da falta de experiência, esta pode ter sido influenciada positivamente na maternidade pela observação de outras mulheres amamentando, tendo em vista que de acordo com a teoria da autoeficácia de Bandura (1977) a modelação, ou seja, valer-se de exemplos de terceiros é relevante para a manutenção da autoeficácia para amamentar.

Vale ressaltar que as práticas educacionais, na visão de Bandura (1986), não deveriam ser avaliadas somente pelo desenvolvimento das competências e informações que proporcionam, mas principalmente pela influência das crenças que as pessoas possuem sobre suas habilidades, por afetarem o modo como realizarão comportamentos futuros.

A avaliação do potencial estressor de um evento e o acionamento de estratégias de enfrentamento depende dos mecanismos psicológicos de autoregulação do *self*, entre os quais o senso de autoeficácia, que se refere a crenças nas próprias capacidades para organizar e executar cursos de comportamentos necessários para lidar com situações prospectivas envolvendo elementos estressantes, ambíguos e imprevisíveis (BANDURA, 1977, 1982, 1997).

As crenças de autoeficácia influenciam os pensamentos, os sentimentos, a automotivação e a ação (Bandura, 1995), podendo determinar a decisão pessoal

quanto ao início de atitudes de enfrentamento, o seu tempo de duração e a quantidade de esforço despendido em tal comportamento.

A autoeficácia, portanto, está relacionada às crenças que as pessoas têm em transformar suas ações, influenciando nos eventos que afetam suas vidas, na quantidade de esforço que será dispensada e do tempo em que irão persistir para transpor obstáculos e experiências adversas (SMITH TANG; NUTBEAM, 2006).

**Tabela 5 – Comparação das médias da escala total e dos domínios, grupo de intervenção e comparação, segundo os momentos. Fortaleza, 2010-2011.**

Grupo			
	Média	±EPM	ρ
<b>Intervenção</b>			
<b><u>Escala total</u></b>			0,012
Momento 1	74,1	1,2	
Momento 2	77,5	1,0	
Momento 3	79,1	1,2	
<b>Domínio intrapessoal</b>			<0,001
Momento 1	71,3	1,6	
Momento 2	77,6	1,0	
Momento 3	79,2	0,4	
<b>Domínio técnico</b>			<0,001
Momento 1	76,2	1,2	
Momento 2	77,6	1,0	
Momento 3	52,8	1,1	
<b>Controle</b>			
<b><u>Escala total</u></b>			<0,001
Momento 1	72,8	1,0	
Momento 2	75,1	1,0	
Momento 3	70,7	2,5	
<b>Domínio intrapessoal</b>			<0,001
Momento 1	70,1	1,4	
Momento 2	76,3	1,0	
Momento 3	70,6	1,0	
<b>Domínio técnico</b>			<0,001
Momento 1	74,6	1,0	
Momento 2	76,3	1,1	
Momento 3	46,8	2,2	

EPM = Erro Padrão de Média

Na Tabela 5, observa-se que no GI as médias dos escores da escala total diferem nos três momentos, sendo a maior média no Momento 3 ( $p=0,012$ ). Quando se observa os domínios da escala, fica evidente o aumento da média dos escores no

domínio intrapessoal, enquanto no domínio técnico há queda do Momento 2 para o Momento 3.

No GC, como a puérpera não teve a intervenção com o álbum seriado e somente a institucional, as médias diminuíram do Momento 1 para o Momento 3, tanto em relação à escala total quanto em seus dois domínios (interpessoal e técnico).

A BSES-SF versão brasileira possui 14 itens e dois domínios: pensamento intrapessoal e técnico. O domínio **Pensamento Intrapessoal** aborda o desejo, a motivação interna e satisfação com a experiência de amamentar. Enquanto que o domínio **Técnico** destaca o posicionamento apropriado e conforto do neonato, durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de lactação de qualidade, sucção do mamilo areolar, entre outros (DODT, 2008).

O domínio intrapessoal é composto seis itens: eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente; eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios; eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento; eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada; eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar; eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada (DODT, 2008).

Já em relação ao domínio técnico, os itens são: eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer; eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando; eu sempre sinto vontade de continuar amamentando; eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família; eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo; eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro; eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele; eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (DODT, 2008).

Bandura (1997) sugere que quatro fatores determinam o nível individual de autoeficácia, os quais influenciam, portanto, em ambos domínios da escala (intrapessoal e técnico). São eles: experiências pessoais; experiências vicárias; persuasão verbal; além dos fatores fisiológicos e afetivos.

Assim, experiências pessoais anteriores poderiam influenciar na repetição de bons resultados futuros. As experiências vicárias dizem respeito à observação de outro semelhante bem sucedido servindo de exemplo para o aumento da

autoeficácia. Persuasão verbal trata-se de orientações de terceiros visando reforçar a autoeficácia. E, por fim, estados fisiológicos e afetivos referem-se ao fato de que níveis muito elevados de excitação ou humor negativo podem influenciar a percepção de eficácia e redução ou reinterpretção de tais estados pode levar à percepção de maior autoeficácia

Diante disso, infere-se que utilizar estratégias que atuem na autoeficácia materna para o aleitamento materno pode ter influência direta no domínio intrapessoal, já que as mesmas passam a acreditar serem capazes de amamentar seus filhos, conhecendo seus benefícios para ela mesma e para a criança. Tal fato relaciona-se, portanto, a emoções e pensamentos da própria mãe, podendo ser influenciado negativamente, sobretudo por estados de ansiedade, estresse e dor (BANDURA, 1977).

Revisão realizada por Schlickau e Wilson (2005) identificou que os principais fatores que influenciam no aleitamento materno entre a população hispânica foram aculturação, apoio interpessoal, autoeficácia e demandas concorrentes imediatas.

Ademais, quanto à prática e à técnica de amamentar, acredita-se que seja o fator que mais venha a acarretar insegurança nessas mulheres, podendo ser alterado positivamente se elas tiverem uma rede de suporte efetiva e cotidiana que as ensine, apoie e demonstre a prática ideal relacionada à pega correta.

Assim, como em ambos os grupos houve diminuição nos escores da escala relacionados ao domínio técnico, entre os momentos 2 e 3, entende-se que o contexto domiciliar não concorre para o aumento da autoeficácia materna, tampouco para a manutenção do aleitamento materno.

Entre esses fatores práticos que podem influenciar no domínio técnico pode-se citar: a dificuldade materna para interpretar a "linguagem" da criança, fazendo com que quando estas vão de alta hospitalar não saibam quando a criança realmente quer mamar; as inferências externas que sofre em seu meio; a barreira imposta para amamentar em público por sentir vergonha; insegurança quanto à maneira correta de amamentar (SILVA, 2000).

Além destas, destacam-se como dificuldades para amamentar nos primeiros dias: problemas com os mamilos; dor; fissuras; ausência de leite; e mastite (FROTA; MARCOPITO, 2004). Contudo, o sistema de saúde brasileiro não atende e não fornece para a mulher a rede de serviços qualificados que ela necessita quando

vai para o domicílio, havendo ainda o desmame por razões facilmente controláveis (SILVA, 2000).

Diante disso, algumas vezes mesmo tendo vontade de amamentar, as mães sentem dificuldades que se tornam empecilhos para tal prática. Barreto, Silva e Christoffel (2009) evidenciaram em seu estudo que 42% das mulheres sentiram dificuldade para amamentar. Tal dificuldade pode ocorrer mesmo entre profissionais da saúde, os quais possuem conhecimento acerca do assunto e mesmo assim encontram barreiras que influenciam diretamente no desmame (CAMINHA *et al.*, 2011).

As informações e orientações devem, portanto, estender-se à rede de apoio familiar, pois muitas das puérperas, quando vão para os seus lares perdem a confiança em si mesmas, quando ocorre a pressão de familiares e conhecidos (BUENO; TERUYA, 2004). Machado e Bosi (2008) afirmam que algumas mães passam por fortes pressões para adotar práticas incorporadas por gerações anteriores, as quais podem levar ao desmame precoce.

Além disso, como os valores dos escores no domínio técnico reduziram do momento 2 para o 3, tanto no GI quanto no GC, isso pode ser devido ao fato de que com o passar dos meses, essas incertezas aumentam, pois, muitas vezes, a mãe questiona a qualidade e quantidade do leite a mulheres mais experientes como à sua mãe, sogra, vizinhas, as quais afirmam que o leite realmente não está mais sendo suficiente para a manutenção do crescimento da criança (GONÇALVES; BONILHA, 2005).

Os resultados demonstrados na Tabela 6 mostram que a hipótese inicial (as puérperas que participaram da intervenção educativa com o Álbum Seriado **Eu Posso Amamentar o meu filho** seriam mais elevados que os das puérperas que não participaram da intervenção) foi confirmada, quando se pôde observar que no momento 3 as puérperas do GI apresentaram maior autoeficácia do que no GC, pois a média dos escores em relação à escala total e os domínios interpessoal e técnico no Momento 1 e Momento 2 são maiores do grupo intervenção (GI) apesar de não terem apresentado diferença estatisticamente significativa. Entretanto no Momento 3 (dois meses de puerpério) essas diferenças apresentaram significância estatística ( $p < 0,0021$ ).

**Tabela 6 – Comparação das médias da escala total e dos domínios segundo o grupo e momento. Fortaleza, 2010-2011.**

Momento	Intervenção		Grupo		P
	Média ±EPM		Média ±EPM		
<b>Momento 1</b> (antes da intervenção)					
Escala total	74,1	1,2	72,8	1,0	0,384
Domínio intrapessoal	71,3	1,7	70,1	1,4	0,575
Domínio técnico	76,2	1,2	74,6	1,0	0,350
<b>Momento 2</b> (após intervenção)					
Escala total	77,5	1,0	75,1	1,0	0,113
Domínio intrapessoal	77,6	1,0	76,3	1,0	0,359
Domínio técnico	77,6	1,9	76,3	1,5	0,836
<b>Momento 3</b> (2 meses puerpério)					
Escala total	79,1	1,2	70,7	2,5	<b>0,002</b>
Domínio intrapessoal	79,2	1,2	70,6	2,5	<b>0,002</b>
Domínio técnico	52,8	1,1	46,8	2,1	<b>0,002</b>

EPM = Erro Padrão de Média

p de  $\chi^2$

Constata-se, então, que em ambos os grupos (GI e GC), do Momento 1 para o Momento 2, os escores da autoeficácia materna aumentaram, ou seja, as duas intervenções realizadas nos grupos (álbum seriado e cuidado convencional) podem ter influenciado positivamente para o processo de amamentação no período de 24 horas pós-parto. Tal fato pode ter sido corroborado pelo ambiente favorável no Alojamento Conjunto (AC) e/ou pela instituição ser credenciada com o título Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), elementos estes que podem ser motivadores na contribuição para aumentar a autoeficácia da puérpera em seu potencial de amamentar.

A IHAC consiste na adequação de rotinas nas maternidades visando favorecer a amamentação, o que tem sido uma das principais estratégias utilizadas para a promoção desta prática. É notório o impacto da IHAC na melhoria dos indicadores de amamentação, como revelado por alguns estudos (CATTANEO;

BUZZETTI, 2001; BRAUN; GIUGLIANI, 2002; LAMOUNIER, 1998; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

Narchi *et al.*, (2009) mostraram, em sua pesquisa, que existe efeito significativo do AC ( $p=0,0297$ ) no tipo de aleitamento para todos os tempos de análise, isto é, o AC interfere na manutenção do AME, pois as mulheres em AC têm 35 vezes mais chance de manter AME quando comparadas com as que não estão em AC.

Destarte, no Momento 3, em que a puérpera encontrava-se em seu domicílio, os escores da BSES-SF foram maiores no GI ( $n=79,1$ ) do que no GC ( $n=70,7$ ), com associação estatisticamente significante ( $p<0,001$ ). Isto revela que a intervenção utilizando o álbum seriado com o IVC de 0,92 em relação às figuras e 0,97 em relação ao texto no verso das fichas roteiro, favoreceu a autoeficácia materna.

Nichols *et al.*, (2009) fizeram intervenção educativa utilizando uma cartilha, a partir das quatro fontes de autoeficácia especificadas por Bandura (1997). Os dados mostraram que este tipo de intervenção fundamentada na autoeficácia da mulher em amamentar fez com que o grupo de intervenção apresentasse aumento significativo dos escores da BSES-SF, mais do que no grupo controle, o que implicou diretamente no número de dias de aleitamento materno para o GI.

Outros pesquisadores também se propuseram a desenvolver ações educativas a partir da teoria de autoeficácia de Bandura. Pesquisa avaliou a autoeficácia materna através da BSES-SF, avaliando cada item, e mediante os resultados realizaram intervenções individualizadas com cada uma das mães e enfatizando nessa estratégia os itens em que as mesmas obtiveram menor resultado na escala de Likert (McQUEEN *et al.*, 2011).

Enquanto McQueen *et al.*, (2011) focaram a estratégia educativa a partir dos itens da escala, quando a participante apresentava menor escore, nesse estudo trabalhou-se com o álbum seriado em uma perspectiva mais generalizada, contemplando todos os itens da escala, dialogando com a puérpera a partir de suas necessidades, com enfoque para a autoeficácia materna em amamentar.

Além disso, destacam-se algumas intervenções que alteraram positivamente o senso de autoeficácia em diversos contextos e com populações específicas como em relação a crianças asmáticas (COLLAND, 1993), pacientes com dor lombar crônica (NICHOLAS; WILSON; GOYEN, 1992), saúde oral (SOUZA;

SILVA; GALVÃO, 2002), em relação ao tabagismo (DIJKSTRA; DE VRIES, 2000) e no que diz respeito às habilidades motoras complexas de estudantes (ZIMMERMAN; KITSANTAS, 1997).

Reconhecendo a importância de intervenções voltadas para autoeficácia, Awano e Shimada (2010) desenvolveram estudo quase experimental a partir da intervenção (*Breastfeeding Self-Care Programme*) com uso de panfletos e vídeo educativo com mulheres após o parto, verificando o aumento dos escores da BSES-SF.

