



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

ANDRESSA PERIPOLLI RODRIGUES

**ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO EM SESSÃO GRUPAL
COM PUÉRPERAS PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR**

FORTALEZA

2015

ANDRESSA PERIPOLLI RODRIGUES

ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO EM SESSÃO GRUPAL COM
PUÉRPERAS PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR

Tese de Doutorado apresentada a Banca Examinadora 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. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

Coorientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

FORTALEZA

2015

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

-
- R611e Rodrigues, Andressa Peripolli.
Ensaio clínico controlado e randomizado em sessão grupal com puérperas para promoção da autoeficácia em amamentar / Andressa Peripolli Rodrigues. – 2015.
117 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes.
Coorientação: Prof.^a Dr.^a Stela Maris de Mello Padoin.
1. Aleitamento Materno. 2. Autoeficácia. 3. Promoção da Saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

ANDRESSA PERIPOLLI RODRIGUES

ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO EM SESSÃO GRUPAL COM
PUÉRPERAS PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAR

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

Aprovada em: 09/12/15

BANCA EXAMINADORA



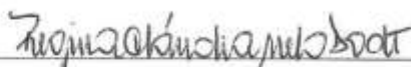
Prof.ª Dr.ª Lorena Barbosa Ximenes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



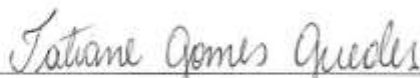
Prof.ª Dr.ª Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará (UFC)



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



Prof.ª Dr.ª Regina Cláudia Melo Dodt
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)



Prof.ª Dr.ª Tatiane Gomes Guedes
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa, agradeço carinhosamente...

A **Deus**, por iluminar o meu caminho, me dar saúde e força nesta caminhada.

À minha **mãe Ana e meu pai André** (*in memoriam*) pelos ensinamentos, compreensão, carinho e apoio ao longo dessa caminhada, sempre acreditando em mim.

Ao meu **marido Pablo** pelo companheirismo, amor e amizade, e pelo incentivo ao concluir essa etapa em minha vida profissional. Sua família também foi essencial para superar os desafios enfrentados ao longo desse período.

Às minhas amigas **Greice Pieszak e Tatiane Trojahn**, pelas conversas, companheirismo e amizade sincera.

À minha querida orientadora **Dra. Lorena**, por ter confiado a mim esse desafio, pelos ensinamentos que me proporciona a cada momento de convivência, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo carinho que sempre dispensou a mim.

À minha coorientadora **Dra. Stela Maris**, pela oportunidade de convivência desde a graduação, pelas orientações, compreensão e carinho.

À **Ludmila Alves do Nascimento e Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras** por terem me acolhido e me permitido a caminhada ao lado de vocês durante as disciplinas. Obrigada pela generosidade, confiança e carinho de vocês.

Aos membros do grupo de pesquisa **Enfermagem na Promoção e Educação em Saúde da Família e da Criança**, pela troca de conhecimentos e apoio nessa trajetória “longe de casa”.

Ao grupo de pesquisa **Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade**, pela oportunidade de convivência, mesmo não estando de corpo presente, em muitas vezes. Em especial, agradeço as auxiliares de pesquisa **Tatiane Trojahn, Larissa Borges, Marília Bick e Jaqueline Arboit** que contribuíram para o desenvolvimento do estudo.

A **Dra. Regina Claudia Melo Dodt** que prontamente cedeu a tecnologia educativa utilizada na presente tese.

Ao **Dr. Paulo César de Almeida** pela disponibilidade e colaboração na análise estatística do banco de dados.

Aos membros dessa banca, **Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, Dr. Paulo César de Almeida, Dra. Regina Claudia Melo Dodt, Dra. Tatiane Gomes Guedes, Dra. Priscila de Souza Aquino e Dra. Marly Javorski**, pelo aceite ao convite e pelas valiosas contribuições.

A todos os **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC** que contribuíram e contribuem para a formação de novos Doutores em Enfermagem.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa de doutorado que possibilitou a minha dedicação exclusiva durante seu período de vigência.

À **Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)** e todos os profissionais que lá atuam por possibilitarem a realização desse estudo.

A todas as **mulheres** que aceitaram participar do estudo e que disponibilizaram seus contatos telefônicos para a realização do acompanhamento.

Por fim, **agradeço a todos** que, embora não mencionados, contribuíram de alguma maneira para que este sonho pudesse ser realizado, colaborando direta ou indiretamente ao longo desse processo de crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo. Trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado, com 104 puérperas no grupo intervenção (GI) e 104 no controle (GC). A intervenção caracterizou-se pela utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” no GI, aplicado em sessão grupal. A coleta de dados foi realizada no alojamento conjunto e por contato telefônico em seis momentos, aos 15 dias após o parto e mensalmente até os 120 dias. O local de recrutamento das participantes foi a Unidade Toco-Ginecológica de um hospital de referência para a região centro-oeste do Rio Grande do Sul no atendimento ao parto e nascimento. Foi utilizada a Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) para mensurar os escores de autoeficácia em amamentar, além de formulários com dados sociodemográficos, antecedentes obstétricos, gestação atual, parto, nascimento e dados da criança até os 120 dias de vida. Garantiu-se o cegamento dos quatro auxiliares de pesquisa na coleta dos dados. Compararam-se as médias da escala pelos testes t de *Student*, *Mann-Whitney* e ANOVA. As associações entre a autoeficácia e as variáveis categóricas foram analisadas pelas razões de chances e pelos testes de χ^2 , razão de verossimilhança e de χ^2 para tendência linear em proporções. Encontrou-se maior percentual de mulheres com autoeficácia alta ao longo do período de acompanhamento no grupo intervenção ($p=0,002$) e um aumento da média dos escores de autoeficácia nesse grupo no período de acompanhamento ($p<0,05$). A prática do aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após o parto foi superior no grupo intervenção, com chance de amamentar exclusivamente de 1,75 (0,75 - 4,04) vezes no grupo de puérperas que receberam a intervenção educativa. Observaram-se maiores índices de oferta do aleitamento materno no grupo intervenção, mantendo-se acima dos 52% em todo o acompanhamento. A mudança do aleitamento materno exclusivo para outros alimentos no grupo intervenção foi 1,8 (0,3 - 9,7) vezes mais elevada na faixa etária até 19 anos e 1,3 (0,5 - 3,7) vezes para as primíparas; no grupo controle a chance de oferecer outro alimento foi 1,4 (0,5 - 3,8) vezes superior nas primíparas. No grupo intervenção, a média de autoeficácia em amamentar foi superior quando associada ao aleitamento materno exclusivo aos 30 e 90 dias de acompanhamento. Conclui-se que os escores de autoeficácia em amamentar foram mais elevados no GI, desde o alojamento conjunto até os 120 dias após o parto. Assim, houve modificação ou reforço da autoeficácia materna em amamentar com a utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” em sessão grupal, repercutindo na oferta de aleitamento materno exclusivo ao longo do período de estudo.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Autoeficácia. Promoção da Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluating the effectiveness of educational strategy in group session from the use of the flipchart "I can feed my child" in the promotion of self-efficacy in breastfeeding and exclusive breastfeeding. It is a controlled, randomized clinical trial, with 104 mothers in the intervention group (IG) and 104 in the control group (CG). The intervention was characterized by the use of the flipchart "I can feed my child" in GI, applied in group session. Data collection was carried out in the rooming and by telephone accommodation in six times to 15 days after birth and monthly until 120 days. The place of recruitment of participants was the Toco-gynecological Unit of a referral hospital for the Midwest region of Rio Grande do Sul in labor and birth attendance. It used the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF) to measure the scores of self-efficacy in nursing, as well as forms with sociodemographic, obstetric history, current pregnancy, parturition, and birth and child data to 120 days of life. It was assured the blinding of the four research assistants in data collection. There was compared to the average range by Student t test, Mann-Whitney and ANOVA. The associations between self-efficacy and categorical variables were analyzed by odds ratios and the test X^2 , likelihood ratio and of X^2 for linear trend in proportions. There was found a higher percentage of women with high self-efficacy during follow-up period in the intervention group ($p = 0.002$) and an increase in average self-efficacy scores in that group at follow-up ($p < 0.05$). The practice of exclusive breastfeeding at 120 days after birth was higher in the intervention group, with chance to exclusively breastfeed 1.75 (0.75 to 4.04) times in the postpartum group who received the educational intervention. There were observed higher offer breastfeeding rates in the intervention group and remained above 52% throughout the monitoring. The change of exclusive breastfeeding for other foods in the intervention group was 1.8 (0.3 to 9.7) times higher in the age group up to 19 years old and 1.3 (0.5 to 3.7) times for primiparous women; in the control group the chance to offer other food was of 1.4 (0.5 to 3.8) times higher in primiparous. In the intervention group, the average self-efficacy in nursing was higher when associated with exclusive breastfeeding at 30 and 90 days of follow-up. We conclude that the scores of self-efficacy in nursing were higher in the GI from the rooming until 120 days after birth. Thus, there was modification or enhancement of maternal self-efficacy in nursing using the flipchart "I can feed my child" in group session, reflecting the offer of exclusive breastfeeding during the study period.

Keywords: Breast feeding. Self efficacy. Health promotion. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das puérperas de acordo com os grupos de estudo. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	49
Tabela 2. Características obstétricas, da gestação atual e de amamentação das puérperas de acordo com os grupos de estudo. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.	50
Tabela 3. Características do parto, nascimento e alimentação do recém-nascido de acordo com os grupos de estudo. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	51
Tabela 4. Comparação dos escores de autoeficácia em amamentar entre os grupos do estudo durante os momentos de acompanhamento. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	52
Tabela 5. Comparação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar entre os grupos de estudo e entre os momentos do acompanhamento. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	53
Tabela 6. Efeito da intervenção na ocorrência de aleitamento materno exclusivo entre os grupos intervenção e controle aos 120 dias. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.	54
Tabela 7. Comparação do padrão alimentar das crianças entre os grupos do estudo no período de acompanhamento. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	54
Tabela 8. Fatores associados ao padrão alimentar da criança, segundo as variáveis sociodemográficas, obstétricas e da gestação e parto atuais, Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	56
Tabela 9. Análise das médias de acordo com a autoeficácia em amamentar e padrão alimentar da criança ao longo do acompanhamento. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Diagrama representando o fluxo dos participantes em cada etapa do estudo. Santa Maria/ RS, Brasil, 2015.....	44
Gráfico 1. Tendência de elevação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar de acordo com os grupos do estudo durante os momentos de acompanhamento. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	52
Gráfico 2. Comparação da taxa de aleitamento materno entre os grupos do estudo durante o período de acompanhamento. Santa Maria, RS/Brasil, 2015.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form</i>
GI	Grupo Intervenção
GC	Grupo Controle
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
POP	Procedimento Operacional Padrão
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Aleitamento materno e a sua relação com a autoeficácia em amamentar....	13
1.2	Intervenção educativa em sessão grupal: possibilidade para promover a autoeficácia materna em amamentar.....	23
2	OBJETIVOS.....	30
2.1	Objetivo geral.....	30
2.2	Objetivos específicos.....	30
3	HIPÓTESES.....	31
3.1	Hipóteses H0.....	31
3.2	Hipóteses H1.....	31
4	MÉTODO.....	32
	Tipo de estudo.....	32
	Participantes do estudo.....	32
	Instrumentos de coleta de dados.....	34
	Intervenção.....	35
	<i>Primeira fase.....</i>	<i>36</i>
	<i>Segunda fase.....</i>	<i>36</i>
	<i>Terceira fase.....</i>	<i>40</i>
	<i>Quarta fase.....</i>	<i>41</i>
	Variáveis do estudo.....	41
	Variáveis dependentes.....	41
	Variáveis independentes.....	42
	Tamanho amostral.....	43
	Randomização.....	45
	Cegamento.....	45
	Estudo piloto.....	46
	Análise estatística.....	46
	Aspectos éticos.....	47
5	RESULTADOS.....	49
6	DISCUSSÃO.....	58
7	CONCLUSÕES.....	73

8	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	75
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICES.....	91
	ANEXOS.....	111

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aleitamento materno e a sua relação com a autoeficácia em amamentar

O organismo da mulher, desde o momento da concepção, sofre alterações funcionais e morfológicas para preparar a produção do leite materno, que é o alimento mais completo a ser oferecido ao recém-nascido. Nesse sentido, o aleitamento materno é considerado uma intervenção isolada em saúde pública com o maior potencial para a diminuição da mortalidade na infância (TOMA; REA, 2008), uma vez que a composição do leite humano apresenta elementos protetores à saúde do neonato que se configuram em fatores imunológicos passados da mãe para o filho.

Além da proteção, o leite humano contém inúmeros fatores bioquímicos e células imunocompetentes, que interagem entre si e com a mucosa dos sistemas digestivo e respiratório do recém-nascido. Essas características conferem não apenas imunidade passiva, mas estímulo ao desenvolvimento e maturação do próprio sistema imune da criança (BRASIL 2009a; ALBUQUERQUE et al., 2010; PASSANHA; CERVATO-MANCUSO; SILVA, 2010; STRASSBURGER et al., 2010).

A amamentação logo após o parto garante eficaz controle da temperatura do recém-nascido, aumenta os níveis de glicose que se apresentam reduzidos logo que nascem e proporciona a diminuição do choro do recém-nascido (MARTINS; SANTANA, 2013; SRIVASTAVA et al., 2014). Em longo prazo, as crianças amamentadas apresentam médias mais baixas de pressão sanguínea e de colesterol total, melhor desempenho em testes de inteligência, e as prevalências de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 também são reduzidas (TOMA; REA, 2008; BRASIL, 2009a, 2009b).

Relacionado ao aspecto psicológico, a amamentação favorece o desenvolvimento da personalidade da criança, uma vez que as crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranquilas e se socializam mais facilmente durante a infância. Além dos benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais, o aleitamento materno também tem efeitos positivos na saúde fonoaudiológica da criança, pois está relacionado ao adequado crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor-oral do recém-nascido (MARTINS; SANTANA, 2013).

A amamentação também proporciona benefícios para a mulher, como o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e menor sangramento uterino pós-parto devido a

involução uterina que é acelerada pela amamentação (ação da ocitocina que é estimulada pela sucção da criança no seio materno), reduzindo os índices de hemorragia e de anemia após o parto. Além disso, reduz o risco de diabetes e de câncer de mama e útero, diminuição das fraturas ósseas por osteoporose, e ainda, se a amamentação for exclusiva, pode ser um método contraceptivo natural, proporcionando maior espaçamento intergestacional (BRASIL, 2008a; 2009a, 2009b; TOMA; REA, 2008; IMDAD; YAKOOB; BHUTT, 2011; MARTINS; SANTANA, 2013).

Para o binômio mãe-filho, o aleitamento materno promove o vínculo e o apego de ambos por meio desse contato afetivo, que se inicia na concepção e se fortalece com a amamentação. O contato íntimo garantido pela amamentação estabelece forte laço da mãe com o filho e facilita a comunicação, fazendo com que ela compreenda mais rapidamente as necessidades do filho (TOMA; REA, 2008; BRASIL 2009b; MATOS et al., 2010; MARTINS; SANTANA, 2013).

O ato de amamentar também oferece aconchego à criança e permite o contato pele a pele que irá promover a troca de sentimento e de prazer, satisfazendo e suprimindo a separação abrupta ocorrida no momento do parto (MARTINS; SANTANA, 2013; SRIVASTAVA et al., 2014). Outros benefícios da amamentação incluem a praticidade e a isenção de despesas com substitutos do leite materno (BRASIL 2009a, 2009b; MARTINS; SANTANA, 2013), além de contribuir para a redução da poluição ambiental uma vez que menos lixo orgânico proveniente do consumo de bicos artificiais e mamadeiras será depositado no meio ambiente (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009).

Diante destas vantagens, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a amamentação se mantenha exclusiva até os seis meses e seja complementada até os dois anos ou mais de idade (WHO, 2002). Dessa forma, o aleitamento materno está incluído nas prioridades para a produção do conhecimento, conforme a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde de 2008, que é um instrumento que aponta as prioridades de pesquisa em saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, respeitando as necessidades nacionais e regionais (BRASIL, 2008b).