Decidir amamentar o recém-nascido resulta da avaliação das necessidades deste e de si mesma. Aquilo que for interpretado como prioridade decidirá as ações a serem executadas na condução do aleitamento materno. Dessa forma, a prioridade percebida pela puérpera é que estabelece a sua decisão em continuar amamentando fazendo com que ela supere dificuldades ou interrompa a amamentação, cedendo diante dos obstáculos e/ou limites.

Alguns estudos têm mostrado que um programa de formação executado por especialistas é o método mais eficaz para melhorar o início da amamentação e sua duração, além de examinarem os efeitos da educação em amamentação, encontrando vários métodos para ser eficaz (OLSON; HAIDER; VANGJEL; BOLTON; GOLD, 2010; SHEEHAN; SCHMIED; BARCLAY, 2009).

Fonseca, Scochi e Mello (2002) avaliaram, através da aplicação de pré-teste e pós-teste, a realização de atividade educativa mediada por um jogo sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido junto às puérperas em alojamento conjunto, e obtiveram aumento de 61,1% na incidência de puérperas com conhecimento considerado ótimo.

Estudo relatou que as orientações sobre a prática da amamentação têm sido realizadas pela equipe de enfermagem de maneira eficaz, pois as mães que receberam intervenções durante o pré-natal relataram não encontrar dificuldades ao amamentar, sendo relevante a assistência multidisciplinar, envolvendo discussões e reflexões de todos os profissionais envolvidos na assistência materno-infantil, para que a amamentação exclusiva tenha êxito e que a gestante/nutriz seja atendida de uma forma holística (DUARTE *et al.*, 2008).

De acordo com o glossário da promoção da saúde, a autoeficácia relaciona-se às crenças que as pessoas têm para transformar suas ações, influenciando nos eventos que afetam suas vidas, na quantidade de esforço que

será dispensada e de tempo em que irão persistir para transpor obstáculos e experiências adversas (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006). Diante disso, percebe-se o quanto a autoeficácia está intrinsecamente ligada com a promoção da saúde, devendo por isso ser considerada em todas as estratégias de promoção do aleitamento materno, visando à saúde do binômio.

As Tabelas 7 e 8 descrevem e comparam os escores da BSES-SF e o tipo de aleitamento materno das participantes do grupo de intervenção e comparação, no primeiro e terceiro momentos.

Nos resultados obtidos a partir destas tabelas, pode-se inferir que a intervenção educativa teve impacto efetivo, pois conseguiu não só aumentar os escores da escala BSES-SF, como manter o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento materno, confirmando assim a segunda hipótese do estudo: o percentual de puérperas que permanecem no aleitamento materno será maior nas submetidas à intervenção educativa (GI), com o Álbum Seriado **Eu Posso Amamentar o meu filho**, do que as não participantes da intervenção (GC).

As informações abaixo da Tabela 7 significam que ao se aplicar o teste t para dados independentes, observou-se que no momento 1 as médias do escore da escala dos grupos Intervenção (55,5) e Comparação (54,7) foram iguais ( $p = 0,397$ ), entretanto, no momento 3, a média do GI (58,2) foi maior do que a do GC (53,5) ( $p = 0,002$ ). Também, ao se aplicar o teste t para dados emparelhados, verificou-se que no GI a média do momento 3 (58,2) foi maior do que a média do momento 1 (55,5) ( $p=0,032$ ), mas que as médias dos dois momentos foram iguais no GC ( $p = 0,332$ ).

Quanto à relação entre o aleitamento materno e as mudanças nos escores da BSES-SF, considerando os GI e GC, pode-se verificar associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), demonstrando que, no GI, 100% das mulheres investigadas em ambos os momentos permaneceram em aleitamento materno, enquanto que no GC este índice reduziu para 41,0%, no terceiro momento.

Pode-se inferir que em relação à Tabela 7, no momento 1 as médias dos escores da BSES-SF dos dois grupos são iguais, e no momento 3 a média do GI foi maior do que no GC. Portanto, a intervenção aumentou a pontuação da escala, demonstrando que a autoeficácia materna em amamentar elevou-se significativamente entre as puérperas do GI, em detrimento das do GC.

**Tabela 7 – Comparação dos principais desfechos, segundo o grupo e os momentos 1 e 3. Fortaleza, 2010-2011.**

	INTERVENÇÃO (GI)		COMPARAÇÃO (GC)	
	Momento 1	Momento 3	Momento 1	Momento 3
	Média ±DP	Média ±DP	Média ±DP	Média ±DP
Escores da escala	55,5 ± 6,63	58,2 5,02	54,7 ± 5,68	53,5 9,15
Mudança	2,54 ± 8,28		-1,69 ± 11,16	
AME + AM*	100(100%)	54(100%)	101(100%)	35 (41,0%)

DP = Desvio Padrão

GI x GC no momento 1:  $p = 0,397$ ; GI x GC no momento 3:  $p = 0,002$ ;

Mom 1 x Mom 3 no GI:  $p = 0,032$ ; Mom 1 x Mom 3 no GC:  $p = 0,332$

\*Aplicado teste z para proporções de dados independentes o  $p < 0,001$

Na Tabela 8, pode-se inferir que no GI as médias dos escores da BSES-SF em relação ao AME foram maiores que as médias dos escores quanto ao AM ( $p=0,003$ ). Já no GC as médias de AME e AM foram iguais ( $p=0,267$ ). Verificou-se, ainda, que a média dos escores da BSES-SF de AME no GI (64,31) foi consideravelmente maior do que a média de AME no GC (56,9) ( $p<0,05$ ).

**Tabela 8 – Comparação dos principais tipos de alimentação e a média dos escores da BSES-SF, segundo os grupos, no Momento 3. Fortaleza, 2010-2011.**

Grupo			Média	EPM	$\rho$
Intervenção	Total M3	AME	64,31	0,950	<b>0,003</b>
		AM	58,33	1,563	
Comparação	Total M3	AME	56,96	1,194	0,267
		AM	54,58	1,807	

EPM = Erro Padrão de Média

A elevação da autoeficácia no Momento 3, após dois meses de puerpério, ratifica que o incremento no conhecimento é capaz de modificar comportamentos

relacionados à saúde, já que a proposta educativa levou à mudança de atitude (Tabela 7).

Dennis (2002) ressalta que a autoeficácia em amamentar é uma variável modificável, tendo sido determinante nas mudanças práticas acerca do comportamento de manter o aleitamento materno, constituindo-se em conceito que deve ser considerado na elaboração de intervenções por parte dos enfermeiros. A autora acrescenta que é necessário identificar a autoeficácia das mães antes de realizar qualquer intervenção.

O presente estudo verificou que a autoeficácia materna para amamentar pode ser modificada mediante a intervenção educativa utilizando-se o álbum seriado, além de ter sido mantido o aleitamento materno em todo o grupo intervenção.

Estudo quase experimental conduzido no Japão, utilizando como intervenção um Programa de Autoeficácia para Amamentar, também encontrou uma maior elevação nos escores da BSES-SF no grupo intervenção do que no grupo controle. Além disso, a taxa de aleitamento materno em um mês de seguimento declinou cerca de 24% no grupo controle, enquanto se manteve em 90% em ambos momentos no grupo intervenção (AWANO; SHIMADA, 2010).

McQueen *et al.*, (2011) corroboraram parcialmente com estes achados por terem verificado em seu estudo um incremento em relação aos escores da autoeficácia, entretanto não encontraram mudanças significativas quanto à duração do aleitamento materno.

Estudo australiano acompanhando longitudinalmente um grupo de mulheres no ciclo gravídico-puerperal verificou que a autoeficácia em amamentar foi superior entre as mães que mantiveram o aleitamento materno exclusivo, comparativamente com aquelas que o mantiveram parcialmente e com aquelas que haviam desmamado seus filhos. Acrescenta-se que orientações acerca do aleitamento materno, apoio a intenção em relação à duração da amamentação e a confiança materna estão associados com resultados de aleitamento após 1 mês de puerpério (BLYTH *et al.*, 2004). Sendo que no presente estudo, demonstrou-se que alguns desses fatores podem interferir na duração do aleitamento inclusive até 2 meses pós-parto.

Acerca disso, uma meta-análise de 13 estudos avaliando os programas desenvolvidos por profissionais da saúde incentivando o aleitamento materno

demonstrou que tais iniciativas não mostram melhorias significativas nos resultados além de 2 meses após o parto (SIKORSKI; RENFREW, 1999).

Hauck, Hall e Jones (2007) utilizaram como intervenção um jornal acerca do aleitamento materno durante o pré-natal de mulheres australianas, tendo sido verificado uma correlação entre a duração do aleitamento materno e autoeficácia materna avaliada por meio da BSES.

Outro estudo controlado randomizado verificou que a realização de um workshop acerca do aleitamento materno influenciou na maior duração do aleitamento materno exclusivo, bem como no incremento da autoeficácia daquelas mulheres, quando em comparação com as mulheres que não participaram do referido workshop (NOEL-WEISS *et al.*, 2006).

A aplicação da validade preditiva da BSES na Turquia teve escores elevados tanto no período pré-natal quanto no puerpério, demonstrando correlação estatisticamente significativa com o aleitamento materno e alimentação com mamadeira (TOKAT; OKUMUS; DENNIS, 2010).

Contudo, pesquisa valendo-se do suporte de pares no pré-natal, com dois contatos com as mulheres, não foi capaz de influenciar na elevação das taxas de aleitamento materno (MACARTHUR *et al.*, 2009).

A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009). Contrapondo com esta realidade, estudo realizado em Pernambuco, analisando tendências temporais do estado, verificou que, entre 1997 e 2006, a prevalência de aleitamento materno exclusivo manteve-se estacionária em torno de 30 dias (CAMINHA *et al.*, 2010), fato também verificado em estudo realizado em Curitiba, cuja prática também alcançou apenas o primeiro mês de vida do recém-nascido (CATAFESTA *et al.*, 2009).

Assim como no estudo de McQueen *et al.*, (2011), embora a maioria das puérperas inicie a amamentação imediatamente após o parto (MURRAY; RICKETTS; DELLAPORT, 2007; DODT, 2008; THULIER; MERCER, 2009), muitas suspendem precocemente, antes das atuais recomendações (fornecendo orientações antecipatórias) e objetivos individuais com base na necessidade materna.

Destaca-se que a autoeficácia deve ser considerada nas intervenções relacionadas ao aleitamento materno, tendo em vista que a avaliação dessa variável

através da BSES é forte preditor da duração do aleitamento materno, pois a taxa de risco para o desmame aumenta cerca de 18% entre mulheres que possuem menores índices na escala (BAGHURST *et al.*, 2009).

Estratégia enfatizando o aleitamento materno, realizada mediante três contatos telefônicos entre 189 mães primíparas canadenses, verificou, via BSES-SF, que os escores das participantes elevaram-se significativamente. Contudo, os autores sugerem a necessidade da continuação de intervenções promotoras do aleitamento materno desde o pré-natal até o período pós-parto (SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008).

Algumas práticas durante o trabalho de parto e logo após o nascimento podem facilitar o início da amamentação. Estudo recente chama a atenção da IHAC, quanto ao não uso de sedativo particularmente próximo ao final do primeiro estágio do trabalho de parto, a não separação entre mãe e filho, e o contato pele a pele imediatamente após o parto. Nesta revisão, as autoras discutem também a importância de proporcionar cuidados apropriados à mulher, uma vez que experiências estressantes de parto estão associadas ao menor sucesso na amamentação e retardo no início do processo de lactação (FORSTER; MCLACHLAN, 2007).

Shimizu e Lima (2009), no intuito de compreender as representações sociais acerca da gestação, bem como a percepção dos cuidados recebidos na consulta de enfermagem no pré-natal, concluíram que as gestantes avaliaram positivamente a consulta de enfermagem, pois obtinham informações sobre gravidez, contribuía para seu autoconhecimento, identificavam sinais e sintomas possíveis em cada período e reduziam alguns medos que envolvem o período gravídico. Além disso, reconheciam a consulta de enfermagem como um espaço de acolhimento porque permite o diálogo, admitindo a livre expressão de dúvidas, sentimentos e experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante. Nesse sentido percebe-se que a comunicação dialógica representa um pilar na relação enfermeira-gestante, principalmente por permitir à gestante melhor compreensão desse complexo processo, tornando-a apta a enfrentá-lo com mais tranquilidade.

Azevedo *et al.*,(2010) encontraram significativo índice de mulheres que foram orientadas com relação ao AM somente na maternidade (40,1%). Não se deve negar a contribuição da orientação puerperal para a lactação satisfatória, porém

questiona-se a qualidade da assistência pré-natal no que se refere à instrução das mulheres, considerando que aproximadamente 50% delas relataram terem tido sete ou mais consultas, oportunidade em que, também, deveriam ter sido direcionadas para os procedimentos de amamentação.

Em estudo que analisou o serviço de saúde relacionado ao aleitamento materno entre os anos de 1980 e 2004, verificou-se que houve progressivo aumento na adesão das mulheres ao serviço pré-natal, chegando a 100% em 2004, tendo, contudo, um índice de orientações neste período correspondendo a menos de 70%. Acrescente-se que o percentual de mulheres orientadas na maternidade passou de 47,5% em 1980 para 88,1% em 2004 (ALVES *et al.*, 2008).

Nesse cenário, encontra-se a importante atuação do profissional enfermeiro no processo de amamentação, que no estudo de Azevedo *et al.*, (2010) correspondeu a 34,9% das orientações fornecidas. Além disso, ele é quem, muitas vezes, realiza integralmente o pré-natal de baixo risco das gestantes, tendo a oportunidade de desenvolver importante trabalho de educação em saúde, abordando aspectos essenciais do AM. O enfermeiro também ensina e capacita sua equipe de técnicos e auxiliares para a realização da orientação adequada das gestantes e puérperas sobre amamentação.

Para Furlerton e Thompson (2005) a prática da obstetrícia é compreendida como uma arte baseada no bom senso, tradição e cuidado centrado na pessoa. Como a maioria das mulheres que busca a atenção obstétrica é saudável, requerem apenas cuidados básicos de promoção à saúde, clarificando o trabalho das obstetrizes.

O enfermeiro deve estabelecer relacionamento de confiança com vistas à educação em saúde, buscando uma relação de apoio, compreensão e discussão dos aspectos fundamentais à saúde da mulher, tão necessária na gestação e no pós-parto (ONU, 2007; BONADIO, 1998; DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Subsidiado pela escala BSES-SF e pela Teoria da autoeficácia de Albert Bandura, o enfermeiro busca maneiras individualizadas de atuar junto à gestante e à puérpera. A partir de estratégias educativas como, por exemplo, o álbum seriado **Eu posso amamentar o meu filho**, viabilizará relação de ajuda, amenizando seus medos e ansiedades, bem como promovendo o equilíbrio, o bem estar, além de incentivar o cuidado consigo e com a criança, com vistas a minimizar complicações,

e conseqüentemente o aparecimento de dificuldades e intercorrências na amamentação.

## 6 CONCLUSÃO

De acordo com a efetivação desse estudo, a partir da elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação, verificaram-se os seguintes achados:

- Foi elaborado um álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” construído a partir da reflexão dos itens da escala BSES-SF, dos pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1986) e de referências sobre aleitamento materno, contendo 07 figuras (Fi) e 07 fichas roteiro (FR).
- Após a avaliação dos 10 juízes (docentes e enfermeiros), percebeu-se que o álbum seriado constitui instrumento de conteúdo pertinente e válido no que diz respeito ao construto (autoeficácia da amamentação), com excelentes Índices de Validade de Conteúdo de 0,92 em relação às figuras e 0,97 quanto às fichas-roteiro. Apresentando 77,1% clareza e compreensão quanto às figuras e fichas roteiros.
- A amostra total do estudo (n=201) foi seccionada em dois grupos: comparação (n=101) e intervenção (n=100), sendo verificado que os grupos são similares, pois não houve associação estatisticamente significativa entre a maioria das variáveis sociodemográficas ( $p > 0,05$ ): idade, tipo de moradia, tabagismo, etilismo, recebe ajuda nas atividades domésticas, espaço reservado para amamentar, origem da água utilizada e existência de pia com água e sabão no banheiro.
- No que se refere aos antecedentes obstétricos, os grupos também tiveram resultados similares, pois as seguintes variáveis não apresentaram significância estatística ( $p > 0,05$ ): número de gestações, paridade, número de abortos, amamentação anterior e tempo de aleitamento materno.
- Os dois grupos de puérperas apenas se diferenciaram de forma estatisticamente significativa em relação ao estado civil ( $p=0,027$ ), ocupação ( $p=0,022$ ) e número de filhos ( $p= 0,037$ ), com maiores prevalências no grupo de comparação.
- Pode-se constatar que a variação nos escore da BSES-SF foi mais evidente no grupo intervenção (GI) quando comparado ao grupo comparação (GC), sendo que nos Momentos 1 (escala aplicada aos dois grupos antes da intervenção convencional da maternidade e da intervenção proposta pelo estudo) e 2 (após a intervenção específica para cada grupo, a escala foi aplicada novamente às

puérperas antes de sua alta hospitalar) as médias dos escores foram muito próximos. Assim, antes e após a intervenção convencional da instituição e da intervenção proposta com o álbum seriado, as puérperas não apresentaram uma mudança significativa nos escores de autoeficácia materna em amamentar.

- Entre os Momentos 2 e 3 (após 2 meses de puerpério, a escala foi aplicada a partir do contato por telefone com as puérperas), os escores das mulheres do grupo intervenção aumentaram de forma significativa, com aumento de 10 escores; já no grupo de comparação houve redução de 4,4 escores. Constata-se, então, que no Momento 3, em que a puérpera encontrava-se em seu domicílio, os escores da BSES-SF foram maiores no GI (n=79,1) do que no GC (n=70,7), com associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).
- Quanto à relação entre o aleitamento materno e as mudanças nos escores da BSES-SF, pode-se verificar associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), demonstrando que, no GI, 100% das mulheres investigadas em ambos os momentos permaneceram em aleitamento materno, enquanto que no GC este índice reduziu para 41,0%, no terceiro momento.
- Pode-se inferir que no GI as médias dos escores da BSES-SF em relação ao AME foram maiores que as médias dos escores quanto ao AM. Já no GC as médias de AME e AM foram iguais. Encontrou-se, ainda, que a média dos escores da BSES-SF de AME no GI foi consideravelmente maior que a média de AME no GC.

O presente estudo verificou que a autoeficácia materna para amamentar pode ser modificada mediante a intervenção educativa utilizando-se o álbum seriado, além de ter sido mantido o aleitamento materno em todo o grupo intervenção (GI).

Conclui-se que a intervenção educativa utilizando o álbum seriado “**Eu posso amamentar o meu filho**” promoveu não só a elevada autoeficácia materna para amamentar, como maior duração do período de aleitamento materno.

Dessa forma, percebe-se que os enfermeiros podem lançar mão de tecnologias e /ou alternativas para se aproximar dos clientes e tentar discutir soluções e meios de enfrentamento ante as dificuldades. Por conseguinte a Enfermagem necessita apropriar-se de seus recursos, para intervir junto à clientela, pois educação em saúde vai além da mera instrução ou distribuição de material educativo, há que se estabelecer uma relação horizontal e dialógica, na qual o

cliente possa colocar seus anseios e suas necessidades e, a partir dessas, o cuidado se consolide.

Assim, a intervenção educativa realizada na presente pesquisa, provou que se a orientação for realizada utilizando referenciais teóricos, como descritos por Bandura (1986) e Dennis (1999, 2002), é possível aumentar o nível de autoeficácia, segurança e conhecimento, e conseqüentemente transformar atitudes que interferem diretamente na saúde materno infantil.

O conhecimento por si só, não é suficiente para induzir à reflexão mais aprofundada frente ao aleitamento materno. Aleitamento materno é investimento de longo prazo: significa infância saudável, equilibrada e, conseqüentemente, uma sociedade mais produtiva e capaz de suprir um país em franco desenvolvimento.

Nesse sentido, comprovo a tese de que a intervenção educativa, com a utilização do álbum seriado em puérperas, no alojamento conjunto, possibilitou autoeficácia em amamentação, resultando na promoção do aleitamento materno ao binômio mãe-filho.

## 7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Embora os achados dessa investigação tenham sido criteriosamente avaliados e medidos por meio dos testes estatísticos recomendados pela comunidade científica nacional e internacional, revelando sua consistência e relevância para a promoção e incentivo do aleitamento materno exclusivo, existem limitações que merecem destaque:

- Curto período de avaliação da permanência do aleitamento materno (dois meses). Apesar dos estudos nacionais e internacionais revelarem a média de período de amamentação de quase dois meses, o período de estudo deve ser alargado, para o acompanhamento de longo prazo dos efeitos da intervenção;
- Dificuldade de reestabelecer o contato por meio telefônico na quarta etapa da coleta, o que dificultou o seguimento de algumas puérperas no estudo.

Dessa forma, considerando que o conceito de autoeficácia foi incluído no glossário de promoção da saúde em 2006, é relevante divulgar o álbum seriado nas universidades, ainda no processo de formação, para que os graduandos possam ampliar suas percepções e vislumbrar outras possibilidades de atuação junto às gestantes e puérperas.

Importante divulgar também nos serviços de atenção primária e secundária, porque apesar de existirem os manuais do Ministério da Saúde, o álbum **“Eu Posso Amamentar o meu Filho”** retrata o aleitamento na perspectiva da autoeficácia, termo ainda pouco divulgado nas produções e no cotidiano dos profissionais.

Além disso, ainda recomenda-se a capacitação dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, para atuarem de forma satisfatória diante da nova tecnologia educativa, possibilitando um repensar crítico sobre a estratégia educativa e o enfoque em favor do aleitamento materno (curto prazo).

Urge que novas pesquisas sejam desenvolvidas, em outras populações, em outros contextos, e principalmente em outras fases do ciclo gravídico puerperal, como no pré-natal e assim possa se estabelecer um seguimento mais adequado. Afinal, quanto mais precoce intervir, melhores serão os resultados.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, A. H.; SANDS, L. P. Effect of Pre- and Postdischarge Interventions on Breastfeeding Outcomes and Weight Gain Among Premature Infants. **JOGNN**, v.39, n.1, p.53-63, 2010.
- ALFAYA, C.; SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia, Natal**, v. 10, n. 2, p. 279-285, 2005.
- ALVARENGA, M. R. M.; MENDOZA, I. Y. Q.; FARO, A. C. M. Instrumentos de avaliação funcional de idosos submetidos à cirurgia ortopédica: revisão integrativa da literatura. **Acta Fisiatr.**, v.14, n.1, p. 32-40, 2007.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic Saúde Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- ANIANSSON, G.; ALM, B.; ANDERSSON, B.; HAKANSSON, A.; LARSSON, P.; NYLEN, O et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. **Pediatr Infect Dis J.**, v.13, n.3, p.183-188, 1994.
- ARANTES, C. I. S.; MONTRONE, A. V. G; MILIONE, D. B. Concepções e conhecimento de sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev Eletr Enf.**, v.10, n.4, p.933-344, 2008. Disponível em: [www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a06.pdf) Acesso em: 13 jul. 2011.
- ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev Nutr.**, v.20, n.4, p. 431-438, 2007.
- ARNOLD, C.; MAKINTUBE, S.; ISTRE, G. R. Day care attendance and other risk factors for invasive Haemophilus influenzae type by disease. **Am J Epidemiol.**, v.138, n.5, p.333-340, 1993.
- ASHRAF, R. N.; JALIL, F.; KHAN, S. R.; ZAMAN, S.; KARLBER, J.; LINDBLAD, B. S. Early child health in Lahore, Pakistan. A Sarec project for research and research training. **Acta Paediatr.**, v.82, Suppl 390, p.47-61, 1993.

ASSIS, M. B. A. C. Mãe e bebê: encontros e desencontros. In: DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; ALMEIDA, C. A. N. **Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.

AWANO, M.; SHIMADA, 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.

BAGHURST, P.; PINCOMBE, J.; PEAT, B.; HENDERSON, A.; REDDING, E.; ANTONIOU, G. Breastfeeding self-efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first time mothers in Adelaide, Australia. **Midwifery**, v.23, n.4, p.382-391, 2009.

BAILEY, J.; CLARK, M.; SHEPHERD, R. Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. **British Journal of Midwifery**. v.16, n.3, p. 172-178, 2008.

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

\_\_\_\_\_. **Social foundation of thought and action: a social cognitive theory**. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

\_\_\_\_\_. **Self-Efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman, 1997. 604p.

BAKOULA, C.; NICOLAIDOU, P.; VELTSITA, A.; PREZERAKOU, A.; MOUSTAKI, M.; KAVADIAS, G.; LAZARIS, D.; FRETZAYAS, A.; KRIKOS, X.; KARPATHIOS, T.; MATSANIOTIS, N. Does exclusive breastfeeding increase after hospital discharge? A Greek study. **J Hum Lact.**, v.23, n.2, p. 165-173, 2007.

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

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G de; 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.

BARREIRA, S. M.; MACHADO, M. F. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Sci Health Sci**. v.26, n.1, p. 11-20, 2004.

BARRETO, C. A.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009; v. 11, n. 3, P. 605-611. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>.

BAR-YAM, N. B.; DARBY, L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. **J Hum Lact.**, v.13, n.1, p.45-50, 1997.

BECKER, T. A. C. **O acompanhamento por telefone como estratégia de intervenção de enfermagem no processo de aplicação de insulina no domicílio**. 2010. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

BEZNER KERR, R.; DAKISHONI, L.; SHUMBA, L.; MSACHI, R.; CHIRWA, M. "We grandmothers know plenty": breastfeeding, complementary feeding and multifaceted role of grandmothers in Malawi. **Soc Sci Med.**, v.66, n.5, p.1095-105, 2007.

BIRCH, D. G.; BIRCH, E. E.; HOFFMAN, D. R.; UAUY, R. D. Retinal development in very-low-birthweight infants fed diets differing in omega-3 fatty acids. **Invest Ophthalmol Vis Sci.**,v.33, n.8, p.2365-2376, 1992a.

\_\_\_\_\_. Dietary essential fatty acid supply and visual acuity development. **Invest Ophthalmol Vis Sci.**, v.33, n.11, p.3242-3253, 1992b.

BITTENCOURT, L. J.; OLIVEIRA, J. S.; FIGUEIROA, J. N.; BATISTA FILHO, M. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel de ações de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n.4, p. 439-448, 2005.

BLAKE, H. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 13, n. 4, p. 160-162, 2008.

BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C. L.; MOYLE, W.; PRATT, J.; VRIES, S. M. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth**, v.29, p.278-284, 2002.

BLYTH, R.; CREEDY, D. K.; DENNIS, C.L.; MOYLE, W.; PRATT,J.; De VRIES, S.M.; HEALY, G. N. Breastfeeding Duration in an Australian Population: The Influence of Modifiable Antenatal Factors. **J Hum Lact.**, v.20, n.1, p.30-38, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **“Normas Básicas para Alojamento Conjunto”**. Portaria MS/GM nº 1016, 26 de agosto de 1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética, v.4, n.2, p.15-25, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITTON, C.; McCORMICK, F. M.; RENFREW, M. J. WADE, A.; KING, S. E. Support for breastfeeding mothers [Abstract]. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.1, p.1, 2007.

BROWN, L. F.; THOYRE, S.; PRIDHAM, K.; SCHUBERT, C. The Mother-Infant Feeding Tool. **J Obstetr Gynecol Neonatal Nurs.**, v.38, n.4, p.491-503, 2009.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J Pediatr.**, v.80, n.5, p.126-30, 2004.