No contexto internacional, o índice de crianças em aleitamento materno exclusivo de 0 a 3 meses, nos anos de 1990 a 1996, foi de 44%, número que se iguala ao de países em desenvolvimento e que fica abaixo do índice dos países menos desenvolvidos, que foi de 46% (UNICEF, 1998). No período de 2000 a 2007, as taxas de aleitamento materno exclusivo diminuíram, verificando-se a prevalência de 38% em menores de seis meses. Esse percentual

se iguala ao de países em desenvolvimento e chega bem próximo ao de países menos desenvolvidos com prevalência de 37% (UNICEF, 2009).

Em contraponto, no Brasil os índices de aleitamento materno vêm aumentando gradualmente, porém encontram-se abaixo do considerado satisfatório para esta prática (BRASIL, 2009b). Verificou-se aumento da prevalência de aleitamento materno em menores de quatro meses, de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008; e foi constatada prevalência de 41% de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses em 2008 (BRASIL, 2012).

Nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, as prevalências de amamentação na primeira hora de vida foram superiores à média nacional (67,7%), porém no Sudeste muitos municípios estão abaixo dessa média. Já a maioria dos municípios da região Centro-Oeste apresentou prevalência superior à média do Brasil, exceto Goiânia (66,7%) (BRASIL, 2009b). Em relação a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, as regiões centro-oeste, norte e sul apresentaram prevalência superiores à média nacional (41%) (BRASIL, 2010).

Na região Sul do Brasil, os índices de aleitamento materno subiram de 38,2% em 1999 para 49,5% em 2008. No entanto, com 60 dias de vida o índice de aleitamento materno exclusivo é de 49,7% e com 120 dias reduz para 24,5%. Especificamente no município de Santa Maria, localizado no estado do Rio Grande do Sul, foi identificada taxa de 34,18% de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses, o que evidencia os baixos índices dessa prática na região (BRASIL, 2009a).

No que diz respeito a prática do aleitamento materno no Brasil, cabe destacar que desde a década de 1980, o Ministério da Saúde vem investindo em programas e políticas de saúde a favor da amamentação, juntamente com órgãos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), a OMS e a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) (ISSLER, 2008). Outra evidência dos esforços foi a participação brasileira na edição da *Innocenti Declaration* (1990) durante encontro promovido pela OMS e UNICEF na Itália. Essa declaração se configurou como importante documento para a história da amamentação, pois se resgatou o direito da mulher amamentar e foi idealizada a estratégia Iniciativa Hospital Amigos da Criança com os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (ISSLER, 2008).

Associado a isso, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito Objetivos do Milênio, que devem ser atingidos por todos os países participantes até 2015. Dentre esses objetivos, estão a redução da

mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna que podem ser influenciados diretamente por meio de ações e estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (ONU, 2000).

A Política Nacional de Aleitamento Materno, instituída nos anos 2000, teve destaque internacional pela sua diversidade de ações e, desde então, algumas intervenções visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vem sendo implementadas. Esta política constitui-se da Rede Amamenta e Alimenta Brasil (estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento e alimentação complementar saudável), da Rede Cegonha (assegurar à mulher o planejamento reprodutivo e à atenção humanizada da gravidez ao puerpério, bem como à criança o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis), do Hospital Amigo da Criança (unidades que se tornam referência em amamentação para seu município, região e estado), de ações de proteção legal ao aleitamento (Licença maternidade, licença paternidade, salas de apoio à amamentação) e de mobilização social, como a Semana Mundial da Amamentação. Além disso, o Brasil possui a maior Rede de Bancos de Leite Humano do mundo, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil (ISSLER, 2008; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2011; BRASIL, 2013a, 2013b).

Diante disso, reconhecendo a promoção à saúde como um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam as políticas de saúde em todo o mundo (JACKSON et al., 2011), é destacada a autoeficácia como um de seus conceitos e princípios fundamentais relevante para o enfrentamento dos desafios contemporâneos na promoção da saúde. Esse conceito pode ser utilizado para determinar como as pessoas sentem, pensam, são motivadas e comportam-se diante de determinada situação, demonstrando quanto esforço e tempo os indivíduos vão utilizar para transpor um obstáculo ou uma experiência negativa (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006). Dessa forma, a autoeficácia por ser um elemento modificável, pode promover uma mudança comportamental favorável à saúde (SOUZA; SILVA; GALVÃO, 2002).

O conceito de autoeficácia remete a crença na habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas atividades ou comportamentos que produza um resultado desejável (BANDURA, 1977, 2012). Esse conceito foi elaborado por Albert Bandura por meio da Teoria Social Cognitiva, a qual explica o comportamento humano como sendo um modelo de reciprocidade triádica em que a conduta, os fatores pessoais internos e o ambiente externo atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos (BANDURA, 1989; MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006; CAVALCANTI, 2009).

Nessa lógica, o comportamento humano é o resultado de uma constante interação entre o homem e o meio, em que o indivíduo torna-se agente e receptor das situações que ocorrem no seu meio, modificando-as e criando ambiente propício para o alcance de seus resultados. Além disso, essas situações também influenciam os seus pensamentos, as suas emoções e os seus comportamentos futuros (BANDURA, 1989; MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006; CAVALCANTI, 2009).

As crenças de autoeficácia são um conjunto de julgamentos que cada pessoa tem sobre sua própria capacidade em organizar e executar ações específicas em determinadas situações. Ela não se refere às habilidades próprias em si mesmas, mas aos julgamentos de valor sobre o que cada um pode fazer ou se sente capaz de fazer com suas próprias habilidades (GEORGE, FELTZ, 1995; BANDURA, 1986, 1997, 2012; BLANCO, 2010).

Dessa forma, a percepção de uma pessoa sobre sua autoeficácia em executar uma tarefa resulta em parte de um processo psicológico que envolve a sua experiência passada e o seu contexto social (BANDURA, 1986). Nesse sentido, as mulheres que já vivenciaram experiências de amamentação irão reagir de forma diferente daquelas que nunca a vivenciaram, assim como também serão fortemente influenciadas por outras pessoas (familiares, amigos e profissionais da saúde) e pelo contexto social em que estão inseridas.

Na amamentação, a autoeficácia é representada pela crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (ORÍÁ; XIMENES, 2010). Assim, as crenças de autoeficácia podem influenciar o julgamento da mulher a respeito de sua habilidade para iniciar, transpor as dificuldades quando necessário e manter o aleitamento materno, por isso a autoeficácia pode influenciar no desmame precoce, podendo ser modificável (DENNIS, 1999; DUNN et al., 2006; CYRILLO et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010).

A crença de autoeficácia é construída a partir das expectativas de eficácia e das expectativas de resultado. A expectativa de eficácia é a convicção de que a pessoa pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados, e a expectativa de resultado é a estimativa que a pessoa faz de que um determinado comportamento levará a determinado resultado (BANDURA, 1977, 2012).

Com isso, as expectativas de resultado e de eficácia diferenciam-se, pois os indivíduos podem acreditar que determinada ação conduz a um determinado resultado, mas, se não se sentirem confiantes em relação à sua capacidade para realizá-la, a crença inicial não irá influenciar o seu comportamento (SOUZA; SOUZA, 2004). Isso explica o fato de que muitas mulheres, apesar de conhecerem a técnica e os benefícios do aleitamento materno, não

conseguem amamentar exclusivamente até os seis meses de vida da criança, pois apenas o conhecimento não garante à mulher a confiança necessária para manter a amamentação (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Os indivíduos formam suas crenças de autoeficácia interpretando informações de quatro fontes principais (experiência de domínio ou pessoal, experiência vicária, persuasão social ou verbal, e estados somáticos e emocionais ou fisiológicos). A fonte mais influente é a experiência de domínio ou pessoal que se refere a interpretação do resultado do comportamento anterior, em que o indivíduo interpreta o resultado dos seus atos e utiliza essa interpretação para desenvolver crenças sobre sua capacidade de participar de tarefas e atividades subsequentes, agindo de acordo com as crenças criadas. Os resultados que são interpretados como bem-sucedidos aumentam a autoeficácia, enquanto os que são interpretados como fracasso a reduzem (BANDURA, 1977, 2012; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Outra fonte é por meio da experiência vicária, a partir da observação de outras pessoas executando as tarefas. Os indivíduos que não estão certos de suas próprias capacidades ou quando tiveram pouca ou nenhuma experiência anterior, eles se tornam mais sensíveis à essa fonte, que por meio da modelação se torna particularmente relevante (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Os indivíduos também criam e desenvolvem suas crenças de autoeficácia por meio de persuasões sociais que sofrem de outras pessoas, podendo envolver a exposição a julgamentos verbais que os outros fazem. Nesse contexto, os persuasores efetivos são aqueles que cultivam as crenças das pessoas em suas capacidades, garantindo que o sucesso imaginado é alcançável (BANDURA, 1977; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

E, como última fonte, têm-se os estados somáticos e emocionais, como a ansiedade, o estresse, a excitação e os estados de humor. No momento em que as pessoas têm pensamentos negativos e temores sobre suas capacidades, as reações afetivas podem reduzir as percepções de autoeficácia e desencadear mais estresse e agitação, que ajudam a causar um desempenho inadequado e temido. Uma forma de aumentar as crenças de autoeficácia a partir dessa fonte é promover o bem-estar emocional e reduzir estados emocionais negativos (BANDURA, 1977, 2012; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Ao serem abordadas as fontes para a construção das crenças de autoeficácia em amamentar, pode-se afirmar que a experiência anterior com a amamentação servirá como um indicador de habilidade, uma vez que se a mulher já amamentou anteriormente e foi bem sucedida, ela estará mais segura quanto ao seu desempenho e 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 (DENNIS; FAUX, 1999; SALVETTI; PIMENTA, 2007; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

A experiência vicária se configurará pela observação de outras mulheres que amamentam ou têm experiência com a amamentação, alterando as crenças por meio da comparação com as conquistas dos outros. Assim, por exemplo, no alojamento conjunto as mulheres podem trocar experiências, observar o desempenho uma das outras, tirar dúvidas e encorajar-se mutuamente, tornando-as naturalmente mais confiantes, seguras e auxiliando aquelas menos habilidosas (DENNIS; FAUX, 1999; SALVETTI; PIMENTA, 2007; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

No caso da persuasão social, esta se conforma pelo incentivo e convencimento da mãe de que ela tem as capacidades necessárias para amamentar; no ambiente hospitalar toda a equipe deve estar sensibilizada a encorajar o aleitamento materno e apoiar a mulher nesse processo, por meio de orientações individuais ou em grupo que estimulam e reforçam a importância da amamentação. Salienta-se, ainda, que essa estratégia só terá êxito se for considerado o momento adequado e a vontade da mulher, pois para que a informação seja apreendida é necessário o desejo de obtê-la (DENNIS; FAUX, 1999; SALVETTI; PIMENTA, 2007; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

Os estados somáticos e emocionais se configuram no julgamento da mulher a respeito da sua capacidade, força e vulnerabilidade para amamentar (dor, ansiedade e fadiga). Dessa forma, minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade e o medo, melhora a percepção de autoeficácia e o desempenho diante da amamentação, uma vez que as repercussões do parto sobre a mulher no período puerperal, além de afetar as condições físicas há o impacto emocional, requerendo uma atenção adequada e individualizada (DENNIS; FAUX, 1999; SALVETTI; PIMENTA, 2007; DODT, 2011; UCHOA, 2012).

Considerando a importância do enfoque no aleitamento materno, ao investigar a confiança materna em sua habilidade de amamentar, a enfermeira canadense Dennis (1999) fundamentou-se na Teoria de Autoeficácia para estudar a confiança da mulher em relação a amamentação e desenvolveu, em conjunto com Faux, um instrumento, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), escala com 33 itens divididos em dois domínios técnico e pensamento intrapessoal. (DENNIS; FAUX, 1999). Esta escala foi desenvolvida a partir da Teoria de Autoeficácia, uma vez que a teoria defende a ideia de que o indivíduo possui capacidades que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Mesmo a escala BSES apresentando alto índice de confiabilidade, foram identificadas redundâncias em alguns itens da escala, sendo esta reduzida para 14 itens dando origem a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form* (BSES-SF) (DENNIS, 2003). A BSES-SF já foi traduzida e aplicada em diversos países como Canadá (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN; 2011; McQUEEN et al., 2011; THOMSON et al., 2009; MOSSMAN et al., 2008; SEMENIC; LOISELLE; GOTTLIEB, 2008; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007; NOEL-WEISS, et al., 2006), Estados Unidos da América (MULDER; JOHNSON, 2010; MCCARTER-SPAUDING; DENNIS, 2010; MCCARTER-SPAUDING; GORE 2009; POLLARD; GUILL, 2009), Turquia (ALUŞ TOKAT; OKUMUŞ; DENNIS, 2010), Japão (AWANO; SHIMADA, 2010; OTSUKA et al., 2008), Portugal (SANTOS; BÁRCIA, 2009); Austrália (NICHOLS et al., 2009), Reino Unido (GREGORY et al., 2008), Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007), Espanha (ROIG et al., 2012), China (IP et al., 2012), Croácia (BOSNJAK et al., 2012), Suécia (GERHARDSSON et al., 2014) e Itália (PETROZZI, GAGLIARDI, 2016).

No Brasil, a BSES foi traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa por Oriá e colaboradores (2009) e a versão reduzida (BSES-SF) foi validada por Dodt et al (2008; 2012), que já tem sido utilizada por outros autores (TAVARES et al., 2010; ZUBARAN et al., 2010; ZUBARAN; FORESTI, 2011; RODRIGUES et al., 2014; JAVORSKI, 2014). A BSES-SF é considerada um instrumento de medida que pode ser utilizada clinicamente para identificar mulheres com risco de interrupção precoce do aleitamento materno e que necessitam de alguma intervenção (DENNIS, 2003; DAI; DENNIS, 2003; CREEDY et al., 2003; TORRES et al., 2003; WUTKE; DENNIS, 2007; ORIÁ et al., 2009).

A autoeficácia em amamentar influenciará na escolha de amamentar o filho ou não, no esforço e na persistência que a mulher irá dispensar, interferindo em seus padrões de pensamento e nas suas reações emocionais. Com isso, estabelece-se um comportamento que será iniciado e mantido de acordo com a interpretação de cada indivíduo.

Nesse sentido, quando uma mãe desenvolve a crença de que ela pode prestar um cuidado adequado ao seu filho, mesmo que haja dificuldade, ela estará mais susceptível a realizar as tarefas com êxito e perseverança, demonstrando reações positivas (PRASOPKITTIKUN; TILOKSKULCHAI, 2010). Pesquisadores apontam que mães com elevada autoeficácia estão mais propensas a iniciar o aleitamento materno e persistir mesmo diante de dificuldades, por meio de pensamentos de autopromoção e fazendo da dificuldade um desafio positivo (SANTOS, 2008; DODT, 2008; ORIÁ, 2008; OTSUKA et al., 2008;

GREGORY et al., 2008; ORIÁ et al., 2009; MCCARTER-SPAULDING; DENNIS, 2010; TAVARES et al., 2010; ZUBARAN et al., 2010).

No entanto, diversos fatores podem interferir na autoeficácia em amamentar, que dificultam não só o início do aleitamento materno, mas, principalmente, a sua manutenção, tornando-se fundamental o acompanhamento das mulheres após o parto, a fim de evitar o desmame dos seus filhos. Ainda, para que a mulher tenha autoeficácia na amamentação, os profissionais e as instituições devem promover o aleitamento materno, a partir da identificação das dificuldades que possam emergir na prática, traçando intervenções que possibilitem o aumento da autoeficácia materna.

Estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul apontou que as mulheres apresentaram elevada autoeficácia, o que indica que elas sentem-se confiantes em amamentar seus filhos logo após o parto (RODRIGUES et al., 2014). No entanto, conforme apontado anteriormente, a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, no local onde foi realizado o estudo, é de 34,2% (BRASIL, 2009a), o que indica a necessidade de utilização de estratégias que promovam a autoeficácia em amamentar, por ser um constructo que influencia essa prática.

Além disso, a autoeficácia em amamentar é considerada uma variável que pode ser modificada por meio de intervenções educativas e apoio social. Entretanto, a queda acentuada nas taxas de aleitamento materno durante as primeiras semanas de vida da criança representa uma lacuna nas ações educativas que promovem o aleitamento materno, e assim as mulheres necessitam mais do que informações, mas de ferramentas adequadas para que possam iniciar a amamentação e manter essa prática (EIDMAN, 2011).