BUENO, M. B.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S. B.; PAZ, S. M. R. S. GIMENO, S.G.A.; SIQUEIRA, A.A.F. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo no primeiro ano de vida. **Cad. Saúde Pública**, 2003; 10: 1453-60.

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 Matern Infant.**, v.2, n.2, p.129-35, 2002.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence.** 6th ed. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier, 2009.

BYSTROVA, K.; IVANOVA, V.; EDHBORG, M.; MATTHIESEN, A. S.; RANSJÖ-ARVIDSON, A.B.; MUKHAMEDRAKHIMOV, R et al. Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. **Birth.**, v.36, n.2, p. 97-109, 2009.

CAMINHA, M. F. C.; SERVA, V. B.; DOS ANJOS, M. M. R.; BRITO, R. B. S.; LINS, M. M.; BATISTA FILHO, M. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2245-2250, 2011.

CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K. G.; FIGUEIROA, J. N.; LIRA, P. I. C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, 2010.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CATAFESTA, F.; ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M.; VENTURINI, K.K. A Amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 609-616, 2009.

CATTANEO, A.; BUZZETTI, R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. **BMJ** v.323, n.7325, p.1358-1362, 2001

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual 1995 – 2002.** Fortaleza: SESA, 2002. 69p.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **J Pediatr.**, v.83, n.3, p.241-246, 2007.

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.

CHIEN, Y. C.; HUANG, Y. J.; HSU, C. S.; CHAO, J. C.; LIU, J. F. Maternal lactation characteristics after consumption of an alcoholic soup during postpartum 'doing-the-month' ritual. **Public Health Nutr.**, v.12, n.3, p.382-388, 2009.

COHEN, R.; LANGE, L.; SLUSSER, W. A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program. **J Hum Lact.**, v.18, n.1, p.61-65, 2002.

COLLAND, V. T. Learning to cope with asthma: a behavioural self-management program for children. **Patient Educ. Couns.**, v. 22, n. 3, p. 141-152, 1993.

COLSON, S. Maternal Breastfeeding positions: have we got it right? **Pract. Midwife.**, v.8, n.10, p.24-27, 2005.

CORDEIRO, M. T. Postura, posição e pegadas adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

COSTA, A. G. M.; MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. **J Bras Doenças Sex Transm.**, v.16, n.3, p.43-49, 2004.

CREEDY, D. K., DENNIS, C. L., BLYTH, R., MOYLE, W., PRATT, J., DE VRIES, S. M. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Res Nurs Health.**, v.26, n.2, p.143-152, 2003.

CUCOLO, D. F.; FARIA, J. I. L.; CESARINO, C. B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.1, p.49-54, 2007.

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 maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.11, n.3, p.442-452, 2008.

DARMSTADT, G. L.; BHUTTA, Z. A.; COUSENS S.; ADAM, T.; WALKER, N.; BERNIS, L et al. Evidence-based, costeffective intervention: how many newborn babies can we save? **Lancet**, v.365, p.977-988, 2005.

DAVIS, M. K. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. **Pediatr Clin North Am.**, v.48, n.1, p.125-141, 2001.

DIJKSTRA, A.; DE VRIES, H. Clusters of precontemplating smokers defined by the perceptions of the pros, cons and self-efficacy. **Addictive Behaviors**, v.25, n.3, p.373- 385, 2000.

DEL CIAMPO, L. A.; FERRAZ, I. S.; DANELUZZI, J. C.; RICCO, R. G.; MARTINELLI JUNIOR, C. E. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatrics**, v.30, n.1, p. 22-26, 2008.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; FERRAZ, I. S.; DANELUZZI, J. C.; MARTINELLI JUNIOR, C. E. Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. **Rev Paul Pediatr.**, v.27, n.4, p.361-365, 2009.

DEMO, P. Ambivalências da sociedade da informação. **Ci Inf.**, v.29, n.2, p.37-42, 2000.

\_\_\_\_\_. **Aprendizagem no Brasil: ainda muito por fazer.** Porto Alegre: Mediação, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saber pensar é questionar.** Brasília: Liber Livro, 2010.

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

\_\_\_\_\_. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled Trial. **Birth.**, v.29, n.3, p.169-176, 2002.

\_\_\_\_\_. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.32, n.6, p.734-744, 2003.

\_\_\_\_\_. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. **Can J Psychiatry.** v 48, p.115-24, 2003.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res Nurs 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. **Can Med Assoc.**, v.166, n.1, p.21-28, 2002.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills.** 2ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1996.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* em Puérperas.** 2008. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B.; PINHEIRO, A. K. B.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Epidemiological profile of postpartum women receiving rooming-in care. **Rev Enferm UERJ.**, p.18, n.3, p.345-351, 2010.

DUARTE, A. M. L.; COSTA, A. F. F.; OLIVEIRA, C. T.; CARVALHO, L. S. F. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no preparo de mães adolescentes. **Rev Inst Ciênc Saúde.**, v.26, n.2, p.177-182, 2008.

DUNCAN, B.; EY, J.; HOLBERG, C. J.; WRIGHT, A. L.; MARTINEZ, F. D.; TAUSSIG, L. M. Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media. **Pediatrics**, v.91, n.5, p.867-72, 1993.

ESCUDE, M. M. L.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. P. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev Saúde Pública.** 2003; v.37, n.3, p.319-325.

EKSTROM, A.; WIDSTROM, A. M.; NISSEN, E. Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women. **Birth.**, v.30, n.4, p.261-266, 2003.

EVANS, A.T. Manual de Obstetrícia., Ed. Guanabara Koogan, 7ª ed., 2010.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr.**, v.19, n.5, p.623-630, 2006.

FERREIRA, O. M. C.; SILVA JÚNIOR, P. D. **Recursos audiovisuais no processo ensino-aprendizagem**. São Paulo: Pedagógica & Universitária, 1986.

FIGUEIREDO, M.G., SARTORELLI, D.S., ZAN, T. A.B., GARCIA, E., SILVA, L.C., CARVALHO, F. L. P., PASCOTTO, R. C., MACRI, S., CARDOSO, M. A. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, 2004; 20: 172-9.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.10, n.2, p.166-171, 2002.

FORSTER, D. A.; MCLACHLAN, H. L. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. **J Midwifery Womens Health.**, v.52, n.3, p.273-280, 2007.

FRANÇA, G. V. A.; BRUNKEN, G. S.; SILVA, S. M.; ESCUDER, M. M.; VENANCIO, S. I. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p.711-718, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 24ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FROTA, D. A.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.1, p.85-92, 2004.

GAÍVA, M. A. M.; MEDEIROS, L. S. M. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. **Ciênc Cuid Saúde.**, v.5, n.2, p.255-262, 2006.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real.** 2ª ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GIUGLIANI, E. R. J; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **J Pediatr.**, v.80, n.5, p.117-118, 2004.

GÓES, F. G. B.; RANGEL, R. O.; BORGES, R. L. L. Nurse's educational practices from postpartum women on the breastfeeding. **Rev Enferm UFPE On Line.** v.3, n.1, p.38-43, 2009. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/260/256> Acesso em: 21 Abr. 2011.

GOLDMEIER, S.; CASTRO, I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Rev AMRIGS**, v.49, n.3, p.149-154, 2005.

GONÇALVES, A. C.; BONILHA, A. L. L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Rev Gaúcha Enferm.** v.26, n.3, p. 333-344, 2005.

GROSS, S. M.; CAULFIELD, L. E.; BENTLEY, M. E.; BRONNER, Y.; KESSLER, L.; JENSEN, J et al. Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding. **J Am Diet Assoc.**, v.98, n.2, p.143-148, 1998.

HABICHT, J. P.; VANZO, J.; BUTZ, W. P. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? **Am J Epidemiol.**, v.123, n.2, p.279-290, 1986.

\_\_\_\_\_. Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality. **Pediatr.**, v.81, n.3, p.456-461, 1988.

HANNULA, L.; KAUNONEM, M.; TARKKA, M. T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, n.9, p. 1132-1143, 2008.

HAUCK, Y.; HALL, W. A.; JONES, C. Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. **J Adv Nurs.**, v.57, n.3, p. 306-317, 2007.

HOWIE, P. W.; FORSYTH, J. S.; OGSTON, S. A.; CLARK, A.; FLOREY, C. D. Protective effect of breastfeeding against infection. **BMJ.**, v.300, n.6716, p.11-16, 1990.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; WARREN, S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Tradução de Michael Shumidt Ducan e Ana Rita Peres. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INGERSOLL, G. L. Evidence-based nursing. **Nurs Outlook**, v.48, n.4, p.151-152, 2000.

ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas.** São Paulo: Sarvier, 2008.

JAINA, J.; TYSON, S. Psychological similarity in work-based relationships and the development of self-efficacy beliefs. **Hum Relations**, v.57, n.3, p.275-296, 2004.

JESUS, L.; JORGE, M. M. Jogos e atividades lúdicas na idade avançada. **Cad Psicol.**, v.6, n.8, p.66-73, 1999.

JOCA, M. T.; OLIVEIRA, R. L.; BARBOSA, R. C. M.; PINHEIRO, A. K. B. Compreendendo o aleitamento materno através da vivência de nutrizes. **Rev Rene**, v.6, 3, p.48-55, 2005.

JONES, R. H. Enfoque obstétrico. In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 430p.

JOVENTINO, E. S.; FREITAS, L. V.; ROGERIO, R. F.; LIMA, T. M.; DIAS, L. M. B.; XIMENES, L. B. Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev Rene**, v.10, n.2, p.141-148, 2009.

JUNQUEIRA, P. **Amamentação, hábitos orais e mastigação**: orientações, cuidados e dicas. 2ª ed. [S.l.]: Revinter, 2000; p. 1-21.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2ª ed. Revisão técnica Maria Isabel Caramagnani. Rio de Janeiro (RJ): Reichemann & Affonso Editores; 2001.

KRAMER, M. S.; CHALMERS, B.; HODNETT, E. D.; SEVKOVKAYA, Z.; DZIKOVICH, I.; SHAPIRO, S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. **JAMA**, v.285, n.4, p.413-420, 2001.

KRONBORG, H.; VAETH, M; OLSEN, J.; IVERSEN, L.; HARDER, I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. **Acta Paediatr.**, v.96, n.7, p.1064-1070, 2007.

KROUSE, H. J. Video modelling to educate patients. **J Adv Nurs.**, v.33, n.6, p.748-757, 2001.

KUMMER, S. C.; GIUGLIANNI, E. R. J.; SUSIN, L. O.; FOLLETO, J. L.; LERMEN, N. R.; WU, V. Y. J. Evolução do Padrão de Aleitamento Materno. **Rev Saúde Pública** v.34, n.2, p.143-148, 2000.

LABBOK, M. H. Effects of breastfeeding on the mother. **Pediatr Clin North Am.**, v.48, n.1, p.143-158, 2001.

LACERDA, T. T. B., MAGALHÃES, L. C.; REZENDE, M. B. Validade de conteúdo de questionários de coordenação motora para pais e professores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, v. 18, n. 2, p. 63-77, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1987.

LEWIS, J. Interrupção Voluntária da Gestação In: ORSHAN, S.A (Org.). **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, p. 333-345, 2010.

LI, L.; ZHANG, M.; SCOTT, J. A.; BINN, C. W. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth, Western Australia. **J Hum Lact.**, v.20, n.2, p.188-195, 2004.

LISTON, J. Breastfeeding and the use of recreational drugs-alcohol, caffeine, nicotine and marijuana. **Breastfeed Rev.**, v.6, n.2, p.27-30, 1998.

LITTMAN H, MEDENDORP SV, GOLDFARB J. The decision to breastfeed: the importance of fathers' approval. **Clin Pediatr.**, v.33, n.4, p.214-219, 1994.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUCAS, A.; COLE, T. J. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. **Lancet**, v.336, n.8730, p.1519-1523, 1990.

McCARTER-SPAULDING, D.; GORE, R. Breastfeeding Self-Efficacy in Women of African Descent. **JOGNN**, v. 38, n. 2, p. 230-243; 2009.

MACARTHUR, C.; JOLLY, K.; INGRAM, L.; FREEMANTLE, N.; DENNIS, C. L.; HAMBURGER, R et al., Antenatal peer support workers and initiation of breastfeeding: cluster randomized controlled trial. **BMJ**, v.338, n.131, p.1-7, 2009.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.8, n.2, p.182-196, 2008.

MELHORAMENTOS. **Dicionário Melhoramentos da Língua Portuguesa** – nova ortografia. 2009.

MELO, A. M. C. A.; CABRAL, P. C.; ALBINO, E.; MOURA, L. M. D.; WANDERLEY, L. G. Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saude Mater Infant.**, v.2, n.2, p.137-142, 2002.

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.

MAKRIDES, M.; SIMMER, K.; GOGGIN, M.; GIBSON, R. A. Erythrocyte docosahexaenoic acid correlates with the visual response of healthy, term infants. **Pediatr Res.**, v.33, n.4, p.425-427, 1993.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** 17ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229p.

MARCIANO, L. H. C. S.; PRADO, R. B. L.; QUAGGIO, C. M. P.; NARDI, S. M. T. Proposta pedagógica para aprimorar os conceitos básicos em hanseníase: álbum seriado como um recurso no processo de orientação. **Hansen Int.**, v.33, n.2, p.17-24, 2008.

MARTINS, M. C. **Intervenção educativa para utilização de alimentos regionais por famílias de pré-escolares.** 2010. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MARTINS, A. C.; RIBEIRO, J. L. P. Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas. **Análise Psicológica.**, v.1, n. 26, p. 135-145, 2008.

MAYER, E .J.; HAMMAN, R. F.; GAY, E. C.; LEZOTTE, D. C.; SAVITZ, D. A.; KLINGENSMITH, G. J. Reduced risk of IDDM among breast-fed children. **Diabetes.**, v.37, n.12, p.1625-1632, 1988.