Nesse contexto, além do uso de escalas para identificar a autoeficácia, autores de diversas áreas (ZAMBON; SOUZA; ROSE, 2012; JOVENTINO, 2013; WELLS et al., 2013; GARG et al., 2014; WEEKES; HAAS; GOSSELIN, 2014) têm utilizado tecnologias e programas que agregam a autoeficácia, no sentido de promover o empoderamento e a confiança dos indivíduos. A aplicação de tecnologias promotoras de empoderamento aumenta o conhecimento das pessoas e as colocam em posição de maior controle sobre sua saúde, que associada a autoeficácia, passam a ter possibilidade de mudar, de escolher e levar adiante um plano de mudança comportamental, uma vez que a autoeficácia está associada com comportamentos saudáveis (MENDES, 2012).

A implementação de estratégias de intervenção não só elevam a autoeficácia em amamentar como também aumentam a duração e a exclusividade do aleitamento materno (MCQUEN et al., 2011). Nessa direção, estudos têm sido realizados para avaliar o efeito de

intervenções educativas, construídas a partir do referencial da autoeficácia em amamentar, e a repercussão destas no aleitamento materno e na sua manutenção (NOEL-WEISS et al., 2006; AHMED, 2008; NICHOLS et al., 2009; MCQUEEN et al., 2011).

Diante da repercussão positiva que as intervenções educativas têm para a promoção de comportamentos saudáveis, foi construído e validado o álbum seriado intitulado “Eu posso amamentar o meu filho”, idealizado a partir da BSES-SF e do referencial da autoeficácia em amamentar (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012) que permite a promoção da autoeficácia materna em amamentar por meio de uma intervenção educativa (DODT et al., 2013; JAVORSKI, 2014). Tal material foi validado quanto a sua aparência e conteúdo, por meio da apreciação de um comitê composto por juízes na área da enfermagem, evidenciando a pertinência e a validade do material, caracterizando-o como um instrumento apto para ser utilizado na prática clínica (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012).

Além disso, o referido álbum também foi validado junto a pessoas leigas, viabilizando o seu julgamento quanto a relevância em relação ao seu conteúdo e aparência. Para a validação foi utilizado um instrumento elaborado e validado por dois especialistas na área da autoeficácia em amamentar, que evidenciou o álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” como um material válido e relevante para ser utilizado em intervenções educativas para promover a autoeficácia materna em amamentar (RODRIGUES et al., 2013).

Estudo que avaliou a eficácia do referido álbum seriado com gestantes no último trimestre da gravidez verificou que a autoeficácia materna para amamentar pode ser modificada ou consolidada mediante a intervenção educativa com o álbum seriado, já que foi possível aumentar os escores aferidos pela BSES-SF, tanto para primíparas como múltíparas. Além disso, o estudo constatou que o aumento da autoeficácia para amamentar repercutiu positivamente no aleitamento materno exclusivo ao longo do seguimento do estudo (até a 8ª semana pós-parto) (JAVORSKI, 2014).

Ao fazer uso do álbum seriado, a representação gráfica deste, por meio de figuras, faz com que as pessoas armazenem informações para orientar e modelar comportamentos (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Essa estratégia irá permitir às mulheres simbolizarem as situações vivenciadas por elas durante todo o processo de amamentação (DODT et al., 2013) e garantir que o profissional de saúde faça uso destas tecnologias como forma de qualificar o atendimento prestado.

Considerando que o álbum seriado tem sido utilizado tanto no período gestacional (JAVORSKI, 2014) quanto no puerpério (DODT et al., 2013), porém de maneira individualizada com as mulheres, é oportuno que se proponha sua utilização em sessão grupal.

Além disso, outros estudos que realizaram intervenção educativa para promover o aleitamento materno e que utilizaram como referencial a autoeficácia, também as aplicaram de maneira individualizada, o que reforça a necessidade de ampliação das intervenções educativas para um âmbito grupal (AHMED, 2008; NICHOLS et al., 2009; MCQUEEN et al., 2011; DODT et al., 2013; JAVORSKI, 2014).

Dessa forma, as tecnologias educativas podem ser utilizadas tanto individualmente quanto de maneira grupal, dependendo de alguns fatores como a garantia de um espaço de escuta atenta e sensível (DIAS; TAVARES, 2013), além do aprofundamento das discussões referentes às questões de saúde, pois discutir dificuldades e vivências semelhantes entre as pessoas amplia a compreensão acerca do seu problema e o compromisso para assumir mudanças, fazendo com que os participantes enfrentem suas limitações, por meio do resgate da autonomia (SOARES et al., 2009).

Assim, o grupo torna-se um espaço onde se articulam as dimensões social, subjetiva e biológica, tendo o diálogo como um instrumento essencial para o envolvimento dos sujeitos na construção do conhecimento, no desenvolvimento da autonomia e da co-responsabilização no cuidado e na promoção de saúde (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011). Ainda, a partir da interação entre os indivíduos e com o profissional da saúde torna-se possível identificar suas percepções e experiências (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009), permitindo ao profissional aprofundar e intervir naquilo que os próprios participantes do grupo apontaram como dificuldades ou obstáculos.

1.2 Intervenção educativa em sessão grupal: possibilidade para promover a autoeficácia materna em amamentar

O enfermeiro como educador ao desenvolver suas ações deve sistematizar o cuidado, dedicando-se não apenas aos agravos, mas estimulando a autonomia das pessoas (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009; NIETSCHE, 2009). Nesse contexto, as ações educativas devem ser construídas para viabilizar aos integrantes, acesso ao conhecimento, estimulando o desenvolvimento da autonomia e a resolução de problemas, fortalecendo seu potencial para agir como transformador de sua própria vida e multiplicador do conhecimento constituído (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009; CRISPIM, Z.M. et al., 2011).

Destaca-se que os materiais educativos são ferramentas importantes no cotidiano de trabalho do enfermeiro, pois permite a reflexão e a cooperação dos envolvidos no processo de

construção do conhecimento (SANTOS; LIMA, 2008). No entanto, o profissional, diante do seu papel de educador, deve utilizar este tipo de ferramenta de maneira adequada que incentive à formação de um ser humano autônomo e que busque a transformação de sua realidade.

Com a crescente evolução de tecnologias a partir das demandas da sociedade, torna-se possível o uso destes materiais no cotidiano de trabalho em instituições de saúde. A partir disso, o enfermeiro passa a ter informações disponíveis e a possibilidade de potencializar a aquisição dos conhecimentos, por meio do uso adequado de tecnologias da informação, da comunicação e de outras que possam colaborar no cuidado em enfermagem (GUBERT et al., 2009; FONSECA et al., 2011).

Dessa forma, o cuidado deve incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde dos indivíduos, sem prejuízo do atendimento. A tecnologia pode ser compreendida como um conjunto de saberes e fazeres que define terapêuticas e processos de trabalho, tornando-se um instrumento para promover saúde, estando presente na forma como se estabelecem as relações e no modo como se dá o cuidado em saúde. Além disso, a tecnologia pode ser considerada como dura, quando se utiliza instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e leve, a qual requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento) para a implementação do cuidado (MERHY, 2002; MERHY, 2005; ROCHA et al., 2008; COELHO; JORGE, 2009; JOVENTINO et al., 2011).

Assim, o enfermeiro, por meio de seu papel de educador, fazendo uso das tecnologias, contribui para o empoderamento das pessoas com vistas à melhora da qualidade de vida, auxiliando na expansão do aprendizado e proporcionando reflexões acerca da sua atuação (BACKES et al., 2008). Ao utilizar tecnologias educativas de fácil compreensão, os indivíduos adquirem maior conhecimento, suscitando mudanças de atitudes e desenvolvimento de habilidades, além de favorecer a autonomia, tomada de decisão e o entendimento de que as suas ações influenciam no próprio padrão de saúde (SANTOS; LIMA, 2008; FONSECA et al., 2011; ASSUNÇÃO et al., 2013).

Nesse sentido, o uso de tecnologias permite uma transformação social, que envolve a troca de experiências, o questionamento, a individualização e a humanização; abordando questões que advêm das colocações da própria existência dos indivíduos, permitindo, com isso, a busca de respostas. Desse modo, cria-se um espaço mediatizado pelo ambiente e pela realidade, fazendo com que o material educativo, a partir do contexto em que se está inserido,

permita a construção do seu próprio conhecimento (FREIRE, 2006; RENOVATO; BAGNATO, 2010; FONSECA et al., 2011; ASSUNÇÃO et al., 2013).

Diante disso, os recursos tecnológicos são ferramentas necessárias ao enfermeiro, pois contribuem para uma assistência de enfermagem humanizada, com qualidade, eficácia, efetividade e segurança, podendo garantir os resultados esperados de acordo com o uso adequado da tecnologia para o qual ela foi desenvolvida (NIETSCHE et al., 2005; FONSECA et al., 2011).

Ao fazer uso das tecnologias em grupo, entende-se que um grupo implica em um sistema em que as partes se inter-relacionam, sendo preciso que ele se vincule e interaja no sentido de alcançar um objetivo comum. Sendo assim, grupo pode ser definido como um conjunto de pessoas reunidas por constantes de tempo e de espaço e articuladas por suas mútuas representações internas que se propõem, explícita ou implicitamente, a executar uma tarefa que constitui sua finalidade (MENDES, 2012).

Assim, por meio do grupo, promove-se um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos, sendo realizado de modo dinâmico, permitindo a criatividade; de modo reflexivo, em que os sujeitos têm a possibilidade de compreender as questões que permeiam a atividade; e de modo democrático, garantindo a autonomia dos sujeitos na produção de sua saúde (MENDES, 2012).

O grupo evidencia um trabalho coletivo que possibilita a construção de conhecimentos partindo dos interesses e necessidades dos envolvidos, tendo um grande potencial para fornecer suporte emocional e real para os indivíduos. Ainda, estimula a troca de experiências, oferece oportunidades para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011).

No trabalho de grupo deve existir estreita relação da educação crítico-reflexiva com o processo de empoderamento dos indivíduos, sendo este último um eixo central da promoção da saúde (FREIRE, 2006; MACHADO et al., 2010; LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011; SILVA et al., 2011). O empoderamento é entendido como um processo que promove o poder das pessoas, ou seja, a capacidade de executar e de decidir assuntos de sua própria vida, da comunidade e/ou da sociedade, atuando nas situações definidas como importante (CZUBA, 1999), dessa forma torna-se um elemento necessário quando se utiliza de grupo como estratégia educativa.

A estratégia educativa grupal ocorre por meio de métodos e atividades que possibilitem o avanço da capacidade destes sujeitos para a tomada de decisões. Assim, criam-se possibilidades para que as pessoas tenham mais autonomia, valorizando a discussão de

ideias, opiniões e conceitos na busca de solução de problemas (FREIRE, 2006; MACHADO et al., 2010; LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011; SILVA et al., 2011). Dessa forma, o grupo passa a ser desenvolvido na perspectiva de superação das formas educacionais tradicionais e prescritivas, vislumbrando um modo alternativo de aproximação, numa relação humanizada, centrada no diálogo e no respeito. Com isso, para que seja fortalecido e desenvolvido o empoderamento, deve-se garantir a horizontalidade nas relações e a disponibilidade e acesso às informações, estimulando a autonomia para tomada de decisões e a identificação dos problemas (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011).

Nesse contexto, o grupo passa a ser entendido como um espaço para debate, reflexão e troca de informações de maneira participativa, visando, prioritariamente, à promoção à saúde. Assim, garante-se um ambiente de reflexão e crítica e não apenas uma fonte de informação, levando-se em conta que o processo de comunicação não acontece em um sentido único, mas baseado na troca mútua entre os sujeitos (LEMOS, 2011).

Dessa forma, é enfatizada a construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que integram o grupo. As práticas de saúde buscam uma abordagem mais dialógica, em que a emancipação social ocorre inerente ao processo de melhoria da qualidade de vida, por meio da promoção da saúde individual e coletiva (OLIVEIRA et al, 2013).

Assim, para a promoção da saúde utiliza-se de estratégias grupais que desenvolvam visão crítica no indivíduo, de modo que estes possam ser participativos no processo de mudança e para que elas sejam significativas em seu cotidiano. Ao valorizar as trocas interpessoais, os sujeitos se reconhecem como detentores de um saber e capazes de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o seu enfrentamento (OLIVEIRA et al, 2013).

As sessões grupais devem ser entendidas como técnicas motivadoras que contribuem para o desenvolvimento de atividades por meio da criatividade, vindo ao encontro das expectativas dos participantes (OLIVEIRA; RESSEL, 2010). Assim, o grupo passa a ser organizado a partir das interações psicológicas entre os seus membros e pela consciência que estes têm de pertencer a este conjunto (CRISPIM et al., 2011).

A utilização de sessões grupais na área da saúde deve permitir aos seus integrantes que percebam a saúde não como um bem que lhes é concedido, mas como um direito social. Nesse sentido, os indivíduos irão perceber-se não apenas como consumidores de orientações, mas sujeitos de sua própria educação (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

Nesse sentido, a tecnologia grupal pode ser concebida como um significativo instrumento de assistência pela possibilidade de desenvolver a autonomia dos sujeitos e

valorizar as relações humanas (MUNARI; FUREGATO, 2003). Dessa forma, as atividades grupais, em geral, têm sido recomendadas como ferramenta do cuidado humano em saúde (CRISPIM et al., 2011).

As atividades grupais representam a oportunidade de discutir assuntos de importância da coletividade, na intenção de solidificar reflexões que possam ecoar positivamente na vida dos sujeitos, sobretudo fortalecendo os indivíduos para se responsabilizarem por sua própria saúde (CRISPIM et al., 2011). No entanto, as intervenções grupais não têm como propósito substituir a assistência individualizada dos profissionais nas instituições de saúde, mas devem se constituir como complemento para potencializar as ações de promoção de saúde (MUNARI; FUREGATO, 2003).

O compartilhamento vivenciado em grupo favorece o suporte para a superação de problemas inerentes as situações de vida, que as intervenções convencionais nem sempre são capazes de responder (MUNARI; FUREGATO, 2003; SANTOS; MUNARI; MEDEIROS, 2009; CRISPIM et al., 2011). O uso das atividades grupais facilita a aplicação dos princípios da humanização no processo de cuidar, especialmente, por permitir o fortalecimento do vínculo e da responsabilização (CRISPIM et al., 2011).

Além disso, o foco das intervenções deve ser centralizado no ser humano dentro de uma visão integral, inserido tanto no âmbito familiar quanto no comunitário e social. Essas interferências visam desenvolver conhecimentos e habilidades para o autocuidado, prevenir comportamentos de risco, promover a crítica e a reflexão sobre os valores, condutas e estilos de vida, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do indivíduo (SILVA et al., 2009).

A técnica de grupo permite o compartilhamento de informações com outras pessoas e a troca das experiências vivenciadas. Esse intercâmbio de saberes contribui para o empoderamento e possibilita o apoio mútuo dos participantes (PEREIRA et al., 2009). Assim, esse recurso na atenção à saúde da mulher e da criança mostra-se como um instrumento eficaz para a promoção do aleitamento materno.

Nesse contexto, estudo que avaliou produções científicas com relação ao impacto das intervenções de promoção da amamentação exclusiva identificou que o aconselhamento realizado em grupo teve impacto maior na prática do aleitamento materno exclusivo em quatro a seis semanas após o parto em comparação com o aconselhamento individual. Assim, a realização de grupo e a promoção ao aleitamento materno realizados de maneira combinada podem aumentar os índices de aleitamento materno exclusivo (IMDAD, YAKOOB, BHUTTA, 2011).

Outro estudo, ao avaliar a eficácia de um programa de promoção de saúde pré-natal, apontou que existe limitada literatura que remete aos métodos eficazes para fornecer informações de estilo de vida saudável para as mulheres, que incluem a prática do aleitamento materno, porém aponta que as abordagens de ensino em saúde realizadas em grupo são mais eficazes. Os autores indicam ainda que os grupos são mais eficazes, no entanto, deve-se ter embasamento teórico para facilitar a mudança de comportamento dos indivíduos (WILKINSON; MCINTYRE, 2012).

Na Finlândia, revisão sistemática que objetivou descrever como o aleitamento materno é profissionalmente apoiado durante a gravidez e no período pós-natal e quais as intervenções eficazes para promover o aleitamento materno, foi identificado que um dos métodos mais comumente utilizado foi a intervenção educativa em grupos. Ainda, apontou-se para a realização de palestras em grupo que abordavam os aspectos práticos da amamentação e o apoio para as escolhas das mulheres sobre a amamentação (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

O mesmo estudo abordou também que um seminário interativo e educativo a respeito do aleitamento materno, utilizando técnicas para aumentar a confiança das mulheres sobre a escolha da amamentação, foi efetivo em aumentar a amamentação aos quatro meses. Dessa forma, o estudo indica que o grupo foi a única forma de intervenção que demonstrou resultados, porém para ser realmente efetiva, a educação em grupo precisa ser interativa também (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008).