MCKELLAR, L.; PINCOMBE, J.; HENDERSON, A. 'Coming ready or not!' Preparing parents for parenthood. **Br J Midwifery.**, v.17, n.3, p.160-167, 2009.

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. **J Obstetr Gynecol Neonatal Nurs.**, v.40, n.1, p.35-46, 2011.

MELLO, R. M. **Tecnologia educacional**. 2004. Disponível em: [http://www.escolabr.com/virtual/crte/modulo\\_novos/imersao/producoes/tecnologias\\_ensino.doc](http://www.escolabr.com/virtual/crte/modulo_novos/imersao/producoes/tecnologias_ensino.doc). Acesso em: 07 abr. 2010.

MELLO, P. R. B.; PINTO, G. R.; BOTELHO, C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **J Pediatr.**, v.77, n.4, p. 257-264, 2001.

MENNELLA, J. A.; BEAUCHAMP, G. K. Effects of beer on breast-fed infants. **JAMA.**, v.269, n.13, p.1637-1638, 1993.

MOLINA, T. M., VILA TORRES, R. R., PARRILLA RODRIGUEZ, A. M.; DENNIS, C. L. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **J Hum Lact.**, v.19, n.1, p.35-42, 2003.

MONTRONE, A. V. G.; FABBRO, M. R. C.; BERNASCONI, P. B. S. Grupo de Apoio à Amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência. **Rev APS**, v.12, n.3, p.357-362, 2009.

MUIR, G. J. A. **Evidence based healthcare: how to make health policy and management decision**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.

MULL, D. S. Mother's milk and pseudoscientific breastmilk testing in Pakistan. **Soc Sci Med.**, v.33, n.2, p.1277-1290, 1992.

MURRAY, E. K., RICKETTS, S.; DELLAPORT, J. Hospital Practices that Increase Breastfeeding Duration: Results from a Population-Based Study. **Birth**, v.34, n.3, p.202–211, 2007.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS, L. A.; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p.87-94, 2009.

NAKANO, A. M.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Rev Latinoam Enferm.**, v.7, n.3, p.69-76, 1999.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEIFERT, M.; GRAY, J.; GARY, N.; CAMP, B. Factors influencing breast-feeding among adolescents. **J Adolesc Health Care** v.9, n.6, p.470-473, 1988.

NICHOLS, J.; SCHUTTE, N. S.; BROWN, R. F.; DENNIS, C. L.; PRICE, I. The Impact of a Self-Efficacy Intervention on Short-Term Breast-Feeding Outcomes. **Health Educ Behav.**, v.36, n.2, p. 250-259, 2009.

NICHOLAS, M.K.; WILSON, P.H.; GOYEN, J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. **Pain**, v. 48, n. 3, p. 339-347, 1992.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem.** Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

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.

NOVAES, H. M. D.; ALMEIDA, M. F.; ORTIZ, L. P. **Quais os programas de estímulo ao aleitamento materno e nutrição infantil? BVS – ITD.** 2004. Disponível em: [www.itd.bvs.br](http://www.itd.bvs.br). Acesso em: 02 dez. 2010.

O'BRIEN, M. L.; BUIKSTRA, E., FALLON, T.; HEGNEY, D. Strategies for success: a toolbox of coping strategies used by breastfeeding women. **J Clin Nurs.**, v.18, n.11, p.1574-1582, 2009.

OLÍMPIO, D. M.; KOCHINSKI, E.; RAVAZZANI, E. D. A. Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas. **Cadernos da Escola de Saúde.**, v. 3, p. 1-12, 2010.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa.** 2006. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, V. S. Presidiária do Amapá: percepção sobre a importância de amamentar. **Estação Científica (UNIFAP)**, v.1, n.2, p. 127-141, 2011.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Esc Anna Nery.**, v.13, n.3, p.595-601, 2009.

OLIVEIRA, F. E. M. **SPSS básico para análise de dados**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2008. 192p.

OLIVEIRA, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; VERAS, J. E. G. L. F.; XIMENES, L. B. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev Rene.**, v.11, n.4, p.95-102, 2010.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M.; GOMES, G. S. S.; PRADO, M. S.; BARRETO, M. L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública** v.21, n.5, p.1515-1530, 2005.

OLIVER, R. A.; RICHART, M. M.; CABRERO, G. J.; PÉREZ, H. S.; LAGUNA, N. G.; FLORES, Á. J. C, et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev Latino-Am Enfermagem** v.18, n.3, p.373-380, 2010.

OLSON, B. H.; HAIDER, S. J.; VANGJEL, L.; BOLTON, T. A.; GOLD, J. G. A quasi-experimental evaluation of a breastfeeding support program for low income women in Michigan. **Maternal Child Health J**, v.14, n.1, p.86-93, 2010.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Amamentação**. 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2010.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução e validação da Breastfeeding self-efficacy scale: aplicação em gestantes**. 2008. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORIÁ, M. O. B.; GLICK D. F.; ALVES M. D. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. **Cad Saúde Pública**, v.21,n.1, p.20-28, 2005.

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

ORNÉS, C. R.; MIGUEL, V.; FERNÁNDEZ, M.; PÁEZ, J. Capacitación a distancia en lactancia materna. **Rev Fac Med.**, v.25, n.1, p.100-103, 2002.

OTSUKA, K.; DENNIS, C. L.; TATSUOKA, H.; JIMBA, M. The Relationship between Breastfeeding Self Efficacy and perceived insufficient milk among japanese mothers. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.37, n.5, p.546-555, 2008.

PAMPLONA, V. **Aspectos psicológicos na lactação.** In: CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R.N. Amamentação: bases científicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 430p.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde**, v.32, n.4, p.466-474, 2008.

PEDRO, I. C. S.; GALVÃO, C. M.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio social e famílias de crianças com câncer: revisão integrativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.3, p.477-483, 2008.

PEDROSO, R. S.; OLIVEIRA, M. S.; MORAES, J. F. D. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira da escala Marijuana Expectancy Questionnaire. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.1, p.63-73, 2007.

PEREIRA, R. S. V.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. L.T.; BRITO, A. S. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.12, p.2343-2354, 2010.

PEREIRA, F. L. R.; TORRES, H. C.; CÂNDIDO, N. A.; ALEXANDRE, L. R. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo **Cienc Cuid Saude** v.8, n.4, p.594-599, 2009.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2003.

PILLEGI, M. C.; POLICASTRO, A.; ABRAMOVICI, S.; CORDIOLI, E.; DEUTSCH, A. D. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein.**, v.6, n.4, p.467-472, 2008.

PINELLI, J.; ATKINSON, S. A.; SAIGAL, S. Randomized trial of breastfeeding support in very low-birth-weight infants. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.155, n.5, p.548-553, 2001.

POCOCK, S. J. **Clinical trials: a practical approach.** Chinchester (UK): John Wiley & Sons, 1983.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidencias para a prática da enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

\_\_\_\_\_. **Essentials of Nursing Care: methods, appraisal and utilization.** 6<sup>th</sup> edn. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2006.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.4, p.434-438, 2009.

PRIDHAM, K. F.; SCHROEDER, M.; BROWN, R.; CLARK, R. The relationship of a mother's working model of feeding to her feeding behavior. **J Adv Nurs.**, v.35, n.5, p.741-750, 2001.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pediatr.**, v.79, n.5, p.385-390, 2003.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G.; ALBERTO, N. S. M. C.; TELES, J. B. M.; SALDIVA, S. R. D. M. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1753-1762, 2008.

REA, M. F. Os Benefícios para a saúde da mulher. **J Pediatr.**, v.80, Supl 5, p.142-146, 2004.

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev Esc Enferm USP.**, v.41, n.2, p.245-250, 2007.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, P. J.; AGUIAR, L. A. K.; TOLEDO, C. F.; BARROS, S. M. O.; BORGES, D. R. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.3, p.415-421, 2004.

RIORDAN, J. M.; KOEHN, M. Reliability and Validity Testing of Three Breast feeding Assessment Tools. **J Obstetr Gynecol Neonatal Nurs.**, v.26, n.2, p.181-187, 1997.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.1, p.113-116, 2008.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

ROIG, A.O.; MARTÍNEZ, M.R.; GARCÍA, J.C.; HOYOS, S.P.; NAVIDAD, G.L.; ÁLVAREZ, J.C.F.; PUJALTE, M.M.C.; GONZÁLEZ, R.G.L. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mai-jun 2010; 18(3):[08 telas]

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. Bras Saúde Matern Infant.**, v.4, n.1, p.15-23, 2004.

SALVETTI, M.G; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.1, p. 135-140, 2007. Disponível em [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: Mc Graw–Hill, 2006.

SANTANA, M. C. C. P.; GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M.; MELO, A. M.; SILVA, E. H. A. A. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.411-417, 2010.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 283-291, 2005.

SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado – subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de Diabetes Mellitus. **Esc Anna Nery.**, v.12, n.1, p.125-129, 2008.

SEMENIC, S.; LOISELLE, C.; GOTTLIEB, L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. **Res Nurs Health**, v.31, n.5, p.428-441, 2008.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Prevalence of breastfeeding in Brazilian capital cities. **Rev Assoc Med Bras.**, v.53, n.6, p.520-524, 2007.

SEGOVIA-DÍAZ, L. M. G. **Impacto de uma intervenção comunicativa na capacidade funcional dos idosos hospitalizados.** 2008. 119f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

SCHLICKAU, J. M.; WILSON, M. E. Breastfeeding as health-promoting behaviour for Hispanic women: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.2, p.200–210, 2005.

SCHWARZER, R., **Adaptation and maintenance of health behaviours:** A critical review of theoretical approaches, in Schwarzer R., *Self-efficacy: Thought control of action.* New York: Hemisphere, 1992.

SHAW, E., LEVITT, C., WONG, S., KACZOROWSKI, J. and The McMaster University Postpartum Research Group. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. **Birth**, v.33, n.3, p.210–220, 2006.

SHEEHAN, A.; SCHMIED, V.; BARCLAY, L. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. **Matern Child Nutr**, v.5, n.2, p.138-150, 2009.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p.387-392, 2009,

SIKORSKI, J.; RENFREW, M. J. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). **Cochrane Library**, n.1, 1999.

SILVA, L. R.; VIEIRA, G.; DIAS, C. P. F.; DINIZ-SANTOS, D. R.; FERRAZ, F.; CARNEIRO, G.; CASQUEIRO, J. B.; BOAS, L. V.; OLIVEIRA, L.; SANTANA M. C.; BARREIRO, P. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. **R Ci. méd. biol.** v.4, n.3, p. 187-194, 2005.

SILVA, M. O. Plano educativo. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. **Diabetes mellitus**: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004.

SIMON, J. M. Evidence-based practice in nursing. **Nurs Diagn.**, v.10, n.1, p.3, 1999.

SMITH, B. J.; TANG, K. C.; NUTBEAM, D. WHO health promotion glossary: new terms. **Health Promot Int.**, v.21, n.4, p.340-345, 2006.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado. **Medicina**, v.42, n.1, p.3-8, 2009.

SOUZA, G.A.; SILVA, A.M.M.; GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesq. Odontol. Bras.**, v. 16, n. 1, p. 57-62, 2002.

STETLER, C. B; BRUNELL, M; GIULIANO, K. K; MORSI, D; PRINCE, L.; STOKES, V.N. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **J Nurs Adm.**, v.28, n.7/8, p.45-53, 1998.

STRIGHT, B. R.; HARRISON, B. R. **Série de estudos em enfermagem: enfermagem materna e neonatal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TERUYA, K.; BUENO, L. G.; SERVA, V. Manejo da lactação. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006, p.138-9.

TERUYA, K; COUTINHO, S. B. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.1-26.

THULIER, D.; MERCER, J. Variables associated with breastfeeding duration. **JOGNN**, v.38, n.3, p. 259-268, 2009.

TOKAT, M. A.; OKUMUS, H.; DENNIS, C. L. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale – short form among pregnant and postnatal women in Turkey. **Midwifery**, v.26, n.1, p.101-108, 2010.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefits of breastfeeding for maternal and childhealth: an essay on the scientific evidence. **Cad Saúde Pública**, v.24, Sup 2, p.235-246, 2008.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2005.

VASCONCELOS, C. T. M. **Efeitos de uma intervenção educativa no retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolau.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

VASCONCELLOS, J. V. Baixa produção de leite. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 297.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.6, n.1, p.99-105. 2006.

VENÂNCIO, S. I; ESCUDER, M.M.L; KITOKO,P.; RÉA,M.F.; MONTEIRO, C.A. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36: 313-8.

VÍCTOR, J. F. **Tradução para o português e validação da Exercise Benefits Scale: aplicação com idosos.** 2007. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P, NOBRE, L. C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, v.2, n.8554, p.319-322, 1987.

VICTORA, C.; BARROS, F. C. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. **Cad ESP**, v.1, n.1, 2005; Disponível em: [http://www.esp.ce.gov.br/images/documentos/cad\\_esp\\_vol01\\_n01.pdf](http://www.esp.ce.gov.br/images/documentos/cad_esp_vol01_n01.pdf) Acesso em: 06 Ago. 2010.

VITOLO, M. R. **Nutrição** – da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann, 2003. 322p.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v.52, n.5, p.546-553, 2005.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutrition:** Infant and young children: Exclusive breastfeeding. Retrieved Novembro 13, 2009, from [http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant\\_exclusive.html](http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant_exclusive.html) Acesso em: 21 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices:** conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington, D. C., 2008.

WRIGHT, A. L.; HOLBERG, C. J.; MARTINEZ, F. D.; MORGAN, W. J.; TAUSSIG, L. M. Breastfeeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. Group Health Medical Associates. **Br Med J.**, v.299, n.6705, p.946-949, 1989.

WRIGHT, A. L.; HOLBERG, C. J.; TAUSSIG, L. M.; MARTINEZ, F. D. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.149, n.7, p.758-763, 1995.

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.1439-1446, 2007.

YABROFF, K. R.; MANGAN, P.; MANDELBLATT, J. Effectiveness of interventions to increase papanicolaou smear use. **J Am Board Fam Med.**, v.16, n.3, p.188-203, 2003.

ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M.; PERES, D. S.; SANTOS, M. A.; GUIMARÃES, F. P. M et al. Evolução do Tratamento de Pacientes diabéticos utilizando o protocolo Staged Diabetes Management. **Acta Paul Enferm.**, v.20, n.3, p.338-344, 2007.

ZIMMERMAN, B. J.; KITSANTAS, A. Developmental phases in self-regulation: Shifting from process goals to outcome goals. **Journal of Educational Psychology**, v.89, n.1, p.29-36, 1997.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; SCHUMACHER, M.; THORELL, M. R.; AMORETTI, A.; MÜLLER, L et al. The portuguese version of the Breastfeeding Self-EfficacyScale–Short Form. **J Hum Lact.**, v.26, n.3, p.297-303, 2010.

# APÊNDICES

**APÊNDICE X – CONVITE PARA JUÍZES - (1ª FASE)**

Fortaleza, 27 de junho de 2010.

Caro(a) Colega,

Estou desenvolvendo um estudo intitulado **Efeito da Intervenção Educativa em Puérperas no Alojamento Conjunto na Autoeficácia de Amamentar Exclusivamente**, na condição de doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. Para alcançar os objetivos do estudo, faz-se necessário construir e validar as fichas roteiro que serão utilizadas na intervenção supramencionada.

Portanto reconhecendo sua experiência profissional e certa de sua valiosa contribuição nessa etapa do estudo, venho convidá-lo(a) para emitir seu julgamento sobre o conteúdo desse material, respondendo ao questionário em anexo.

O material foi elaborado, considerando os itens da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form* (BSES-SF) um instrumento que se destina a avaliar as expectativas pessoais sobre a auto-eficácia da mulher que amamenta e que se tem mostrado eficaz para medir a confiança das mães na sua habilidade de amamentar. A BSES-SF constitui-se de 14 itens que utiliza o mesmo padrão de respostas, perfazendo um total mínimo de 14 e máximo de 70 pontos. Organizada de forma aleatória em duas categorias de domínio: Técnica (08 itens) e Pensamentos Intrapessoais (06 itens).

As atividades que solicito a vossa contribuição referem-se a:

1 – Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, preencher os dados de caracterização dos juízes;

2 – Leitura da Sinopse sobre Auto-Eficácia para que assim fique bem elucidado o referencial teórico utilizado no estudo e domínios da escala BSES-SF;

3 – Apreciação e análise das fichas roteiro à luz do Formulário I (Validação de Conteúdo);

4 – Comentários, críticas e sugestões sobre os desenhos e textos contidos nas fichas. Deste modo, fica a seu critério a inclusão, exclusão ou alteração de qualquer ficha que considerar pertinente.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito por gentileza, a devolução do material, dentro do prazo máximo de 10 (dez) dias.

Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em partilhar vosso conhecimento e experiência, convicta da valorosa contribuição que ampliará sobremaneira as possibilidades de nosso estudo. Colocamo-nos à disposição para maiores e eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

**Regina Cláudia Melo Dodt**

Avenida Heróis do Acre, nº 50 Aptº 104; Passaré  
Fones: 32950152(res) / 88223143(cel) / 33668575(MEAC)  
E-mail: [reginadodt@yahoo.com.br](mailto:reginadodt@yahoo.com.br)

**Drª Lorena Barbosa Ximenes**

Orientadora  
E-mail: [lboximenes@yahoo.com.br](mailto:lboximenes@yahoo.com.br)

## APÊNDICE Y – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colega,

Sou Regina Cláudia Melo Dodt, doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Lorena Barbosa Ximenes, intitulada **Efeito da Intervenção Educativa em Puérperas no Alojamento Conjunto na Autoeficácia de Amamentar Exclusivamente**; cujos objetivos são avaliar os efeitos da intervenção educativa em puérperas que apresentem média e baixa auto-eficácia em amamentar a partir da aplicação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF); identificar os níveis de auto-eficácia no ato de amamentar das puérperas de acordo com a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) e avaliar a incidência de aleitamento materno exclusivo tanto nas puérperas participantes do grupo controle como do grupo intervenção.

Para alcançar os objetivos propostos será necessário elaborar uma intervenção educativa; as puérperas que pertencerem ao **grupo intervenção** serão submetidas à intervenção educativa individual apoiada na teoria de auto-eficácia de Bandura (1977) que defende a idéia de que o indivíduo possui capacidades que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado.

Nessa perspectiva, foram elaboradas fichas roteiro com figuras e texto de apoio (no verso das fichas), para serem utilizadas no ambiente do alojamento conjunto fundamentada na metodologia de Paulo Freire (2004) que considera a educação ideológica, mas dialogante e atenta, para que se possa estabelecer a autêntica comunicação da aprendizagem, entre gente, com alma, sentimentos e emoções, desejos e sonhos.

Para tanto, o material e todos os seus protótipos precisam ser submetidos a um rigoroso protocolo de avaliação, ou o que denomina-se validade de conteúdo, para conferir maior credibilidade ao instrumento. Logo, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar do meu estudo na qualidade de juiz.

Assim, o senhor(a) receberá um questionário de caracterização dos juízes e uma versão minimizada do material, inserido em uma tabela contendo os critérios que deverão ser analisados em relação aos itens e aos domínios da escala BSES-SF.

Sua participação neste estudo é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para validar o conteúdo das fichas, um encontro com o pesquisador para que possamos juntos discutir e fazer uma síntese de sua apreciação do material, caso considere necessário.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio dos telefones (85) 32950152 ou (85) 88223143. O Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand também poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3366-8558 e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo (85) 33668464.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) *Expert* (Juiz)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE Z – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Nº \_\_\_\_\_

### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escola onde se graduou: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Experiência com Aleitamento Materno (em anos): \_\_\_\_\_

Experiência em Alojamento Conjunto (em anos): \_\_\_\_\_

Experiência com Educação (em anos): \_\_\_\_\_ Formal (     ) Informal (     )

Experiência com Saúde Coletiva (em anos): \_\_\_\_\_

Experiência anterior com Elaboração/avaliação de material educativo: 1. SIM 2. NÃO

Publicação nas temáticas: Educação; Aleitamento Materno; Saúde Coletiva e

Elaboração/avaliação de material educativo: 1. SIM 2. NÃO

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO

Se sim, qual a temática: \_\_\_\_\_

### 2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 1: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 2: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mestrado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Temática da Dissertação: \_\_\_\_\_

Doutorado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Temática da Tese: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: 1. Assistência 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

### 3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Instituição	Tempo de atuação

## TEORIA DA AUTOEFICÁCIA

O aleitamento materno é universalmente reconhecido como importante para a saúde do lactente e amplamente discutido nos serviços de saúde, na comunidade acadêmica e na sociedade. Porém, apesar de todo esforço de demonstração de sua relevância e de estratégias implementadas pelo governo brasileiro ao incentivo à amamentação, perdura uma média de aleitamento exclusivo inferior aos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde (MS). Este aparente paradoxo induz a refletir sobre os caminhos trilhados nessa jornada de manter o aleitamento exclusivo até os primeiros seis meses de vida por constituir-se um alimento completo de nutrientes, fatores de proteção, aumentar o vínculo afetivo com a mãe, reduzir a morbi-mortalidade infantil, e ser recomendado pela UNICEF, MS, WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), IBFAN (International Baby Food Action Network) e World Health Organization (WHO, 1998).

O conceito de auto-eficácia é a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (BANDURA, 1977). Auto-eficácia é definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

A expectativa de auto-eficácia é alimentada por quatro fontes: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Essas fontes podem ser encontradas explicitamente, no cotidiano da mulher que se encontra em puerpério imediato, como por exemplo, as internadas no Alojamento Conjunto, como descrito a seguir:

REALIZAÇÕES PESSOAIS: são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. Se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho e ao contrário, se essa mulher não teve uma experiência exitosa com a amamentação, esta vivência pode deixá-la insegura, temerosa e conseqüentemente menos confiante na sua capacidade de amamentar seu filho.

OBSERVAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS: Observar as pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las, ou obter algum ganho de desempenho; apesar de mais fraca que a experiência pessoal podem produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho. Nas enfermarias de alojamento conjunto, há seis leitos e nesse espaço as mulheres podem trocar experiências, observar o desempenho uma das outras, conversar, tirar dúvidas e encorajar-se mutuamente, tornando-as naturalmente mais confiantes, seguras e auxiliando aquelas menos habilidosas.

PERSUASÃO VERBAL: é uma estratégia largamente utilizada, pois é simples e está sempre disponível. Pela persuasão as pessoas podem sentir-se estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como superando suas habilidades. Pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é oferecido dentro dos limites reais e se organiza a experiência de modo que a pessoa possa ter êxito. Em uma instituição com o título de "Hospital amigo da criança", toda a equipe está sensibilizada a encorajar o aleitamento materno e conseqüentemente apoiar a mulher nesse processo. As orientações individuais ou em grupo estimulam e reforçam a importância do Aleitamento Materno (AM). Vale salientar, que essa estratégia só terá êxito se for considerado o momento adequado e a vontade da cliente, afinal para que a informação seja apreendida é necessário o desejo de obtê-la.

**RESPOSTAS EMOCIONAIS:** situações estressantes produzem respostas emocionais que, dependendo da situação, podem interferir na percepção de competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal estar geral, influenciam negativamente na percepção de auto-eficácia. Tende a julgar que não é capaz de lidar com situações que evocam tais respostas. Minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade, o medo, entre outros, melhora a percepção de auto-eficácia e o desempenho. São inegáveis as repercussões do parto sobre a mulher no período puerperal, além das condições físicas há o impacto emocional e a fragilidade dessa mulher requer uma atenção adequada e individualizada.

Como o período de internação no Alojamento Conjunto (AC) é rápido, o profissional necessita de um instrumento de avaliação que lhe dê suporte no julgamento das necessidades de suas clientes no seu processo de reorganização psíquica, para que possam ser realizadas intervenções que favoreçam e auxiliem a puérpera em sua auto-eficácia para o aleitamento materno exclusivo, minimizando o risco de desmame precoce.

Uma opção para os profissionais de saúde no entendimento das facilidades e dificuldades para a prática de uma atividade ou comportamento é a utilização de escala de medida que possa avaliar o conhecimento que as pessoas têm sobre determinada temática (VÍCTOR, 2007).

A teoria da auto-eficácia prevê que o nível de confiança do indivíduo em sua habilidade é um forte motivador e regulador de seus comportamentos (YASSUDA; LASCA; NERI, 2005).

Apesar das inúmeras pesquisas realizadas com enfoque no aleitamento materno, a enfermeira canadense Dennis (1999) afirma que nenhum estudo havia investigado o desenvolvimento da confiança materna em sua habilidade de amamentar, logo a confiança no aleitamento materno não havia sido discutida a partir de uma perspectiva teórica. Baseado nisso, Dennis (2002) fundamentou-se na teoria da auto-eficácia de Bandura (1977, 1986) para estudar a confiança da mulher no aleitamento materno e desenvolveu um instrumento (escala BSES) que avalia a confiança materna na amamentação.

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) é um instrumento que se destina a avaliar as expectativas pessoais acerca da auto-eficácia da mulher que amamenta. Há dois tipos de expectativas relacionadas a qualquer forma de comportamento: expectativas de eficácia, em que está envolvida a capacidade para execução do comportamento, e as expectativas de resultados, acerca do que acontecerá como resultado do comportamento engajado (PEDROSO; OLIVEIRA; MORAES, 2007).

A BSES - SF será o instrumento norteador deste estudo, em função dos resultados obtidos na versão original, que segundo Dennis (2003) diante da situação atual em que a internação hospitalar deve ser abreviada, a BSES-SF proporciona às enfermeiras do Alojamento Conjunto um instrumento clinicamente útil que pode indicar áreas em que se faz necessário concentrar as intervenções antes da alta hospitalar, para se obter um cuidado apropriado e efetivo, ajudando as mães a alcançarem seus objetivos de amamentação.

Dessa forma, a BSES-SF pode ser usada na avaliação do cuidado individualizado e guiar práticas específicas de saúde às mães, desenvolvendo intervenções de educação em saúde que promovam o aleitamento materno exclusivo em crianças até os seis meses de vida (DENNIS, 1999). Portanto, a Educação em Saúde representa um recurso que aglutina o conhecimento científico existente no campo da saúde e atinge o cotidiano das pessoas, permitindo que estas compreendam o processo saúde-doença e adotem novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

A educação é o componente essencial para o trabalho da Enfermagem, podendo estar voltada para sua promoção, manutenção e adaptação a efeitos residuais de doenças (RIBEIRO;

AGUIAR; TOLEDO; BARROS; BORGES, 2004). Sendo assim, o enfermeiro, na condição de educador, deve ultrapassar o processo tradicional de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de hábitos saudáveis (COSTA; MONTEIRO; VIEIRA; BARROSO, 2004).

Assim, foi elaborado um álbum seriado. O álbum seriado consiste em uma coleção de folhas (cartazes) organizadas que podem conter mapas, gráficos, desenhos, textos e outros. Seu uso é extenso na área da educação em saúde e dentre as suas vantagens destacamos: direcionar a seqüência da exposição, possibilitar a imediata retomada de qualquer folha já apresentada, possibilitar a utilização de materiais diversos na sua confecção, como fotografias e desenhos, e assinalar os pontos essenciais de cada tópico apresentado (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; FERREIRA; SILVA JÚNIOR, 1986).