Consoante a isso, estudo realizado no Irã que avaliou o efeito de um programa educacional a respeito da autoeficácia em mulheres grávidas e a duração do aleitamento materno exclusivo, indicou que o escore médio de autoeficácia do aleitamento materno no grupo de intervenção aumentou após a realização do programa educacional, o qual foi realizado em grupo nos centros de saúde. Além disso, houve diferença significativa na continuação do aleitamento materno exclusivo nos dois grupos, pois 73,3% das mulheres do grupo intervenção continuaram o aleitamento exclusivo até os seis meses, em comparação com 26,6% no grupo de controle (ANSARI et al., 2014).

Apontou-se ainda uma diferença significativa entre a média dos escores de autoeficácia no grupo de intervenção, antes e após a intervenção comparada ao grupo controle. Assim, os resultados deste estudo mostraram que a utilização de um programa de intervenção realizado em grupo pode aumentar a autoeficácia das mães e a duração do aleitamento materno exclusivo (ANSARI et al., 2014).

Diante disso, e dos baixos índices de aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida das crianças, além da importância que a autoeficácia exerce na promoção do aleitamento materno, pretende-se defender a tese de que a sessão educativa grupal por meio da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” é eficaz para aumentar os escores de autoeficácia em amamentar e elevar os índices de aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida da criança.

Sendo assim, a utilização do álbum seriado em sessão grupal pode propiciar ao profissional de enfermagem a utilização de uma tecnologia educativa que permita a troca de saberes entre os sujeitos participantes, além de reforçar duas das quatro fontes de autoeficácia, a persuasão social, em que a puérpera estará recebendo a persuasão por parte do profissional por meio do álbum seriado, e a experiência vicária, por meio da troca de saberes com outras mulheres que estão vivenciando ou que já vivenciaram a amamentação. Dessa forma, a estratégia educativa proposta pode possibilitar a elevação nos índices de autoeficácia em amamentar das puérperas e contribuir para o início do aleitamento materno exclusivo e sua manutenção por maior período.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar os escores de autoeficácia em amamentar das puérperas que participaram da intervenção educativa em sessão grupal com as que receberam intervenção convencional;
- Caracterizar o tipo de alimentação da criança nos primeiros quatro meses de vida;
- Correlacionar a incidência do aleitamento materno exclusivo com os escores de autoeficácia materna em amamentar das puérperas que participaram da intervenção educativa em sessão grupal com as que receberam intervenção convencional.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipóteses H0

- O uso do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” em sessão grupal não é eficaz para promover a autoeficácia em amamentar e o aleitamento materno exclusivo.
- Os escores de autoeficácia das puérperas que participarem da intervenção educativa em sessão grupal serão iguais aos daquelas que receberem intervenção convencional da unidade;
- A oferta de aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida da criança será igual para as mulheres que participarem da intervenção educativa em sessão grupal comparada com aquelas que receberem intervenção convencional da unidade;

3.2 Hipóteses H1

- O uso do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” em sessão grupal é eficaz para promover a autoeficácia em amamentar e o aleitamento materno exclusivo.
- Os escores de autoeficácia das puérperas que participarem da intervenção educativa em sessão grupal serão mais elevados aos daquelas que receberem intervenção convencional da unidade;
- A oferta de aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida da criança será maior para as puérperas que participarem da intervenção educativa em sessão grupal comparada com aquelas que receberem intervenção convencional da unidade.

4 MÉTODO

Tipo de estudo

O desenho proposto foi o experimental, que é aplicado aos estudos controlados e com alocação aleatória dos participantes. Refere-se a um estudo no qual o pesquisador intencionalmente altera um ou mais fatores, sob condições controladas, com o objetivo de investigar os efeitos da intervenção (MEDRONHO et al., 2009).

Este tipo de desenho é conhecido como ensaio clínico controlado e randomizado, pois o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos. Apresenta como vantagem a capacidade de demonstrar causalidade diante da alocação aleatória dos participantes no grupo de intervenção, diminuindo a influência das variáveis confundidoras (HULLEY et al., 2008).

No presente estudo, foi realizada a aplicação de uma intervenção educativa que promove a autoeficácia em amamentar, por meio do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” (ANEXO A), no grupo de intervenção (GI), por meio de encontros grupais. Os efeitos desta intervenção foram comparados com os resultados obtidos pelas puérperas que receberam a intervenção convencional do alojamento conjunto, consideradas como grupo controle (GC). As orientações convencionais são fornecidas pelo enfermeiro da unidade para as puérperas antes da alta hospitalar, sem a utilização de um roteiro específico, relacionadas ao manejo da amamentação e resolução de intercorrências, como por exemplo, ingurgitamento mamário.

Participantes do estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria. Este hospital foi fundado em 1970, e é um hospital público, geral, de nível terciário e de referência para a região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul/ Brasil, fazendo parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. É um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, localizado no município de Santa Maria neste Estado (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2013).

Atua como hospital-escola, tendo sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão, integrado ao Sistema Único de Saúde, o qual mantém sua assistência pautada nos princípios e diretrizes do referido sistema. Presta serviços assistenciais em praticamente todas as especialidades de saúde, além de ser campo de atuação para alunos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, e outros (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2013).

Em 2014 nasceram no hospital 1.731 crianças, tendo uma média mensal de 160 partos, sendo que as puérperas e seus recém-nascidos permanecem internados, em média, dois dias no alojamento conjunto.

A Unidade Toco-Ginecológica está localizada no segundo andar do Hospital Universitário, e atende duas especialidades: ginecológica e obstétrica. A ala ginecológica possui 11 leitos, distribuídos em cinco enfermarias com pacientes que apresentam problemas ginecológicos para investigação ou intervenção. A ala obstétrica possui 20 leitos distribuídos em seis enfermarias, que atende gestantes, puérperas e recém-nascido, e no caso dos dois últimos, configurado como alojamento conjunto que apresenta 16 leitos. Destaca-se que o referido hospital não é credenciado à Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A população do estudo foi constituída por puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto durante o período de coleta de dados na unidade. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: mulheres no período puerperal imediato (1º ao 10º dia) (REZENDE; MONTENEGRO, 2008) e após o período de seis horas do parto, pois este período representa um momento de estresse emocional e fisiológico para a mãe e recém-nascido (STRIGHT; HARRISON, 1998); com 12 anos ou mais de idade, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8.069/90 (BRASIL, 2005); puérperas internadas no alojamento conjunto acompanhadas do recém-nascido com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico. Considera-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de dois quilos, acima de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que seis no quinto minuto (BRASIL, 2011).

Com relação aos critérios de exclusão, considerou-se: mulheres que apresentaram intercorrências clínicas no momento da coleta de dados (cardiopatias, nefropatias, diabetes, hipertensão, entre outras); intercorrências obstétricas no período puerperal (anemia, sangramento transvaginal, cefaleia pós-raquidiana, entre outras); puérperas com alguma dificuldade de compreensão e expressão verbal que a impedia de participar da intervenção educativa ou de responder aos instrumentos; condição materna infecciosa que impossibilitou ou contraindicou o aleitamento materno; puérperas internadas no alojamento conjunto com

filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e mães de recém-nascidos que apresentaram alguma alteração que os impossibilitasse ou dificultasse a amamentação, tais como: fenda palatina, atresia de esôfago, dentre outros.

Quanto aos critérios de descontinuidade do estudo: desistência da puérpera ou do responsável legal (no caso das adolescentes) de participar da pesquisa após o início da coleta de dados; alteração do contato telefônico durante o estudo que impossibilitasse a continuidade da coleta de dados; contato telefônico sem êxito após cinco tentativas em dias consecutivos; falecimento da puérpera ou do neonato no decorrer do estudo; e puérpera cujo recém-nascido foi oferecido para adoção.

Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados foi utilizado como instrumento a BSES-SF (DENNIS, 2003; DODT, 2008), que se fundamenta na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (1977, 2012) e mensura os escores de autoeficácia materna em amamentar (ANEXO B). Esta escala é composta por 14 itens, organizada em dois domínios: técnico e pensamentos intrapessoais, sendo que no primeiro domínio, a escala focaliza os aspectos técnicos do aleitamento materno como: posição correta do bebê e conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de boa lactação, sucção do mamilo areolar, término da mamada e a prática de aleitamento materno misto. No segundo, é levado em consideração o desejo, a motivação interna e a satisfação com a experiência de amamentar e adequação do tempo e das necessidades da mãe e da criança (DODT, 2008).

A BSES-SF pode alcançar uma pontuação de 14 (mínima) a 70 (máxima) pontos, de forma que quanto maior o escore, maior será a autoeficácia materna (DODT, 2008; 2011). Esta escala caracteriza-se por ser do tipo *Likert* em que a cada item de resposta é atribuído um valor que reflete a atitude do respondente em relação a cada assertiva. Sua principal característica é possibilitar aos seus respondentes não só que concordem ou discordem das assertivas, mas que indiquem seu grau de concordância/discordância (PASQUALI, 1999).

Além da escala, foram utilizados três formulários adaptados (UCHOA, 2012), em que o primeiro deles indica o perfil sociodemográfico da amostra, além dos antecedentes obstétricos e da gestação atual (APÊNDICE A). No segundo formulário foram verificadas as variáveis relacionadas ao parto, nascimento e a alimentação do recém-nascido (APÊNDICE B); e o último formulário indica o padrão alimentar da criança nos primeiros quatro meses de

vida (período de acompanhamento), o que viabilizou a identificação do período de aleitamento materno exclusivo (APÊNDICE C).

Intervenção

A coleta de dados foi desenvolvida somente após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com período de coleta de dados de março a outubro de 2014, diariamente e no turno diurno.

A equipe de pesquisa foi composta pela pesquisadora responsável pelo estudo; pela orientadora do projeto que integra o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; pela coorientadora, integrante do corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, e que foi responsável, juntamente com a pesquisadora, pela coleta de dados na instituição indicada; e ainda, fizeram parte da equipe, duas bolsistas de iniciação científica e duas enfermeiras que integram o Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (Universidade Federal de Santa Maria), as quais foram treinadas para auxiliarem na coleta de dados.

O início da etapa de campo ocorreu com o treinamento dos auxiliares de pesquisa quanto à utilização e compreensão da BSES-SF e dos formulários, os quais receberam o Procedimento Operacional Padrão (POP) com as respectivas orientações (APÊNDICE D). Os POPs foram construídos pela própria pesquisadora e serviram como guia durante o período de coleta dos dados. Além disso, foram programados encontros quinzenais com todos os envolvidos na coleta de dados para discussão dos procedimentos e das intercorrências que surgiram durante a aplicação dos instrumentos.

Destaca-se que a pesquisadora foi a responsável pela aplicação de todos os instrumentos de coleta de dados da primeira etapa do estudo, que ocorreu no alojamento conjunto. A aplicação da escala e dos formulários por contato telefônico dos 15 dias até os 120 dias foi de responsabilidade exclusiva dos auxiliares de pesquisa.

Ainda, a pesquisadora foi responsável pela aplicação da sessão educativa grupal nas puérperas do GI, que seguiu o POP para a realização da intervenção educativa, garantindo-se assim a uniformidade das informações para todas as puérperas que integraram este grupo do estudo.

Primeira fase

Após a seleção das puérperas, de acordo com os critérios de inclusão, elas foram convidadas a participar do estudo mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES E e F) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES G e H), este último quando necessário, utilizando associado à ele o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os responsáveis (APÊNDICES I e J). Apresentando concordância, deu-se início a coleta de dados com a aplicação da BSES-SF e do primeiro e segundo formulários nos grupos (GI e GC) e que ocorreu antes da sessão educativa grupal realizada no GI.

Para todas as puérperas dos grupos (GI e GC) a coleta dos dados ocorreu por meio da aplicação da escala e dos formulários por fonte primária (diretamente com as puérperas), no próprio leito no alojamento conjunto, após as primeiras seis horas de pós-parto.

Ao finalizar este primeiro momento, a pesquisadora enfatizou para as puérperas a respeito dos contatos telefônicos que seriam realizados posteriormente e que daria seguimento a coleta de dados. Com este fim, elas foram questionadas a respeito do melhor horário para a realização do contato telefônico, indicando que um auxiliar de pesquisa iria contatá-la para responder novamente a BSES-SF e o formulário a respeito da dieta da criança.

Justifica-se a utilização do telefone como estratégia de coleta de dados, devido o seu emprego em pesquisas na área da saúde e da enfermagem (DENNIS, 2002; DENNIS, 2003; MARTINS et al., 2013a, 2013b; PADOIN et al., 2013; BRASIL, 2014; JAVORSKI, 2014; DODT et al., 2015), até mesmo fazendo uso deste recurso como estratégia de intervenção (BECKER; TEIXEIRA; ZANETTI, 2012). Ainda, a utilização do contato telefônico como estratégia para coleta de dados em pesquisas na área da saúde materno-infantil vem sendo empregada há algum tempo, principalmente, para a avaliação de intervenções educativas em enfermagem (SHEEHAN, 1999; LI et al., 2008).

As puérperas receberam uma pasta contendo uma cópia da BSES-SF, para que pudessem fazer uso no momento da entrevista por telefone, acompanhando a leitura que estaria sendo realizada pelo auxiliar de pesquisa. Por meio desta estratégia, foi evitado o viés de memória e facilitou a compreensão dos itens da escala por parte das mulheres.

Segunda fase

A unidade de alojamento conjunto propicia oportunidades de aconselhamento ou de ajuda prática durante a amamentação, fazendo com que a mulher se sinta mais segura para lidar com as influências que ela poderá sofrer relacionadas ao desmame (ESCUDE; R; 2014).

VENÂNCIO; PEREIRA, 2003). Dessa forma, as puérperas do GC, após aplicação dos instrumentos, receberam as orientações convencionais da unidade com relação a amamentação, não recebendo intervenções subsidiadas pelo estudo.

Os cuidados estabelecidos na rotina convencional da unidade, relacionados ao aleitamento materno, consistem em visita das enfermeiras, orientação do manejo adequado da amamentação e resolução de intercorrências como ingurgitamento mamário, realização de ordenha manual, entre outros; utilizando como referencial as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Essas ações são desenvolvidas, principalmente, com o auxílio de materiais, por exemplo, folders, construídos na própria instituição.

A intervenção no GI foi realizada em sessão educativa grupal, por meio da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho”, em sala reservada para este fim, localizada na própria unidade de alojamento conjunto, constando, em média, de seis puérperas em cada sessão grupal. Esse quantitativo em cada grupo facilitou a interação entre as participantes e também foi adotado por ter sido utilizado com êxito em outro estudo de intervenção educativa com álbum seriado (VASCONCELOS, 2008).

Antes do início da intervenção educativa em sessão grupal, a pesquisadora apresentou a proposta do estudo, ressaltando a importância da participação e da interação delas entre si e com a pesquisadora. A intervenção na sessão grupal teve uma média de duração de 40 minutos que foi realizada pela própria pesquisadora, em um único momento, ainda no alojamento conjunto para que a puérpera, na alta hospitalar, vislumbrasse a autoeficácia em amamentar e efetivasse a prática da amamentação. Assim, a antecipação que alguém faz dos resultados de uma ação permitirá seu êxito quando esta for realizada efetivamente (BANDURA, 1977, 2012).

O álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” tem 40 centímetros de largura e 32 de altura. Em cada folha contém uma figura e no seu verso uma ficha roteiro, permanecendo a figura voltada para as puérperas e as fichas roteiro voltada para o profissional.

Este álbum é composto de sete figuras e sete fichas roteiro, sendo que a pesquisadora seguiu a sequência das figuras, sempre estimulando o diálogo e abordando as quatro fontes de informações da Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1977, 2012), possibilitando a construção da autoeficácia materna em amamentar. As fichas roteiro foram utilizadas pela pesquisadora para facilitar o enfoque nos itens da BSES-SF, que se encontram distribuídos pelos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais relacionados com a autoeficácia em amamentar.

As personagens que constam no álbum foram apresentadas nominalmente como Felipe sendo o recém-nascido, Maria sua mãe, José seu pai, João o irmão, a amiga Francisca, o avô e a avó maternos Melo e Lina e a enfermeira Rebeca (DODT, 2011; DODT et al, 2013; JAVORSKI, 2014). O início da intervenção educativa foi representado pela apresentação da capa do álbum seriado, no qual se observa um recém-nascido ansioso pela mama, estimulando o diálogo com a puérpera.