Considerando as características individuais do processo de amamentar e a relevância da atividade educativa apropriada à mulher durante o período puerperal no Alojamento Conjunto, este estudo propõe analisar os efeitos da intervenção de educação em saúde em puérperas que apresentarem baixos níveis de auto-eficácia em amamentar, com o intuito de reduzir o desmame precoce, promovendo assim o processo de amamentação. Posto que com o conhecimento das percepções pessoais relativas à competência, capacidades e meios das puérperas lidarem de forma adequada com as exigências inerentes ao aleitamento materno, a Enfermagem pode intervir e promover a saúde do binômio mãe-filho.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu), set./fev. 2005, vol.9, no.16, p.39-52.
- BANDURA A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.** 1977; 84: (2): 191-215.
- BANDURA, A. **Social foundation of thought and action: a social cognitive theory.** Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
- COSTA, A.G.M.; MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Niterói (RJ) 2004; 16(3):43-9.
- DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J Hum Lact** 1999 Sep;15(3):195-201.
- DENNIS, C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** 2003 Nov-Dec;32(6):734-44.
- DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills.** 2ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.
- FERREIRA, O.M.C.; SILVA JÚNIOR, P.D. **Recursos audiovisuais no processo ensino-aprendizagem.** São Paulo: Pedagógica & Universitária, 1986.

PEDROSO, R.S.; OLIVEIRA, M.S.; MORAES, J.F.D. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira da escala *Marijuana Expectancy Questionnaire*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):63-73, jan, 2007

SALVETTI, M.G; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev Esc Enferm USP**. 2007; 41(1): 135-40. Disponível em [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)

YASSUDA, M.S; LASCA, VB; NERI, A.L. Meta-memória e Auto-eficácia: Um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(1), p.78-90.

VAN DER BIJL, J.J; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. The theory and measurement of self-efficacy construct. **Sch Inq Nurs Pract**. 2001; 15(3): 189-207.

VÍCTOR, J.F. **Tradução para o português e validação da Exercise Benefits Scale: aplicação com idosos**. [Tese] Fortaleza / UFC; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO; 1998.

## FORMULÁRIO 1 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Para cada um dos itens propostos para o **ALBUM SERIADO** responda as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

	<p>ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONFUSO</li> <li>2. POUCO CLARO</li> <li>3. CLARO</li> </ol>
	<p>ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NÃO</li> <li>2. SIM</li> </ol>
	<p>SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NÃO</li> <li>2. SIM</li> </ol>	
<p>QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IRRELEVANTE</li> <li>2. POUCO RELEVANTE</li> <li>3. REALMENTE RELEVANTE</li> <li>4. MUITO RELEVANTE</li> <li>5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER</li> </ol>	

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.



**Ficha Roteiro 02**

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

ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?

- 1. CONFUSO
- 2. POUCO CLARO
- 3. CLARO

ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?

- 1. NÃO
- 2. SIM

SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?

- 1. NÃO
- 2. SIM

QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?

- 1. IRRELEVANTE
- 2. POUCO RELEVANTE
- 3. REALMENTE RELEVANTE
- 4. MUITO RELEVANTE
- 5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.



ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?

1. CONFUSO
2. POUCO CLARO
3. CLARO

ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?

1. NÃO
2. SIM

SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?

1. NÃO
2. SIM

QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?

1. IRRELEVANTE
2. POUCO RELEVANTE
3. REALMENTE RELEVANTE
4. MUITO RELEVANTE
5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

Ficha  
Roteiro  
**04**



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

ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E  
COMPREENSÍVEL?

CONFUSO  
POUCO CLARO  
CLARO

ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA  
CONFIANÇA MATERNA EM  
AMAMENTAR?

1. NÃO
2. SIM

SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É  
RELEVANTE?

1. NÃO
2. SIM

QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?

1. IRRELEVANTE
2. POUCO RELEVANTE
3. REALMENTE RELEVANTE
4. MUITO RELEVANTE
5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

 <p><b>Ficha Roteiro 05</b></p> <p><b>EU SEMPRE POSSO AMAMENTAR E CONTINUAR COM MINHAS ATIVIDADES DIÁRIAS.</b></p>	<p>ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONFUSO</li> <li>2. POUCO CLARO</li> <li>3. CLARO</li> </ol> <p>ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NÃO</li> <li>2. SIM</li> </ol> <p>SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NÃO</li> <li>2. SIM</li> </ol> <p>QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IRRELEVANTE</li> <li>2. POUCO RELEVANTE</li> <li>3. REALMENTE RELEVANTE</li> <li>4. MUITO RELEVANTE</li> <li>5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER</li> </ol>
---	--

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

Ficha  
Roteiro  
**06**

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



ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E  
COMPREENSÍVEL?

1. CONFUSO
2. POUCO CLARO
3. CLARO

ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA  
CONFIANÇA MATERNA EM  
AMAMENTAR?

1. NÃO
2. SIM

SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É  
RELEVANTE?

1. NÃO
2. SIM

QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?

1. IRRELEVANTE
2. POUCO RELEVANTE
3. REALMENTE RELEVANTE
4. MUITO RELEVANTE
5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

Ficha  
Roteiro  
**07**

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



ESTA FIGURA LHE PARECE CLARA E  
COMPREENSÍVEL?

1. CONFUSO
2. POUCO CLARO
3. CLARO

ESTA FIGURA ESTÁ ASSOCIADA NA  
CONFIANÇA MATERNA EM  
AMAMENTAR?

1. NÃO
2. SIM

SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É  
RELEVANTE?

1. NÃO
2. SIM

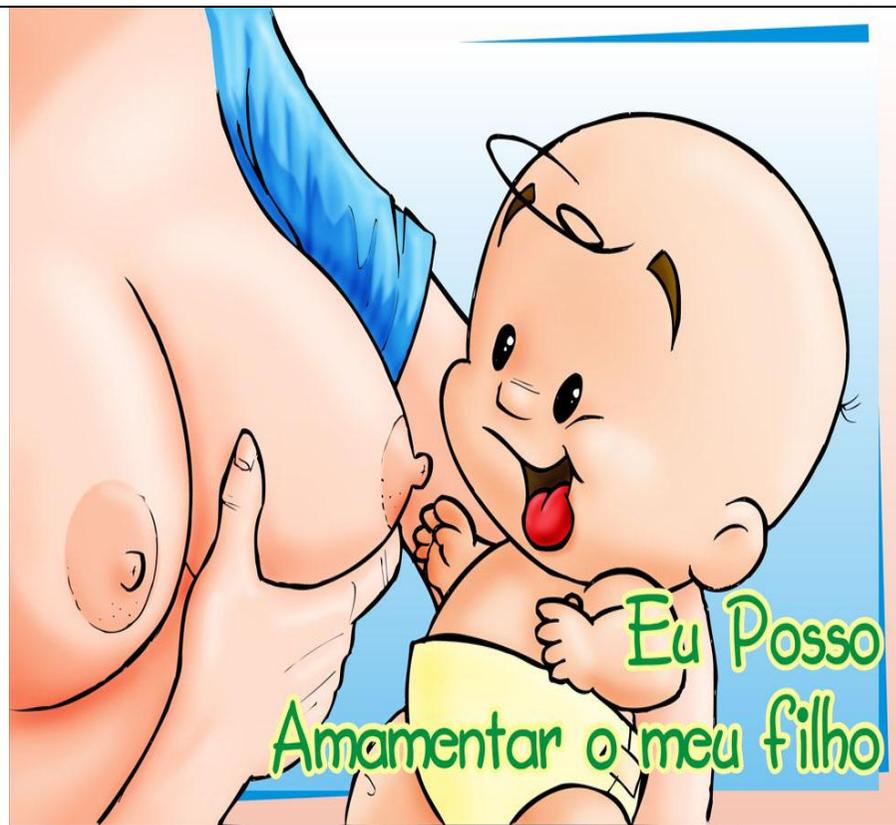
QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?

1. IRRELEVANTE
2. POUCO RELEVANTE
3. REALMENTE RELEVANTE
4. MUITO RELEVANTE
5. NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso a figura não lhe pareça clara e compreensiva, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.



CAPA 1



CAPA 2

Por favor, marque um X na opção que você considera melhor para ilustrar a capa do Álbum Seriado.

Sua opinião é importante:

Qual a sua opinião geral sobre o material produzido?

(     ) Ótimo (     ) Bom (     ) Regular (     ) Fraco

Você acredita que o Álbum Seriado tem aplicabilidade no cotidiano do enfermeiro?

Aplicabilidade refere-se aos aspectos práticos da utilização de instrumentos. Podem-se levar em conta a facilidade e o tempo de administração, a interpretação dos resultados e os custos envolvidos (ALEXANDRE; COLUCI, 2010).

(     ) Sim (     ) Não

## FORMULÁRIO 2 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Para cada um dos itens propostos para o **ALBUM SERIADO** responda as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

<p><b>Ficha Roteiro</b> <b>01</b></p> <p><b>EU SEMPRE SINTO QUANDO O MEU BEBÊ ESTÁ MAMANDO O SUFICIENTE.</b></p>	<p><b>ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?</b></p>											
	<p>1. 2. 3.</p>	<p>CONFUSO POUCO CLARO CLARO</p>										
<p><b>Perguntar:</b> O que vocês estão vendo na figura? (Devem olhar detalhes/cores/binômio). Na sua opinião como essa mãe deve estar se sentindo? E o bebê? Parece satisfeito? Estimular um debate. O que vocês entendem por pega correta; livre demanda; suficiente?</p> <p><b>Enfocar na perspectiva de que:</b> Livre demanda: deixar o bebê mamar quando quiser e</p>	<p>pelo tempo que quiser. Crianças que utilizam a livre demanda, desde o nascimento, perdem menos peso do que aquelas amamentadas apenas em horários determinados. Deve ser satisfatório e prazeroso para mãe e filho. Amamentar não é doloroso; a dor indica posicionamento incorreto. Sinais de que o bebê mama em posição adequada e (boa “pega” / “pega” correta):</p>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sinais de boa posição</th> <th>Sinais de boa “pega”</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O corpo da criança está bem junto ao corpo da mãe. Mãe relaxada e confortável</td> <td>A boca está bem aberta, não se consegue ver quase nada da aréola</td> </tr> <tr> <td>A criança está voltada para a mãe, de frente para ela</td> <td>O lábio inferior está evertido (virado para fora)</td> </tr> <tr> <td>A cabeça e o corpo da criança estão alinhados</td> <td>O queixo da criança está encostado ou bem próximo à mama. Bochechas arredondadas.</td> </tr> <tr> <td>A criança está completamente sustentada (nádegas apoiadas)</td> <td>A mãe não sente dor nos mamilos, só umas fisgadas no começo. Amamentação com posicionamento e sucção corretos não dói.</td> </tr> </tbody> </table>	Sinais de boa posição	Sinais de boa “pega”	O corpo da criança está bem junto ao corpo da mãe. Mãe relaxada e confortável	A boca está bem aberta, não se consegue ver quase nada da aréola	A criança está voltada para a mãe, de frente para ela	O lábio inferior está evertido (virado para fora)	A cabeça e o corpo da criança estão alinhados	O queixo da criança está encostado ou bem próximo à mama. Bochechas arredondadas.	A criança está completamente sustentada (nádegas apoiadas)	A mãe não sente dor nos mamilos, só umas fisgadas no começo. Amamentação com posicionamento e sucção corretos não dói.	<p><b>ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?</b></p>
Sinais de boa posição	Sinais de boa “pega”											
O corpo da criança está bem junto ao corpo da mãe. Mãe relaxada e confortável	A boca está bem aberta, não se consegue ver quase nada da aréola											
A criança está voltada para a mãe, de frente para ela	O lábio inferior está evertido (virado para fora)											
A cabeça e o corpo da criança estão alinhados	O queixo da criança está encostado ou bem próximo à mama. Bochechas arredondadas.											
A criança está completamente sustentada (nádegas apoiadas)	A mãe não sente dor nos mamilos, só umas fisgadas no começo. Amamentação com posicionamento e sucção corretos não dói.											
<p>1. 2.</p>	<p>NÃO SIM</p>											
<p><b>SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?</b></p>												
<p>1. 2.</p>	<p>NÃO SIM</p>											
<p><b>QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?</b></p>												
<p>1. 2. 3. 4. 5.</p>	<p>IRRELEVANTE POUCO RELEVANTE REALMENTE RELEVANTE MUITO RELEVANTE NÃO SEI / RECUSO RESPONDER</p>											

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

--

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

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

Perguntar:

O que vocês estão vendo na figura?

Você oferece as duas mamas?

Em que momento você faz a troca do peito?

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

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

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

começar pela mama que o bebê mamou por último.

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

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

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

**ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?**

1.	CONFUSO
2.	POUCO CLARO
3.	CLARO

**ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?**

1.	NÃO
2.	SIM

**SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?**

1.	NÃO
2.	SIM

**QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?**

1.	IRRELEVANTE
2.	POUCO RELEVANTE
3.	REALMENTE RELEVANTE
4.	MUITO RELEVANTE
5.	NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

## EU SEMPRE SEI QUANDO O MEU BEBÊ TERMINOU A MAMADA.

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

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

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

### AVALIANDO O COMPORTAMENTO DO FILHO

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

### AVALIANDO A SAÚDE DO FILHO

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

A amamentação está indo bem quando:

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

### ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?

1.	CONFUSO
2.	POUCO CLARO
3.	CLARO

### ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?

1.	NÃO
2.	SIM

### SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?

1.	NÃO
2.	SIM

### QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?

1.	IRRELEVANTE
2.	POUCO RELEVANTE
3.	REALMENTE RELEVANTE
4.	MUITO RELEVANTE
5.	NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

Ficha Roteiro  
**04**

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

**Perguntar:**

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

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

**Enfocar o seguinte aspecto:**

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

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

**RECOMENDA-SE:**

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

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

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

**ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?**

1.	CONFUSO
2.	POUCO CLARO
3.	CLARO

**ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?**

1.	NÃO
2.	SIM

**SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?**

1.	NÃO
2.	SIM

**QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?**

1.	IRRELEVANTE
2.	POUCO RELEVANTE
3.	REALMENTE RELEVANTE
4.	MUITO RELEVANTE
5.	NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

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

Perguntar:

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

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

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

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

**ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?**

1.	CONFUSO
2.	POUCO CLARO
3.	CLARO

**ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?**

1.	NÃO
2.	SIM

**SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?**

1.	NÃO
2.	SIM

**QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?**

1.	IRRELEVANTE
2.	POUCO RELEVANTE
3.	REALMENTE RELEVANTE
4.	MUITO RELEVANTE
5.	NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

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

Perguntar:

Como ela está se sentindo com a presença da família?