No momento da intervenção, era questionado o que as puérperas visualizavam naquela figura, sendo que na capa elas indicaram que o Felipe estava acordado e querendo a mama materna, fato que elas indicaram que ocorre com seus filhos, que iniciavam a amamentação quando eles estavam ativos e respondendo aos estímulos feitos por elas. A partir disso, deu-se início ao diálogo com o grupo, informando a necessidade do recém-nascido estar alerta para que de fato se inicie a amamentação.

A figura 1 do álbum representa a mãe Maria sentada amamentando o recém-nascido Felipe, nela se destaca o momento da pega da mama. Ao questionar o grupo com relação a figura, as puérperas indicaram que ambos estavam sentindo-se satisfeitos, porém foi necessário estimular o diálogo com relação ao adequado manejo da amamentação e sua realização em livre demanda. Assim, as puérperas seguiram relatando a respeito das características que a figura 1 apresentava, como a boca bem aberta do recém-nascido, a mão da Maria apoiando o recém-nascido, e também indicaram que Maria encontrava-se em uma posição confortável ao amamentar seu filho; essas características, apontadas por elas, somadas às orientações fornecidas com relação a importância de uma pega e posição adequadas fazem com que as puérperas aumentem sua autoeficácia para amamentar seus filhos.

A figura 2 indica que Felipe esvaziou a mama esquerda de Maria e ela prepara-se para oferecer o outro peito. Assim, perguntou-se para as puérperas como esse procedimento era realizado, uma vez que elas informaram essa necessidade de oferecer as duas mamas, porém os seus filhos, muitas vezes, não necessitam das duas em uma mesma mamada para se satisfazerem. Diante disso, estabeleceu-se um diálogo com relação a alternância das mamas e das características de cada fase do leite materno, além da importância de se realizar a ordenha mamária quando fosse necessária, para que a manutenção da lactação ocorresse, mesmo que seus filhos não estivessem esvaziando as duas mamas durante a mamada.

Na figura 3 Felipe está sendo pesado, confirmando o ganho ponderal de peso, além de abordar imagens de Felipe sendo amamentado e conciliando o sono. A partir dessa imagem, as puérperas puderam identificar que os seus filhos também apresentavam alguns sinais de saciedade como os que foram indicados nas figuras, porém destacaram ainda a dificuldade em

reconhecer essas características, principalmente, quando estava relacionado ao fato do filho sentir-se satisfeito apenas com o leite materno, sem necessitar de algum complemento. Além disso, foi importante, nessa figura, reforçar os sinais de que a amamentação estava sendo bem sucedida, como a frequência de eliminação vesical pelo filho, o fato do recém-nascido largar a mama sozinho, apresentar um sono tranquilo e estar crescendo e ganhando peso adequadamente.

Com relação a figura 4, Felipe está chorando muito, contudo, Maria permanece tranquila e investiga o motivo do choro, troca a fralda, tranquiliza Felipe e oferece-lhe o peito. Diante disso, as puérperas relataram que, muitas vezes, é difícil identificar o motivo do choro do filho, o que gera ansiedade e até insegurança para lidar com essa situação. Assim, foi possível tranquilizá-las no sentido de que é normal os recém-nascidos chorarem e que manter a calma nesse momento é muito importante, principalmente, para colocá-lo no peito, além da importância de ser verificado o real motivo do choro, seja por fome, frio ou calor, necessidade de maior aconchego, entre outras causas. Dessa forma, é possível garantir que o estresse seja diminuído e que as puérperas não associem o choro ao fato de apresentarem leite em quantidade insuficiente ou que não esteja saciando o seu filho.

Na figura 5, a Maria encontra-se em seu contexto familiar, realizando diversas atividades, costurando, amamentando Felipe, brincando com Joãozinho e falando com seu esposo José, varrendo e conversando com sua amiga Francisca. A partir dessa figura, foi possível identificar que assim como a Maria, as puérperas do estudo também apresentam em seu cotidiano diversas tarefas que necessitam ser conciliadas para que elas mantenham a amamentação do filho, sendo um desafio, expresso por elas, uma vez que nem sempre o marido está presente ou pode ajudá-las nessas questões. Esse apoio, principalmente, das pessoas próximas à ela irá facilitar esse processo e promover uma prática da amamentação mais tranquila e com menos preocupações com os outros filhos e também com as atividades domésticas.

A figura 6 ilustra o ambiente familiar de José e Maria, onde a mesma se encontra amamentando Felipe e recebendo a visita de seus pais Melo e Lina. As puérperas informaram, de maneira unânime, que as visitas são constantes, mesmo estando ainda no hospital e que logo quando fossem para suas casas certamente elas aumentariam. Aproveitou-se a oportunidade para questioná-las a respeito de amamentar em público, pois elas informaram que a Maria se apresenta de maneira tranquila ao fazer isso. No entanto, nem todas as puérperas informaram apresentar essa tranquilidade, principalmente, as que tinham menor idade, alegando vergonha das pessoas que presenciassem essa cena. Devido à isso, destacou-

se a importância da mãe amamentar em um local onde ela consiga ficar à vontade e confortável para amamentar o seu filho.

Por fim, a figura 7 retrata o retorno de Maria e Felipe à Unidade Básica de Saúde para consulta de puerpério e puericultura, indicando ainda que Maria está conversando com a Enfermeira Rebeca a respeito do período adequado de amamentação. Apesar da figura mostrar a importância de se manter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, algumas puérperas referiram que esse período de maneira exclusiva seria muito difícil de manter, pois teriam que voltar a trabalhar; assim foi possível dialogar com elas a respeito da realização da ordenha mamária, como forma de manter o aleitamento durante o maior período possível.

Destaca-se a importância desta etapa ter sido desenvolvida em uma sessão grupal, pois propiciou a troca de informações e experiências entre as puérperas, além de estimular o diálogo quando alguma delas iniciava a falar e não apenas a pesquisadora. Nesse sentido, a estratégia educativa utilizada em sessão grupal promoveu a interação não apenas com a pesquisadora, mas também entre o grupo e possibilitou uma melhor compreensão do tema que estava sendo abordado.

As ações de saúde realizadas em grupo garantem um espaço propício para o desenvolvimento de atividades que promovam a participação e a corresponsabilidade do usuário sobre sua saúde. Além disso, essa abertura dada aos integrantes do grupo constitui estratégia fundamental para criar espaços de troca e construção compartilhada de saberes que a sessão grupal permite (MENDONÇA; NUNES, 2014).

Ao finalizar a sessão educativa grupal, a pesquisadora enfatizou o seguimento do estudo por meio do contato telefônico, que ocorreu até os 120 dias de vida da criança. A aplicação do álbum seriado foi descrita no POP elaborado para este fim.

Terceira fase

Após os 15 dias da primeira aplicação da BSES-SF, que ocorreu no alojamento conjunto, a escala foi re aplicada por meio de contato telefônico, nos grupos. Antes de iniciar a coleta das informações, os auxiliares se certificavam de que a puérpera possuía em mãos a pasta com a cópia da BSES-SF, entregue no alojamento conjunto. Todas as entrevistas a partir deste momento foram realizadas pelos auxiliares de pesquisa, os quais não tinham conhecimento quanto aos grupos do estudo, garantindo, assim, o cegamento da coleta de dados.

Considerou-se este intervalo de 15 dias para evitar o viés de história, pois é um evento que pode ocorrer entre duas observações. Quanto maior o tempo entre as observações maior o risco de viés histórico, entretanto, quando os efeitos das intervenções são realizados em um intervalo próximo pode ocorrer o viés de familiarização com o instrumento, uma vez que o participante tende a lembrar das repostas dadas na primeira observação (BROUSSELLE, 2011).

Caso não fosse possível o contato em algum período da coleta de dados, a puérpera era excluída das etapas subsequentes do estudo. No entanto, os dados coletados anteriormente foram utilizados para a análise.

Quarta fase

A quarta etapa iniciou aos 30 dias após a primeira aplicação no alojamento conjunto e ocorreu mensalmente por meio do contato telefônico para a aplicação da BSES-SF e do terceiro formulário que abordou às variáveis relacionadas ao padrão alimentar da criança, encerrando aos 120 dias de vida da criança. Limitou-se o acompanhamento até os 120 dias para a comparação com outros estudos e reduzir possíveis perdas, uma vez que o acompanhamento por um período prolongado via contato telefônico poderia inviabilizar o estudo.

Da mesma forma que na etapa anterior, os auxiliares deveriam se certificar de que a puérpera possuía em mãos a pasta com a cópia da BSES-SF. O tempo de cada entrevista foi variado, dependendo da qualidade de transmissão do sinal das operadoras de telefone, sendo realizada, em média, no intervalo de 30 minutos. Durante o contato telefônico não foram realizadas orientações a respeito do aleitamento materno, e caso ocorresse algum questionamento, os auxiliares de pesquisa recomendavam que a mulher dirigisse à unidade básica de saúde.

Variáveis do estudo

A categorização das variáveis do estudo baseou-se nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) e pelo conceito de autoeficácia em amamentar (DENNIS, 2003). Dessa forma, as variáveis foram distribuídas e classificadas da seguinte maneira:

Variáveis dependentes

- Autoeficácia materna em amamentar:

Definida pelos escores resultantes da aplicação da BSES-SF. Cada item da escala foi mensurado pela pontuação atribuída pelas puérperas, sendo que a valoração de cada item pode variar de 1 a 5 pontos (DENNIS, 2003; DODT, 2008; ORIÁ; XIMENES, 2010).

Os escores de autoeficácia em amamentar foram categorizados de acordo com os pontos de corte: autoeficácia baixa (14 a 32 pontos), autoeficácia média (33 a 51 pontos) e autoeficácia alta (52 a 70 pontos) (TAVARES et al., 2010; DODT, 2008). Considerou-se neste estudo, os escores obtidos na primeira entrevista como autoeficácia no momento basal, indicando a situação das puérperas no início do estudo, tanto para o GI como para o GC.

- Período de aleitamento materno exclusivo:

Foi mensurado em dias e definido como o padrão alimentar em que a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem a oferta de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009b).

Variáveis independentes

- Variáveis sociodemográficas:

Estado civil: casada ou união consensual, solteira ou separada.

Ocupação: estudante, dona de casa, trabalho formal com carteira assinada, autônoma.

Período fora do lar: tempo (horas) que a mulher permanece fora da casa, separada do bebê, em função do trabalho ou do estudo.

Escolaridade: anos: menos de oito anos, de oito a 11 anos e mais de 11 anos.

Renda familiar: salários mínimos: menos de 1 salário, 1 a 3 salários, mais de 3 salários.

- Variáveis maternas:

Idade materna: mensurada em anos: até 19 anos, de 20 a 35 e 36 anos ou mais.

Número de gestações: 1 gestação, 2 gestações, 3 ou mais gestações.

Amamentação dos outros filhos: sim ou não.

Período de aleitamento materno exclusivo do(s) filho(s) anterior(es): menos de 30 dias, de 31 a 60 dias, de 61 a 120 dias, de 121 a 179 dias e mais de 180 dias.

Idade gestacional: pré-termo (36 semanas e seis dias ou menos), a termo (37 a 41 semanas e seis dias) e pós-termo (42 semanas ou mais) (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

Realização de pré-natal: sim ou não.

Consultas no pré-natal: 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e mais de 6 consultas.

Recebimento de orientação de aleitamento materno no pré-natal: sim ou não.

Tipo de parto: vaginal, cesárea ou fórceps.

Escores da BSES-SF na primeira entrevista: soma dos escores atribuídos aos 14 itens da escala, que varia de 14 a 70.

-Variáveis da criança:

Peso ao nascer: mensurado em gramas, segundo OMS: baixo peso (crianças com menos de 2500 gramas), peso insuficiente (2501 a 2999 gramas), peso adequado (3000 a 3999 gramas) e excesso de peso (4000 gramas ou mais) (PUFFER; SERRANO, 1987).

Padrão alimentar da criança: aleitamento materno exclusivo (criança recebe apenas leite humano diretamente da mama ou ordenhado, sendo permitida a ingestão de xaropes ou suspensão de medicamentos), aleitamento materno predominante (criança recebe leite materno, água, chás ou sucos de frutas), aleitamento materno complementado (leite materno complementado com outro alimento sólido ou líquido) e aleitamento artificial (a criança recebe apenas leite artificial, seja ela fórmula infantil, leite de vaca ou cabra, em pó ou in natura) (BRASIL, 2009b). Para fins de análise, também foi adotada a terminologia aleitamento materno, que incluiu as crianças cujo padrão alimentar consista em aleitamento materno exclusivo, predominante ou complementado (JAVORSKI, 2014).

Tamanho amostral

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

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

Onde:

n= tamanho da amostra

Coefficiente de Confiança = 95%

Poder do teste = 80%

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

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

p1= proporção do desfecho no controle de 30%

p2 = proporção do desfecho no experimento de 55%

Aplicada a fórmula, o tamanho da amostra foi igual a 57 puérperas para cada grupo. Adicionou-se 15% para eventuais perdas de informações, e mais 58% para prováveis descontinuidades das puérperas ao longo dos 120 dias; esse percentual foi identificado em estudos realizados anteriormente por Javosrky (2014) e Dodt (2011). Resultou no tamanho amostral igual a **208 puérperas** em que foi realizada estratificação equitativa em relação aos dois grupos: **104 puérperas no GI e 104 no GC**.

Conforme apresentado na figura 1, houve perda no seguimento das puérperas, sendo 45 no GI e 60 no GC. A maioria das perdas se refere ao contato telefônico, como troca de número, celular desligado nas tentativas de contato ou não atenderem a chamada telefônica em algum momento do acompanhamento.

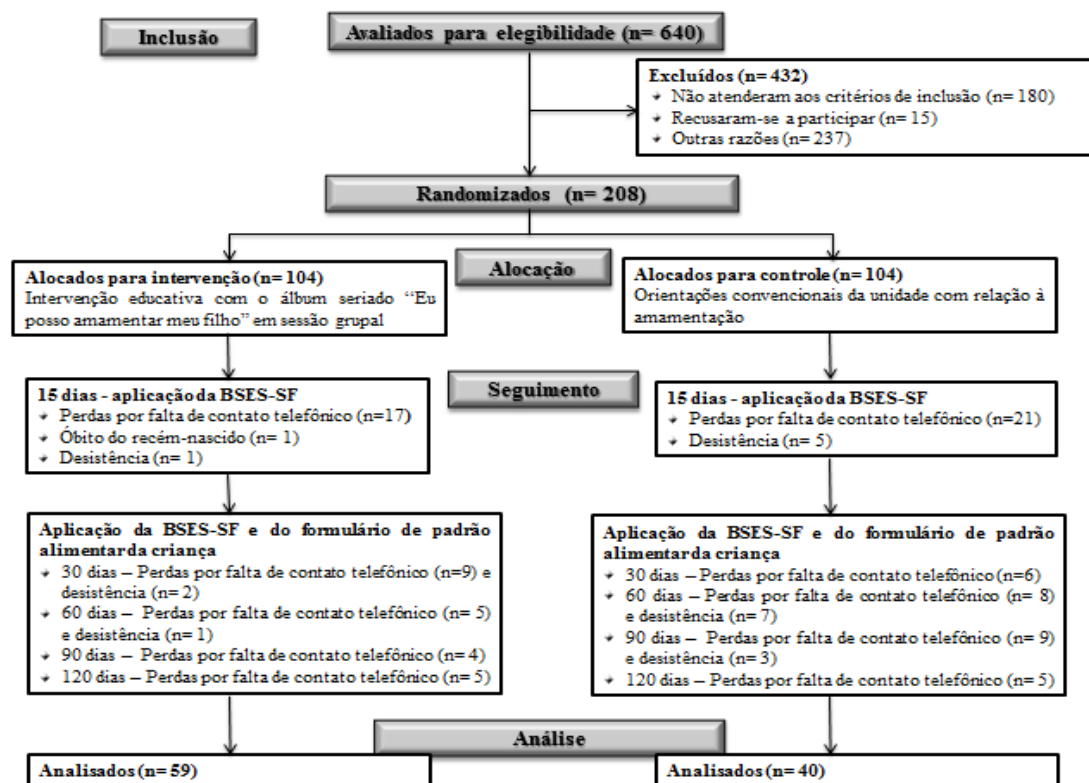


Figura 1. Diagrama representando o fluxo dos participantes em cada etapa do estudo. Santa Maria/ RS, Brasil, 2015

Randomização

As puérperas foram divididas em dois grupos (GI: grupo intervenção que recebeu a técnica educativa por meio do álbum seriado em sessão grupal e GC: grupo controle). Realizou-se a randomização dos sujeitos de forma aleatória, em que as puérperas tiveram chances iguais de serem incluídas nos grupos, assim, os grupos formados randomicamente garantiram a sua comparação (POLIT; BECK, 2011).

As puérperas foram randomizadas em bloco pelo período de internação, uma vez que tanto as do GI quanto as puérperas do GC estiveram internadas em períodos distintos. Este sistema de seleção de grupos em períodos distintos evita vieses no estudo (DODT, 2011; LEÓN, 2008), pois em virtude de a pesquisa ter sido desenvolvida no alojamento conjunto, em que as puérperas que participaram da sessão grupal, mesmo estando em enfermarias separadas, poderiam transmitir as informações recebidas para o GC, optando-se pela realização de sorteio dos grupos por semana.

Essa atribuição randômica utilizou o número do grupo escrito em pedaço de papel (POLIT; BECK, 2011). O sorteio consistiu em que cada semana era sorteado o número de um grupo, até que os dois fossem contemplados; a cada duas semanas o sorteio foi realizado novamente até que se atingiu o número amostral indicado para cada grupo.

Definiu-se como número 1 o GI e número 2 o GC, sendo que para o sorteio foi solicitado que a secretária da unidade o realizasse, uma vez que não apresenta envolvimento nenhum com a pesquisa, e também não saberia qual o grupo foi sorteado. Ao total, foram realizados 11 sorteios para atingir o tamanho amostral, com duração de 22 semanas de coleta de dados no alojamento conjunto. O período de coleta de dados incluindo o alojamento conjunto e o acompanhamento foi de março a outubro de 2014.

Cegamento

O cegamento utilizado no estudo foi unicego, em que apenas os auxiliares de pesquisa eram cegos para o grupo de alocação das mulheres até o final da coleta dos dados. O cegamento daqueles que coletam as variáveis previne o viés de detecção, evitando que disponham de atitudes e estímulos diferenciados por reconhecer para qual grupo estão coletando (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

Estudo piloto

Mesmo diante de um planejamento delineado adequadamente, quando o pesquisador parte para a prática do estudo, este pode acabar ocorrendo de maneira diferente do esperado. Nesse sentido, foi necessário detectar os possíveis problemas que pudessem ocorrer por meio da realização de um estudo piloto, que indicou as alterações apropriadas que deveriam ser realizadas antes do início do estudo propriamente dito (HULLEY et al., 2008).

Assim, antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com 10 puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto. Esta etapa teve a finalidade de verificar a segurança e a habilidade do pesquisador e dos auxiliares de pesquisa com relação a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, além de possibilitar a realização de ajustes necessários identificados nesse processo, garantindo o desenvolvimento da coleta de dados com o máximo rigor metodológico. Destaca-se que não foi necessário realizar nenhum ajuste nos instrumentos, mas esse momento garantiu aos envolvidos no estudo maior familiaridade com os materiais e com o rigor que eles deveriam ser aplicados.

Ainda, a pesquisadora foi capacitada para a utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” pela autora do material educativo (DODT, 2011). Para tal, foi realizada a aplicação do álbum seriado com puérperas internadas no alojamento conjunto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Fortaleza, Ceará), com observação da autora da tecnologia.

Análise estatística

A construção do banco de dados ocorreu por meio do programa *Access 2007* (*Microsoft Office*), pois possibilitou a dupla digitação com conferência automática, permitindo que, ao identificar divergências entre as duas digitações, se fizesse a conferência dos dados com a fonte primária (formulários e escala), corrigindo-os. Após, estes foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 18.0, o que deu início à análise dos dados.

Para a análise descritiva, foram realizados testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. A comparação dos grupos ocorreu por meio da linha de base e após a intervenção, em todos os meses de acompanhamento, em análises separadas.

Empregou-se os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Levene* para verificar a normalidade das variáveis e testar a homogeneidade das variâncias, respectivamente. Compararam-se as médias da escala pelos testes t de *Student*, *Mann-Whitney* (variáveis contínuas), ANOVA e o teste de *Tukey* para as comparações múltiplas. As associações entre a autoeficácia e as variáveis categóricas foram analisadas pelas razões de chances, testes de χ^2 , razão de verossimilhança e de χ^2 para tendência linear em proporções.

Considerou-se em todo processo, o nível de significância de 5%, ou seja, $p < 0,05$. Destaca-se que essa etapa do estudo contou com o apoio de um profissional estatístico.

Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos do estudo, foram observadas as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que regem pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo os princípios bioéticos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, a saber: o da autonomia, o da beneficência, o da não-maleficência e o da justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo pesquisador e pelas participantes do estudo, e apresentado em duas vias, uma retida por elas e outra arquivada pelo pesquisador. Assegurou-se o caráter voluntário de participação e a liberdade em se retirar do estudo a qualquer momento, bem como o anonimato.

Em conformidade com os princípios norteadores da justiça e equidade, a aproximação às puérperas foi realizada de maneira justa, visando acessar, convidar e selecionar as participantes, sendo contempladas aquelas que expressaram disposição para a coleta de dados e respeitadas àquelas que não aceitaram o convite. Foi vetada qualquer forma de pagamento ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude da participação na pesquisa.

A integridade das mulheres com relação a danos temporários e permanentes foi resguardada, uma vez que deveriam exercer o livre direito de escolha mesmo depois do aceite em participar da pesquisa, e a qualquer momento, podendo retirar-se desta. Essa atitude não ocasionou nenhum prejuízo na internação e no relacionamento com a equipe de saúde do local do estudo.

Além disso, algumas participantes do estudo eram adolescentes, sendo assim, no que diz respeito a liberdade em participar da pesquisa de maneira voluntária, a adolescente

depende, conforme determinação legal, da autorização de seus pais ou responsáveis legais mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todavia, isso não eximiu a responsabilidade do pesquisador em considerá-la como parte do processo de voluntariedade, aplicando o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Para a autorização de participação no estudo, foram fornecidas as informações em linguagem compreensível, explicitando o objetivo da pesquisa, o método a ser utilizado e os procedimentos que seriam realizados.

Participar do estudo poderia expor as puérperas a riscos mínimos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e também por relembrar situações de amamentação que poderiam mobilizar seus sentimentos. Caso fosse necessário, um profissional do hospital em questão iria atender a puérpera, conforme acordado com o serviço.

O presente projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino e no Gabinete de Projetos de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Para a coleta de dados, foi estabelecido um contato inicial com a coordenação de enfermagem e a chefia da Unidade Toco-Ginecológica para apresentar a proposta do estudo e solicitar autorização para a realização da pesquisa.

Mediante assinatura da chefia da Unidade Toco-Ginecológica, foi encaminhado à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria. Posteriormente, encaminhado ao Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos e para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. No Termo de Confidencialidade dos Dados (APÊNDICE K) a pesquisadora se comprometeu com a confidencialidade, segurança e privacidade dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em janeiro de 2014 sob número CAAE 26532313.0.0000.5346 e de parecer número 512.092 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

Ao verificar a homogeneidade dos grupos do estudo de acordo com as características sociodemográficas das puérperas, foi evidenciado que os grupos intervenção e controle apresentavam-se homogêneos, pois não houve diferença em relação à faixa etária ($p= 0,084$), estado civil ($p= 0,430$), ocupação ($p= 0,860$), período fora de casa ($p= 0,635$) e escolaridade ($p= 0,949$) (Tabela 1). No entanto, a variável renda familiar não foi semelhante entre os grupos ($p= 0,002$).

Tabela 1. Características sociodemográficas das puérperas de acordo com os grupos de estudo. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Variáveis	Grupos		p-valor ¹
	Intervenção n (%)	Controle n (%)	
Faixa etária			0,084
Até 19 anos	17 (16,3)	18 (17,3)	
20 a 34 anos	77 (74,0)	65 (62,5)	
35 anos ou mais	10 (9,6)	21 (20,2)	
Estado civil			0,430
Com companheiro	91 (87,5)	87 (83,7)	
Sem companheiro	13 (12,5)	17 (16,3)	
Ocupação			0,860
Estudante	10 (9,6)	11 (10,6)	
Dona de casa	49 (47,1)	46 (44,2)	
Desempregada	6 (5,8)	9 (8,7)	
Trabalha	39 (37,5)	38 (36,5)	
Período fora de casa			0,635
Até 8 horas	37 (82,2)	36 (78,3)	
9 horas ou mais	8 (17,8)	10 (21,7)	
Escolaridade (anos)			0,949
Até 7 anos	26 (25,0)	28 (26,9)	
8 a 11 anos	67 (64,4)	65 (62,5)	
12 anos ou mais	11 (10,6)	11 (10,6)	
Renda familiar*			0,002
< 1 SM	13 (12,5)	28 (26,9)	
1 a 3 SM	75 (72,1)	51 (49,0)	
> 3 SM	16 (15,4)	25 (24,0)	

¹Teste Qui-Quadrado

*O Salário Mínimo (SM) vigente era de R\$ 724,00.

De acordo com a Tabela 2, foi possível verificar a homogeneidade para as variáveis obstétricas, gestação atual e história de amamentação. Assim, não foi identificada diferença

entre os grupos intervenção e controle nas variáveis estudadas: número de gestações ($p=0,118$), período de aleitamento materno exclusivo do último filho ($p=0,643$), ter sido amamentada quando criança ($p=0,161$), realização de pré-natal ($p=0,490$), número de consultas pré-natal ($p=0,939$) e idade gestacional ($p=0,853$).

Tabela 2. Características obstétricas, da gestação atual e de amamentação das puérperas de acordo com os grupos de estudo. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Variáveis	Grupos		p-valor ¹
	Intervenção n (%)	Controle n (%)	
Número de partos			0,118
Primípara	46 (44,2)	35 (33,7)	
Multípara	58 (55,8)	69 (63,3)	
Período de AME do último filho			0,643
< 180 dias	29 (51,8)	28 (47,5)	
180 dias ou mais	27 (48,2)	31 (52,5)	
Foi amamentada quando criança			0,161
Sim	79 (76,0)	72 (69,2)	
Não	12 (11,5)	22 (21,2)	
Desconhece	13 (12,5)	10 (9,6)	
Pré-natal			0,490
Sim	95 (91,3)	92 (88,5)	
Não	9 (8,7)	12 (11,5)	
Número de consultas pré-natal			0,939
Até 5 consultas	20 (21,3)	20 (21,7)	
6 ou mais consultas	74 (78,7)	72 (78,3)	
Idade Gestacional			0,853
Pré-termo	17 (16,3)	18 (17,3)	
A termo	87 (83,7)	86 (82,7)	

¹ Teste Qui-Quadrado

A homogeneidade dos grupos do estudo com relação às variáveis do parto, nascimento e da alimentação do recém-nascido no alojamento conjunto está descrita na Tabela 3. Assim, constatou-se que não houve diferença em relação ao tipo de parto ($p=0,486$), local onde amamentou a primeira vez ($p=0,775$), ao uso de chupeta (bico) ($p=0,624$) e mamadeira ($p=0,081$), ao recebimento de leite artificial ($p=0,637$), ao tipo de aleitamento realizado no alojamento conjunto ($p=0,789$), ao peso ao nascer ($p=0,260$) e ao sexo do recém-nascido ($p=0,210$). Destaca-se que a média dos escores da BSES-SF na primeira entrevista com as puérperas, ou seja, no alojamento conjunto, foi semelhante para os dois grupos, indicando distribuição homogênea da amostra também em relação à autoeficácia em amamentar ($p=0,404$).

Tabela 3. Características do parto, nascimento e alimentação do recém-nascido de acordo com os grupos de estudo. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Variáveis	Grupos		p-valor ¹
	Intervenção n (%)	Controle n (%)	
Tipo de parto			0,486
Vaginal	44 (42,3)	49 (47,1)	
Cesáreo	60 (57,7)	55 (52,9)	
Local onde amamentou a primeira vez			0,775
Sala de parto	98 (94,2)	97 (93,3)	
Alojamento conjunto	6 (5,8)	7 (6,7)	
Usa/usou chupeta (bico)			0,624
Sim	23 (22,1)	26 (25,0)	
Não	81 (77,9)	78 (75,0)	
Usa/usou mamadeira			0,081
Sim	0 (0,0)	3 (2,9)	
Não	104 (100,0)	101 (97,1)	
Recebeu leite artificial			0,637
Sim	26 (25,0)	29 (27,9)	
Não	78 (75,0)	75 (72,1)	
Tipo de aleitamento do recém-nascido			0,789
Aleitamento Materno Exclusivo	96 (92,3)	97 (93,3)	
Aleitamento Materno Misto	8 (7,7)	7 (6,7)	
Peso ao nascer			0,260
Baixo peso	39 (37,5)	47 (45,2)	
Peso adequado	65 (62,5)	57 (54,8)	
Sexo do recém-nascido			0,210
Feminino	52 (50,0)	61 (58,7)	
Masculino	52 (50,0)	43 (41,3)	
BSES-SF na primeira entrevista			0,404 ²
Média	59,7 (\pm 6,35)	58,9 (\pm 6,43)	

¹ Teste Qui-Quadrado

² Teste t-student para comparação de médias

Com relação aos escores de autoeficácia em amamentar nos grupos controle e intervenção, estes foram categorizados em autoeficácia alta (52 a 70 pontos) e autoeficácia média (33 a 51 pontos) (DODT, 2008; 2011; JAVORSKI, 2014) ao longo do período de acompanhamento (120 dias após o parto). Assim, na Tabela 4 foi possível identificar que houve maior percentual de mulheres com autoeficácia alta ao longo do período de acompanhamento no grupo intervenção, indicando associação entre estas variáveis ($p=0,002$). Já no grupo controle não se observou associação entre os escores de autoeficácia (média e alta) e os momentos de acompanhamento, mesmo tendo sido verificado também um elevado percentual de mulheres do grupo controle com autoeficácia alta ($p=0,339$).

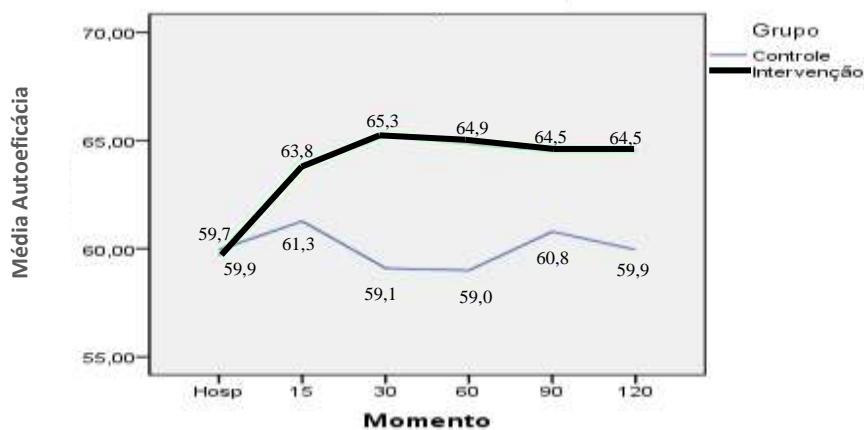
Tabela 4. Comparação dos escores de autoeficácia em amamentar entre os grupos do estudo durante os momentos de acompanhamento. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Grupos Autoeficácia	Alojamento Conjunto n (%)	Momentos					p-valor ¹
		15 dias n (%)	30 dias n (%)	60 dias n (%)	90 dias n (%)	120 dias n (%)	
Intervenção	n=104	n=68	n=74	n=68	n=62	n=59	0,002
Média	13 (12,5)	3 (3,5)	2 (2,7)	1 (1,5)	1 (1,6)	2 (3,4)	
Alta	91 (87,5)	83 (96,5)	72 (97,3)	67 (98,5)	61 (98,4)	57 (96,6)	
Controle	n=104	n=78	n=72	n=57	n=47	n=40	0,339
Média	14 (13,5)	8 (10,3)	12 (16,7)	10 (17,5)	7 (14,9)	7 (17,5)	
Alta	90 (86,5)	70 (89,7)	60 (83,3)	47 (82,5)	40 (85,1)	33 (82,5)	

¹ Teste Qui-Quadrado para tendência em proporções

De acordo com o Gráfico 1, pode-se afirmar que a autoeficácia materna em amamentar elevou-se, principalmente, no grupo intervenção, no segundo e terceiro momentos de acompanhamento (15 e 30 dias após o parto), mantendo-se nos demais momentos sem alterações importantes (60, 90 e 120 dias após o parto). Ressalta-se que, conforme se observa no gráfico abaixo, o grupo intervenção manteve, em todos os momentos, as médias da autoeficácia materna em amamentar acima das médias do grupo controle. Além disso, pode-se verificar que no grupo controle a elevação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar se deu de maneira variável ao longo do tempo, sem demonstrar diferença estatisticamente significativa, conforme já apresentado na Tabela 4.