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

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

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

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

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

•O reflexo da ocitocina é muito mais complicado que o da prolactina. Em geral, tudo o que favoreça o bem estar e a segurança da mãe o estimulará, e tudo o que questiona (as críticas, os comentários, os gestos importunos, a intolerância ou irritabilidade ante as pequenas realidades cotidianas) terá um efeito negativo e fará com que o leite não saia, frustrando, assim, a mãe e o filho.

•A experiência de amamentar pode ser vivenciada pela mulher como uma experiência agradável, dando-lhe prazer em amamentar, achando natural e sentindo-se bem em amamentar em público, o que em primeira instância é resultado de uma atitude positiva da mãe diante da amamentação, desenvolvida pela observação de outras mães amamentando, ou ainda pela percepção da maternidade envolvendo a afetividade e a crença de que amamentação favorece a ligação e aproximação entre mãe e filho.

**ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?**

1.	CONFUSO
2.	POUCO CLARO
3.	CLARO

**ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?**

1.	NÃO
2.	SIM

**SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?**

1.	NÃO
2.	SIM

**QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?**

1.	IRRELEVANTE
2.	POUCO RELEVANTE
3.	REALMENTE RELEVANTE
4.	MUITO RELEVANTE
5.	NÃO SEI / RECUSO RESPONDER

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

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

### **Perguntar:**

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

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

De que forma amamentar seu bebê satisfaz você?

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

### **ESTA FICHA ROTEIRO LHE PARECE CLARA E COMPREENSÍVEL?**

1.	CONFUSO
2.	POUCO CLARO
3.	CLARO

### **ESTA FICHA ROTEIRO ESTÁ ASSOCIADA NA CONFIANÇA MATERNA EM AMAMENTAR?**

1.	NÃO
2.	SIM

### **SUA PRESENÇA NO ÁLBUM SERIADO É RELEVANTE?**

1.	NÃO
2.	SIM

### **QUAL O GRAU DE RELEVÂNCIA?**

1.	IRRELEVANTE
2.	POUCO RELEVANTE
3.	REALMENTE
4.	RELEVANTE
5.	MUITO RELEVANTE
	NÃO SEI / RECUSO
	RESPONDER

Caso o texto não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente suas sugestões abaixo ou no verso da folha.

Sua opinião é importante:

Qual a sua opinião geral sobre o material produzido?

(     ) Ótimo (     ) Bom (     ) Regular (     ) Fraco

Você acredita que o Álbum Seriado tem aplicabilidade, no cotidiano do enfermeiro?

Aplicabilidade refere-se aos aspectos práticos da utilização de instrumentos. Podem-se levar em conta a facilidade e o tempo de administração, a interpretação dos resultados e os custos envolvidos (ALEXANDRE; COLUCI, 2010).

(     ) Sim (     ) Não

O número de informações é suficiente? (     ) Não (     ) Sim

Sentiu falta de abordar algum aspecto? Caso sim, qual.

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TÍTULO DO ESTUDO: EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO NA AUTO-EFICÁCIA DE AMAMENTAR EXCLUSIVAMENTE

Prezada Senhora

Sou enfermeira e estou cursando Doutorado em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou convidando a senhora a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade, onde pretendo identificar os níveis de auto-eficácia no ato de amamentar e avaliar a incidência de aleitamento materno exclusivo das puérperas.

Caso você concorde em participar do estudo, eu realizarei uma entrevista durante seu período de internação na maternidade para a aplicação de dois formulários (escala e sócio-demográfico), este último abordando: antecedentes obstétricos, dados da gravidez atual/parto/puerpério, condições da mama, dados do nascimento e saúde do RN. Marcaremos ainda dois encontros: o primeiro com 2 semanas e o último com 4 semanas de vida, para avaliar a alimentação do bebê. Sua participação neste estudo é livre e exigirá em torno de 15 a 20 minutos em cada encontro. Ressaltamos a importância da sua participação para a melhoria do cuidado prestado à mulher em aleitamento materno.

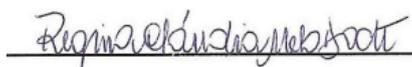
Dou-lhe a garantia de que as informações que obterei serão usadas apenas para a realização deste estudo e, também lhe asseguro que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Você tem o direito de sair do estudo em qualquer momento se assim desejar sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde, e finalmente lhe informo que os dados do estudo serão codificados e, portanto sua identidade não será revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você, nem prejuízo à sua saúde e no seu cuidado.

Sinta-se livre para perguntar durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (85) 3295-0152.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC, também poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3366 8569.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

***após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa.***



\_\_\_\_\_  
Assinatura da Puérpera

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Representante legal

## APÊNDICE A

## Instrumento de Coleta de Dados

Nº: \_\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

**I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA PUÉRPERA**

Prontuário da paciente:	Telefones:	
Controle do prontuário:	Leito:	
Nome:		
Endereço:		
Data de Nascimento: ____/____/____		
15. Idade:		15_____
16. Bairro:		16_____
17. Estado civil:	1. casada/união consensual 2. solteira 3. divorciada 4. viúva	17_____
18. Ocupação:	1. Estudante 2. Do lar 3. Empregada 4. Desempregada	
5. Aposentada 6. outra:	_____	18_____
19. Escolaridade (anos de estudo concluído):		19_____
20. Quantas pessoas moram na casa?		20_____
21. Casa	1. Alugada 2. Própria	21_____
22. Das pessoas que moram na casa, quantas ajudam no sustento da família?		22_____
23. Qual a renda aproximada da família?(em salários mínimos)		23_____
24. Fumante?	1. SIM 2. Fumante passiva (se reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes) 3. EX-fumante 4. NÃO	24_____
25. Bebida alcoólica:	1. sim, frequentemente 2. sim, só nos fins de semana 3. sim, raramente 4. deixei de beber por causa da gravidez 5. não	25_____
26. Conta com ajuda nas atividades domésticas?	1. NÃO 2. SIM	26_____
27. Em casa você tem um espaço reservado para amamentar?	1. NÃO 2. SIM	27_____
28. Em sua casa, qual a origem da água usada para preparar os alimentos ou lavar a louça?	1. Encanada (CAGECE) 2. Chafariz/bomba 3. Poço/cacimba 4. Outra, especificar	28_____
29. Existe pia com água e sabão no banheiro ou perto dele?	1. NÃO 2. SIM	29_____

**II - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

30. Número de gestações:		30_____
31. Número de filhos vivos:		31_____
32. Paridade:	1. Primípara 2. Secundípara 3. Multípara	32_____
33. Número de abortamentos:		33_____
34. Amamentou anteriormente os outros filhos?	1. NÃO 2. SIM	34_____

35. Caso SIM, por quanto tempo? _____mês(es)	35_____
36. Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos? 1. Sentiu obrigação 2. Desejou amamentar 3. Foi orientada 4. Recebeu apoio e ajuda 5. Outro: _____	36_____
37. Quais foram seus principais motivos para <b>NÃO</b> amamentar seus filhos? 1. Nunca desejou 2. Não recebeu orientação 3. Sentiu obrigação 4. Não teve apoio e ajuda 5. Outro: _____	37_____
38. Quais dificuldades surgiram durante a amamentação dos outros filhos? 1. Retorno ao trabalho 2. Produção de leite 3. Fissuras no mamilo 4. Mamilo invertido 5. Ingurgitamento 6. Mastite 7. Outro: _____	38_____
39. Fatores que influenciaram a interrupção precoce da amamentação. 1.( ) Influência das avós; 2.( ) Influência do marido; 3.( ) Trabalho da mãe; 4.( ) Leite fraco; 5.( ) Leite secou; 6.( ) Pouco leite; 7.( ) Introdução de chá, água; 8.( ) Bebê recusou; 9.( ) Dava cólicas no bebê; 10.( ) Medo dos seios caírem; 11.( ) Machucava o seio, incomodava; 12.( ) Ingurgitamento mamário; 13.( ) Traumas mamilares; 14.( ) Mastite; 15.( ) Mamilo invertido; 16.( ) Introdução de mamadeira; 17.( ) Não supria a fome do bebê; 18.( ) Perda de tempo; 19.( ) Desprazeroso 20.( ) Falta de informação 21.( ) Outros, especificar: _____	39_____

### III - DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL/ PARTO/ PUERPÉRIO

40. Gravidez Planejada? 1. NÃO 2. SIM	40_____
41. Realizou pré-natal? 1. NÃO 2. SIM	41_____
42. Nº de consultas realizadas:	42_____
43. Recebeu incentivo e orientações para AMAMENTAR? 1. NÃO 2. SIM	43_____
44. Quem incentivou/orientou? 1. Mãe 2. Avó 3. Agente de saúde 4. Enfermeiro 5. Obstetra 6. Outro: _____	44_____
45. Tipo de Parto: 1. Abdominal 2. Vaginal	45_____
46. Colocou RN no peito, IMEDIATAMENTE após o parto? 1. NÃO 2. SIM	46_____
47. Em que momento você colocou seu filho para mamar ao seio? 1. No dia seguinte 2. Ao chegar no AC 3. Quando foi descer do CO 4. Na SR 5. Na sala de parto 6. Outro: _____	47_____

CO – Centro Obstétrico

SR – Sala de Recuperação

AC – Alojamento Conjunto

**IV - CONDIÇÕES DA MAMA / PERCEPÇÕES QUANTO AO ALEITAMENTO**

48. Mamas encontram-se:      1. Flácidas    2. Túrgidas    3. Ingurgitadas	48_____
49. Aspectos do mamilo    1. Falso invertido    2. Invertido    3. Plano 4. Curto    5. Protuso	49_____
50. Presença de colostro?    1. NÃO    2. SIM	50_____
51. Produção do colostro é suficiente?    1. NÃO    2. SIM	51_____
52. Quando o RN suga você percebe sinais de ejeção do leite (fisgada/vazamento)? 1. NÃO    2. SIM	52_____
53. Quando o bebê veio para ficar com você, como foi a reação do bebê na amamentação? 1. Ficou muito irritado, chorou muito e deram logo leite artificial 2. Não ficou interessado no peito 3. Estranhou um pouco, mas depois mamou direitinho. 4. Ótima, pegou logo o peito. 5. Outro:_____	53_____
54. E atualmente, como o bebê se comporta na hora de mamar? 1. Precisa de ajuda para colocar o RN no peito 2. Se irrita um pouco na hora de mamar 3. Aceita bem a mama, mama toda hora 4. Outro:_____	54_____
55. Quantas vezes você amamenta seu bebê por dia? (frequência diária)	55_____
56. Você está satisfeita com a amamentação?    1. NÃO    2. SIM	56_____
57. Por que? 1. Porque não poderei sair na hora que eu quero pois o bebê precisa mamar 2. Porque me sinto muito sozinha, ninguém me ajuda 3. Porque dói, meu peito está machucado 4. Porque gosto de estar perto e cuidar do (a) meu (minha) filho (a) 5. Porque é mais fácil amamentar, o leite está pronto, não precisa preparar 6. Porque meu bebê fica calmo e será mais saudável 7. Outro:_____	57_____
58. Você pretende amamentar seu filho?    1. NÃO    2. SIM	58_____
59. Em caso afirmativo, quanto tempo você pretende amamentar?	59_____
60. Você pretende trabalhar fora de casa?    1. SIM    2. NÃO	60_____
61. Após quanto tempo (mês) você pretende voltar a trabalhar? (Se a resposta for NÃO PRETENDO, colocar 0)	61_____
62. Quando você voltar a trabalhar pretende continuar amamentando?    1. NÃO    2. SIM	62_____
63. Se for trabalhar com quem irá ficar o filho?	63_____

**APÊNDICE B****(PERGUNTAS AO TELEFONE):**

64. Você foi visitada por alguém nos primeiros 15 dias após o parto?

- 1) NÃO                      2. SIM

65. Caso resposta positiva, recebeu orientações sobre AM?

- 1) NÃO                      2. SIM

66. Quantas vezes foram ao posto de saúde? \_\_\_\_\_

67. Qual motivo?

1. Doença                  2. Vacinas                  3. Puericultura

68. O que seu bebê está comendo hoje?

1. Aleitamento Materno Exclusivo (AME): a criança recebe somente leite materno sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos;
  2. Aleitamento Materno (AM): a criança recebe leite materno e quaisquer outros líquidos ou alimentos;
  3. Alimentação com mamadeira: a criança recebe qualquer líquido ou alimento semissólido em mamadeira
-

# ANEXOS

## ANEXO A

## ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA ABREVIADA

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

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

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

## ANEXO B

## PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND  
Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08  
GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br  
CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO CEP/MEAC Nº 136/08

Fortaleza, 01 de dezembro de 2008.

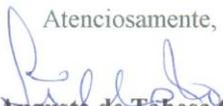
**Protocolo nº 42/08****Pesquisador responsável:** Regina Cláudia Melo Dodt**Deptº/Serviço:** Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará**Título do Projeto:** Efeito da intervenção educativa em puérperas no alojamento conjunto na auto-eficácia de amamentar exclusivamente

Levamos ao conhecimento de V. Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 09 de julho de 2008.

A Pesquisadora deverá comparecer ao NESAR para a confecção dos crachás, munido desse documento.

Igualmente, informamos que a mesma deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

  
**Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado**  
Coordenador do CEP-MEAC/UFC

*Dr. Sérgio Augusto Quesado*  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
CEP/MEAC/UFC

Ilma. Sra.  
Regina Cláudia Melo Dodt  
Av. Heróis do Acre, 50/104 – Ed. Passaré II  
Passaré  
CEP 60.743-760  
E-mail: reginadodt@yahoo.com.br