Gráfico 1. Tendência de elevação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar de acordo com os grupos do estudo durante os momentos de acompanhamento. Santa Maria/RS, Brasil, 2015



Na Tabela 5 verifica-se que o teste de comparação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar não se mostrou significativo entre os dois grupos de estudo no alojamento conjunto ($p= 0,404$), antes da intervenção educativa. No entanto, constatou-se diferença nas médias dos escores de autoeficácia entre as mulheres do grupo intervenção e do grupo controle ($p < 0,05$) nos demais momentos de acompanhamento, 15, 30, 60, 90 e 120 dias após o parto. Esse fato evidencia o aumento da autoeficácia materna em amamentar no grupo intervenção, que se apresenta até o último momento de acompanhamento (120 dias).

Tabela 5. Comparação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar entre os grupos de estudo e entre os momentos do acompanhamento. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Momento	Grupo Intervenção		Grupo Controle		p ⁽¹⁾
	Média ± DP	Mediana	Média ± DP	Mediana	
1º momento (Baseline)	59,7 ± 6,3	61,0	59,1 ± 6,4	60,0	0,404
2º momento (15 dias)	63,8 ± 5,6	65,5	62,7 ± 6,7	65,0	0,016
3º momento (30 dias)	65,2 ± 4,9	67,0	62,1 ± 8,0	64,0	<0,001
4º momento (60 dias)	64,9 ± 4,5	65,0	62,0 ± 8,5	64,0	<0,001
5º momento (90 dias)	64,5 ± 4,9	65,0	62,6 ± 7,5	65,0	0,008
6º momento (120 dias)	64,5 ± 5,2	66,0	62,5 ± 7,8	64,5	0,003
p de Friedman *	<0,0001⁽³⁾		0,004⁽²⁾		

(1) Teste t de Student para comparação de cada momento entre GC e GI.

*p de Friedman para comparação dos momentos dentro de cada grupo

(2) Dentro do GC diferiram o 1ºM dos demais e o 2ºM do 6ºM.

(3) Dentro do GI apenas o 1ºM diferiu dos demais.

De acordo com a Tabela 6, observa-se que entre as puérperas do grupo intervenção e controle a prática do aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após o parto foi maior no grupo intervenção (45,8%), quando comparado com o grupo controle (32,5%), porém não apresentou diferença ($p= 0,187$). No entanto, a chance de amamentar exclusivamente aos 120 dias após o parto foi 1,75 vezes maior nas mulheres que receberam a intervenção educativa por meio da sessão educativa grupal utilizando o álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” do que nas que receberam a intervenção convencional no alojamento conjunto.

Tabela 6. Efeito da intervenção na ocorrência de aleitamento materno exclusivo entre os grupos intervenção e controle aos 120 dias. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Grupo	AME (120 dias pós-parto)		RC	IC (95%)	p-valor ¹
	Não n (%)	Sim n (%)			
Intervenção (n=59)	32 (54,2)	27 (45,8)	1,75	(0,75 - 4,04)	0,187
Controle (n=40)	27 (67,5)	13 (32,5)	1,00		

¹ Teste qui-quadrado

Na Tabela 7 encontra-se o comportamento do padrão alimentar nos grupos do estudo ao longo do acompanhamento e verificou-se que não houve diferença em todos os momentos de acompanhamento após o parto. Entretanto, se observaram maiores índices de aleitamento materno no grupo intervenção, uma vez que esses índices mantiveram-se acima dos 52% em todos os momentos do acompanhamento. Destaca-se que nessa classificação de aleitamento materno estão incluídas as crianças cujo padrão alimentar consistia em aleitamento materno exclusivo, predominante ou complementado.

Além disso, aos 30 dias de acompanhamento, 60,0% das crianças do grupo controle estavam em aleitamento artificial, enquanto que 40,0% do grupo intervenção apresentavam esse mesmo padrão alimentar. Embora não se tenha apresentado uma diferença estatisticamente significativa, é possível indicar que a oferta de aleitamento materno no grupo intervenção foi superior ao grupo controle (Tabela 7).

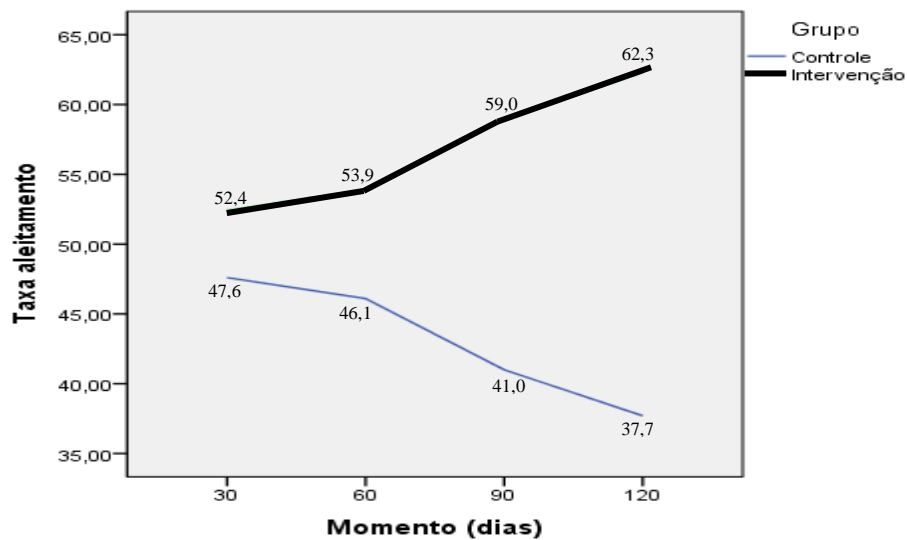
Tabela 7. Comparação do padrão alimentar das crianças entre os grupos do estudo no período de acompanhamento. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Momento	Tipo de alimentação	Grupo Intervenção n (%)	Grupo Controle n (%)	p-valor ¹
30 dias	Aleitamento Materno	66 (52,4)	60 (47,6)	0,304
	Aleitamento Artificial	8 (40,0)	12 (60,0)	
60 dias	Aleitamento Materno	55 (53,9)	47 (46,1)	0,821
	Aleitamento Artificial	13 (56,5)	10 (43,5)	
90 dias	Aleitamento Materno	46 (59,0)	32 (41,0)	0,931
	Aleitamento Artificial	18 (58,1)	13 (41,9)	
120 dias	Aleitamento Materno	43 (62,3)	26 (37,7)	0,402
	Aleitamento Artificial	16 (53,3)	14 (46,7)	

¹ Teste Qui-Quadrado

O Gráfico 2 corrobora com os dados apresentados na Tabela 8, indicando a elevação da taxa de aleitamento materno (aleitamento materno exclusivo, predominante ou complementado) ofertado pelas mães do grupo intervenção em comparação ao grupo controle. Ao passo que se observa um declínio nos índices de aleitamento materno ofertado pelas mães do grupo controle ao longo dos 120 dias após o parto. Dessa forma, a intervenção educativa realizada em sessão grupal influenciou no padrão alimentar das crianças cujas mães haviam participado da intervenção.

Gráfico 2. Comparação da taxa de aleitamento materno entre os grupos do estudo durante o período de acompanhamento. Santa Maria/RS, Brasil, 2015



A Tabela 8 apresenta a chance de oferta de aleitamento materno exclusivo segundo as características sociodemográficas, obstétricas, da gestação e parto atuais entre os grupos controle e intervenção. Logo, pode-se observar que não houve associação entre as variáveis estudadas e a oferta ou não de aleitamento materno exclusivo nos grupos de estudo.

Entretanto, a chance das mulheres do grupo intervenção com a faixa etária de até 19 anos introduzirem outro alimento ao invés do aleitamento materno exclusivo foi 1,8 vezes mais elevada do que para aquelas que se encontravam na faixa etária acima dos 20 anos. Da mesma maneira, tanto no grupo intervenção quanto no controle, as mulheres primíparas também apresentaram chances elevadas para oferecer outro alimento ao filho em substituição ao aleitamento materno exclusivo (1,3 vezes no GI e 1,4 vezes no GC).

Tabela 8. Fatores associados ao padrão alimentar da criança segundo as variáveis sociodemográficas, obstétricas e da gestação e parto atuais. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Grupo	Variáveis	Outro tipo de alimentação [†] n (%)	AME n (%)	RC	IC	p- valor ¹
Intervenção	Idade					0,491
	Até 19 anos	2 (11,8)	15 (88,2)	1,8	0,3 - 9,7	
	20 a 45 anos	6 (6,9)	81 (93,1)	1,0		
Controle	Até 19 anos	0 (0,0)	18 (100,0)	‡		0,210
	20 a 45 anos	7 (8,1)	79 (91,9)			
Intervenção	Renda familiar*					0,811
	Até 2 SM	5 (7,2)	64 (92,8)	0,8	0,1-3,7	
	> 2 SM	3 (8,6)	32 (91,4)	1,0		
Controle	Até 2 SM	3 (4,8)	60 (95,2)	0,4	0,1-2,1	0,321
	> 2 SM	4 (9,8)	37 (90,2)	1,0		
Intervenção	Número de partos					0,543
	Primípara	11 (33,3)	22 (66,7)	1,3	0,5-3,7	
	Múltipara	11 (26,8)	30 (73,2)	1,0		
Controle	Primípara	12 (46,2)	14 (53,8)	1,4	0,5-3,8	0,445
	Múltipara	17 (37,0)	29 (63,0)	1,0		
Intervenção	Pré-natal					0,889
	Não	1 (33,3)	2 (66,7)	1,1	0,1-13,8	
	Sim	21 (29,6)	50 (70,4)	1,0		
Controle	Não	3 (37,5)	5 (62,5)	0,8	0,1-3,9	0,865
	Sim	26 (40,6)	38 (59,4)	1,0		
Intervenção	Idade Gestacional					0,279
	Pré-termo	2 (16,7)	10 (83,3)	0,4	0,1-2,1	
	A termo	20 (32,3)	42 (67,7)	1,0		
Controle	Pré-termo	4 (25,0)	12 (75,0)	0,4	0,1-1,4	0,158
	A termo	25 (44,6)	31 (55,4)	1,0		
Intervenção	Tipo de parto					0,499
	Cesáreo	13 (27,1)	35 (72,9)	0,7	0,2-1,9	
	Vaginal	9 (34,6)	17 (65,4)	1,0		
Controle	Cesáreo	16 (42,1)	22 (57,9)	1,1	0,4-3,0	0,738
	Vaginal	13 (38,2)	21 (61,8)	1,0		

¹ Teste Qui-Quadrado

* O Salário Mínimo (SM) vigente era de R\$ 724,00.

† Outro tipo de alimentação se refere a: aleitamento materno complementado, misto, predominante ou aleitamento artificial.

‡ Impossibilidade de cálculo devido à existência de casela nula.

Na Tabela 9, aplicou-se o teste de *Games-Howell*, que apresentou os valores de “p” para cada par. Esse teste mostrou que a média de autoeficácia em amamentar no grupo controle aos 30 dias foi superior com relação à oferta de aleitamento materno exclusivo ($p < 0,0001$). No grupo intervenção, a média de autoeficácia em amamentar foi superior para o aleitamento materno exclusivo aos 30 e 60 dias ($p = 0,001$ e $p = 0,014$, respectivamente), indicando que a intervenção contribuiu para prolongar o período de aleitamento exclusivo.

Também foi possível inferir que a média dos escores da BSES-SF aos 30 dias com relação à oferta de aleitamento materno exclusivo foi menor no grupo controle em relação ao grupo intervenção ($p^2 = 0,002$). O mesmo não ocorreu nos demais momentos do acompanhamento em que as médias de ambos os grupos foram consideradas iguais.

Ao se comparar as médias do grupo controle (p^3) com o tipo de aleitamento, identificou-se associação apenas com relação à oferta de aleitamento materno exclusivo. Na comparação das médias no grupo intervenção (p^4), não houve associação, uma vez que as médias foram iguais em todos os momentos, mantendo-se constantes.

Tabela 9. Análise das médias de acordo com a autoeficácia em amamentar e padrão alimentar da criança ao longo do acompanhamento. Santa Maria/RS, Brasil, 2015

Autoeficácia	AME* Média±DP	AM** Média±DP	AA*** Média±DP	p ¹
30 dias				
Intervenção	66,1 ^a ± 4,1	60,9 ^b ± 6,1	66,9 ^{ac} ± 2,9	0,001
Controle	62,8 ^a ± 6,1	51,5 ^b ± 11,6	56,3 ^b ± 6,9	<0,0001
p ²	0,002	0,011	0,001	
60 dias				
Intervenção	66,2 ^a ± 4,3	63,1 ^{ab} ± 3,1	62,7 ^b ± 5,4	0,014
Controle	65,9 ^a ± 3,9	50,5 ^b ± 11,9	58,8 ^b ± 5,7	<0,0001
p ²	0,832	<0,0001	0,109	
90 dias				
Intervenção	65,6 ^a ± 3,6	66,4 ^a ± 3,9	62,3 ^a ± 5,4	0,082
Controle	66,6 ^a ± 3,5	52,9 ^b ± 11,9	59,0 ^b ± 6,9	<0,0001
p ²	0,352	0,011	0,241	
120 dias				
Intervenção	65,8 ± 3,4	63,2 ± 5,6	63,8 ± 6,9	0,233
Controle	67,3 ^a ± 2,8	51,9 ^b ± 9,6	60,6 ^c ± 7,6	<0,0001
p ²	0,167	0,001	0,231	
p ³	0,004	0,949	0,490	
p ⁴	0,917	0,141	0,330	

* AME = Aleitamento Materno Exclusivo ** AM= Aleitamento Materno (predominante, misto e complementado) *** AA= Aleitamento Artificial

p¹ = comparação das médias dentro do controle e dentro da intervenção

p² = comparação das médias entre intervenção e controle

p³ = comparação das médias dos controles segundo AME, AM e AA

p⁴ = comparação das médias das intervenções segundo AME, AM e AA

Letras iguais, médias iguais e letras diferentes, médias diferentes

6 DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a aplicar uma intervenção educativa por meio de sessão grupal com o intuito de promover a autoeficácia em amamentar a partir de um ensaio clínico controlado e randomizado. Utilizou-se a aleatoriedade na alocação das participantes nos grupos, em que a amostra total do estudo foi de 208 puérperas, de modo que 104 compuseram o grupo intervenção e 104, o grupo controle.

Apesar de serem atendidos os critérios com relação ao rigor metodológico deste tipo de estudo, analisou-se a homogeneidade entre os grupos. Sabe-se que a análise da homogeneidade entre os grupos de pesquisa (GI e GC) é um importante fator para verificar a semelhança entre eles, fortalecendo a coerência interna de um estudo experimental (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Sendo assim, observou-se que os grupos foram semelhantes em quase todos os aspectos sociodemográficos analisados, tendo em vista que os valores de p não demonstraram significância estatística entre ambos, com exceção da renda familiar. A renda familiar é considerada uma variável não modificável e importante para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (FEIN, 2009; BARBOSA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010), entretanto, estudos apontam que mulheres com rendas familiares mais baixas podem apresentar menor risco para o desmame precoce devido às dificuldades para adquirir alimentos comercializados, mantendo o aleitamento materno por um período mais longo (MASCARENHAS et al., 2006; RAMOS et al., 2008).

Além disso, estudos realizados em Fortaleza/CE também não identificaram influência da renda familiar na prática do aleitamento materno e na autoeficácia materna em amamentar (SILVA et al., 2009a; OLIVEIRA et al., 2010; TAVARES et al., 2010). Dessa forma, a renda familiar, mesmo tendo sido uma variável que não apresentou homogeneidade entre os grupos, não influenciou nos resultados provenientes da proposta educativa neste estudo.

Com relação às características obstétricas, da gestação atual, parto, nascimento e alimentação do recém-nascido, houve semelhança entre as mulheres do grupo intervenção e controle, pois as variáveis não apresentaram associação. Nesse sentido, garantir a homogeneidade entre ambos os grupos é fundamental, uma vez que as vivências e experiências anteriores são importantes construtos para a eficaz construção da autoeficácia, pois o sucesso ao realizar determinada atividade contribui para uma crença pessoal mais forte,

ao passo que aspectos negativos podem comprometer essa percepção, principalmente, se a crença na autoeficácia ainda não estiver estabelecida (BANDURA, 2012).

Foi constatada a homogeneidade na linha de base quanto aos escores de autoeficácia em amamentar, o que garante o equilíbrio entre os grupos com relação a essa variável que é relevante para o sucesso do aleitamento materno, reduzindo viés no estudo. Assim, verificou-se que os grupos são homogêneos e que a proposta da aplicação do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” por meio de sessão grupal pode ser realizada a fim de verificar os níveis de autoeficácia materna em amamentar e elevar os índices de aleitamento materno exclusivo.

O álbum seriado utilizado no presente estudo é considerado uma ferramenta pedagógica que permite às mulheres atuarem como protagonistas do processo de aprendizagem a respeito do aleitamento materno. Esse fato ocorreu, pois a ação educativa foi mediada pelo álbum pautada nos itens da BSES-SF, abordando também as quatro fontes de autoeficácia (experiência pessoal, experiência vicária, persuasão verbal, estados somáticos e emocionais) (DENNIS, 1999; DODT, 2008; DODT et al., 2012; JAVORSKI, 2014).

Estudo realizado com 201 puérperas identificou um aumento dos escores da BSES-SF após o uso de estratégia educativa também mediada pelo álbum seriado, inferindo que as puérperas adquiriam maior autoeficácia para amamentar e alcançaram bons índices de aleitamento materno devido à intervenção (DODT et al., 2015).

No presente estudo, houve um considerável percentual das mulheres do GC e do GI com autoeficácia elevada, entretanto, somente no GI houve associação estatisticamente significativa entre os escores de autoeficácia (média e alta) ao longo do período de acompanhamento (alojamento conjunto, 15, 30, 60, 90 e 120 dias após o parto), verificando-se no GI uma elevação das médias de autoeficácia materna em amamentar. Esse resultado sustenta a hipótese de que os escores de autoeficácia das puérperas que participaram da intervenção educativa em sessão grupal seriam mais elevados em relação aos daquelas que receberam intervenção convencional da unidade em que o estudo foi realizado.

Esse fato foi comprovado a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” de maneira grupal, tendo em vista que esta intervenção possibilitou retratar, nas figuras propostas no álbum, realidades semelhantes às do público-alvo. Sendo assim, o material contribuiu para as mulheres se tornarem mais confiantes com relação às suas habilidades em amamentar seus filhos, pois foi oportunizado o compartilhamento de experiências em grupo para a promoção do aleitamento materno.

A persuasão verbal, uma das fontes de autoeficácia, foi desenvolvida durante a utilização do álbum seriado, já que as mulheres puderam estabelecer suas crenças de autoeficácia no momento em que reforçaram em grupo suas crenças pessoais em relação à sua capacidade de amamentar o filho, sendo um elemento favorecedor para a mudança de comportamentos (BANDURA, 2012; DODT et al., 2013).

A realização da intervenção em sessão grupal também possibilitou garantir a autonomia das mulheres, pois foi efetivada de modo dinâmico, reflexivo e democrático (MENDES, 2012). O grupo permite a construção de conhecimentos a partir das necessidades dos envolvidos, estimulando a troca de experiências e o desenvolvimento de habilidades pessoais com vistas à promoção da saúde (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011; LEMOS, 2011).

Ao utilizar-se da criatividade e do diálogo nas intervenções de saúde, o profissional pode superar a visão biologicista e descontextualizada do cuidado, garantindo à nutriz e sua família maior segurança para amamentar o filho (WERNET et al., 2014). Associados à utilização de estratégias para promover a confiança da mulher, o apoio e as orientações oferecidas nas primeiras semanas após o parto elevam a autoeficácia em amamentar e podem garantir sucesso no aleitamento (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Salienta-se ainda que o período puerperal é de fundamental importância para que o aleitamento materno se efetive, além de ser um período de aprendizado e adaptação para mãe, filho e família, o que demanda um acompanhamento intensivo após o parto. É possível indicar que o puerpério imediato é um período em que as mulheres apresentam muitas dificuldades com o aleitamento materno, mas que ao longo do tempo elas são minimizadas, desde que o acompanhamento e o apoio sejam prestados ao longo desse processo (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013). Dessa maneira, justifica-se a importância da utilização do álbum seriado nesse período, pois possibilitou sustentar ou elaborar crenças positivas de autoeficácia nas mulheres do grupo intervenção.

Os primeiros dias após o parto são cruciais para a prática do aleitamento materno, sendo necessário que os profissionais atuem junto às puérperas e seus familiares para solucionar problemas ou dificuldades inerentes a esse período (ALVES et al., 2014). Assim, retoma-se a importância de se utilizar ferramentas que permitam esse contato mais próximo do profissional e que possibilitem a interação entre as mulheres que se encontram no mesmo período ou que já vivenciaram esse momento.

Reconhecendo a relevância do período puerperal, tem-se desenvolvido tecnologias educativas pautadas na autoeficácia em amamentar, como é o caso do álbum seriado utilizado

no presente estudo; e que promovam a adoção da amamentação exclusiva por um período maior (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012). As tecnologias educativas podem complementar a assistência no sentido de esclarecer e promover a amamentação e a autoeficácia materna em amamentar (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014).

A prática educativa contribui ainda para o desenvolvimento da atitude crítico-reflexiva dos indivíduos, garantindo uma tomada de decisão consciente, além de garantir a troca de experiências e vivências entre os indivíduos e o profissional. Ao utilizar estratégias de cuidado diferenciadas, o profissional permite à mulher sentir-se acolhida, segura e confiante para estabelecer a amamentação, desenvolvendo um cuidado humanizado (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014).

Corroborando com o que foi ressaltado, mulheres de Cingapura randomizadas para a intervenção pós-natal a partir da utilização de um consultor em amamentação e guias impressos sobre amamentação foram significativamente mais propensas a amamentar exclusivamente até os seis meses após o parto. Em duas semanas após o parto, 38% das mulheres randomizadas para a intervenção pós-natal estavam amamentando exclusivamente, em comparação com 21% das mulheres que receberam assistência hospitalar de rotina. Aos seis meses, 19% das mulheres do grupo de intervenção pós-natal ainda encontravam-se amamentando exclusivamente seus filhos, em comparação com 9% das mulheres do grupo controle (SU et al., 2007).

Em diversos locais, tanto no Brasil quanto em outros países, pesquisadores apontam resultados satisfatórios ao serem utilizadas intervenções educativas que são capazes de modificar positivamente a autoeficácia em amamentar, como o uso de vídeo, folheto, livro interativo, álbum seriado, dentre outros. O alojamento conjunto pode ser considerado um local apropriado para a utilização de tais ferramentas, pois possibilita a realização dos cuidados básicos à puérpera e ao recém-nascido, além de orientações e apoio que visem à prática do aleitamento materno (DODT et al., 2013).

As orientações e intervenções dos profissionais de saúde no apoio à nutriz são importantes, uma vez que os obstáculos ao aleitamento materno são inúmeros, envolvendo, principalmente, mitos e desinformação (SOUZA; FERNANDES, 2014). Nesse momento, é oportuno que o profissional considere a autoeficácia, que se configura na confiança pessoal em executar com sucesso um comportamento necessário para atingir um resultado esperado, por meio de estratégias de educação em saúde (DODT et al., 2013).

Ao serem examinados os efeitos de uma intervenção baseada no reforço da autoeficácia realizada a partir da utilização do material educativo “Aconselhamento em

Amamentação”, disponibilizado pela OMS e UNICEF, com mulheres chinesas, pesquisadores constataram que a intervenção utilizada teve um impacto significativo na autoeficácia em amamentar e na duração do aleitamento materno entre as primíparas. As mulheres do grupo intervenção apresentaram significativamente maior média de escores na BSES-SF em quatro e oito semanas após o parto, quando comparadas com o grupo controle, destacando-se que a intervenção foi significativa para predizer a exclusividade da amamentação (WU et al., 2014).

As mulheres que acreditam serem capazes de amamentar e superar os desafios da amamentação apresentam melhor percepção da oferta de leite suficiente. Assim, intervenções que abrangem o período pré-natal até o pós-natal são eficazes e promovem a autoeficácia em amamentar, minimizando os desafios que possam surgir durante a amamentação e até mesmo para superá-los com êxito (SHAHLA; FAHY; KABLE, 2010).

Um fator importante e que contribui com o aumento da autoeficácia em amamentar é o contato pele a pele imediato, logo após o parto, da mãe com o filho. Esse contato fornece estimulação verbal e tátil, melhora comportamentos de amamentação de recém-nascidos a termo, aumenta os níveis de satisfação materna, fazendo com que a mulher ganhe mais confiança na sua capacidade de amamentar e de cuidar do filho, sendo um método fácil, barato e não invasivo (AGHDAS; TALAT; SEPIDEH, 2014).

De acordo com estudo de revisão sistemática, a utilização de intervenções direcionadas aos fatores psicossociais que interferem na oferta de aleitamento materno podem elevar os níveis de autoeficácia, principalmente, nas primeiras semanas após o parto, além de contribuir com a duração do aleitamento exclusivo (JAGER et al., 2013).

No Japão, ao ser utilizado um livro para promoção da autoeficácia em amamentar, foi possível identificar no grupo intervenção que houve elevação da pontuação da BSES-SF até quatro semanas após o parto, além de contribuir para a prática do aleitamento materno exclusivo. O uso de intervenções associadas ao cuidado prestado à mulher e à criança é necessário para melhorar a amamentação exclusiva e a autoeficácia materna em amamentar (OTSUKA et al., 2014).

Um programa de treinamento no pré-natal desenvolvido na Dinamarca indicou que as mulheres do grupo intervenção, ao final do programa, expressaram um nível maior de autoeficácia do que as mulheres do grupo controle. Após o nascimento do filho, as mulheres do grupo intervenção relataram ainda apresentar conhecimento suficiente a respeito do aleitamento materno, contribuindo para elevar a sua autoeficácia em amamentar (KRONBORG; MAIMBURG; VAETH, 2011).

Ao ser realizada uma síntese de estudos que utilizaram intervenções que incidiam sobre o aleitamento materno e a autoeficácia, foi destacada a importância de que os profissionais que atendem a mulher e a criança participem de intervenções educativas para melhorar a sua própria confiança para promover o aleitamento materno. Ressalta-se ainda a necessidade de uma abordagem mais ampla para facilitar a amamentação em todos os locais e durante, pelo menos, os dois anos da criança (WATKINS; DODGSON, 2010).

É importante então que os profissionais motivem as mulheres em direção à prática do aleitamento materno, com vistas a contribuir para o aumento dos níveis de autoeficácia em amamentar, demonstrando que o reforço da autoeficácia é um mecanismo importante para a amamentação. Estimular a participação das mulheres na tomada de decisões a respeito da amamentação também é uma estratégia útil para aumentar a sua confiança (DEMIRTAS, 2012).

Ao relacionar a autoeficácia em amamentar com os sintomas depressivos após o parto, estudo realizado na Noruega apontou que as mulheres com altos níveis de autoeficácia em amamentar tendem a apresentar baixas pontuações na escala de sintomas depressivos após o parto. Assim, a maneira de influenciar os sintomas depressivos após o parto seria aumentando a autoeficácia da mulher no que se refere à amamentação, pois aquelas que obtiveram maior pontuação na autoeficácia em amamentar em seis semanas demonstraram uma ligeira diminuição dos sintomas depressivos em comparação com aquelas que obtiveram menores pontuações (HAGA et al., 2012).

Além disso, a redução da autoeficácia na amamentação pode levar a mulher a apresentar um sentimento de responsabilidade em que ela não é capaz de lidar com isso, tornando-se uma barreira para o sucesso dessa prática, o que ainda pode ser reforçado pelo companheiro e familiares, principalmente, a mãe. Com isso, a mulher passa a visualizar a amamentação como um obstáculo psicológico, cada vez mais difícil de concretizar (ENTWISTLE; KENDALL; MEAD, 2010).

De acordo com a teoria da autoeficácia proposta por Bandura (2012), a mulher que se considera confiante em colocar o filho para amamentar experimenta uma sensação de sucesso ou maestria que lhe garante mais confiança para continuar a amamentar. Ainda, o ambiente em que a mulher vive e o apoio do companheiro e familiares tem impacto significativo no comportamento da mulher durante a amamentação (ENTWISTLE; KENDALL; MEAD, 2010).

As questões emocionais também podem refletir na autoeficácia e na amamentação, pois o medo, a dor, a perda de controle e o trauma no momento do nascimento são elementos

importantes dessa experiência, pois mulheres que apresentaram essas experiências e sentimentos influenciaram de forma negativa a autoeficácia em amamentar. O apoio recebido pelos profissionais e familiares é importante para reforçar a autoeficácia materna em amamentar, fazendo com que a mulher confie em sua capacidade de realizar o aleitamento materno com êxito (ENTWISTLE; KENDALL; MEAD, 2010).

Isso reforça a importância da presente pesquisa com uma abordagem grupal, bem como a utilização de uma tecnologia educativa baseada na autoeficácia em amamentar. Além da discussão em grupo e da troca de experiências e vivências, o álbum seriado permitiu que a mulher visualizasse o seu cotidiano durante o processo de amamentação, refletindo a respeito das dificuldades que poderiam ser vivenciadas ao longo desse processo.

Na Espanha, também foi comprovado que a utilização de uma intervenção baseada em uma escala que retrata as experiências anteriores das mulheres com relação ao aleitamento materno pode efetivamente melhorar a autoeficácia materna e reduzir a angústia psicológica nas mulheres que amamentam (PEREZ-BLASCO; VIGUER; RODRIGO, 2013). A utilização de intervenção que promova a autoeficácia em amamentar melhorou os índices de autoeficácia e de aleitamento materno exclusivo em Hospitais Amigos da Criança, indicando a importância da utilização de intervenções complementares para contribuir com a amamentação exclusiva por um período maior, mesmo em hospitais que seguem as recomendações da OMS (OTSUKA et al., 2014).

No presente estudo, foi constatado no grupo intervenção que a prática do aleitamento materno exclusivo, aos 120 dias de acompanhamento, apresentou os maiores índices (45,8%) quando comparado ao grupo controle (32,5%). E que a chance de amamentar exclusivamente foi de 1,75 vezes maior no grupo que recebeu a intervenção educativa em sessão grupal, por meio do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho”.

Sendo assim, comprova-se a hipótese de que os índices de aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida da criança seriam elevados para as puérperas que participassem da intervenção educativa em sessão grupal, comparadas com aquelas que recebessem intervenção convencional da unidade.

Em São Carlos/SP, estudo identificou que a partir de quatro encontros (10, 30, 90 e 180 dias após o parto) a prática do aleitamento materno exclusivo foi reduzida, pois no primeiro encontro (10 dias após o parto) 170 mulheres ofereciam leite materno, no segundo (30 dias após o parto) 120 mulheres praticavam o aleitamento materno, no terceiro (90 dias após o parto) 87 mulheres ofereciam leite materno ao filho, e no quarto (180 dias após o parto) apenas 17 mulheres ofereciam somente leite materno aos seus filhos, revelando que o

aleitamento materno exclusivo era concretizado por uma minoria. Houve uma complementação da alimentação das crianças com outras fontes de nutrição, pois 126 mães ofereceram, além do leite materno, chá, sucos, alimentos sólidos e leite artificial (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013).

Ao serem monitoradas puérperas a partir do sétimo dia após o parto, residentes em São Paulo, identificou-se, no início do acompanhamento, que 100% das mulheres praticavam o aleitamento materno exclusivo. Porém, no décimo quinto dia pós-parto, 8% das mulheres haviam introduzido algum complemento, aos 30 dias 15% delas utilizavam o leite artificial como complemento do leite materno, e 1% já havia desmamado o filho. O fato evidenciou que a prática do aleitamento materno exclusivo apresentou um declínio progressivo, chegando a 79% aos 60 dias (SOUZA; FERNANDES, 2014).

A mulher que recebe respostas positivas da criança com relação ao aleitamento materno sente-se confiante e capaz de cuidar do filho e interpreta as reações da criança como um reforço positivo para continuar a amamentação. Além disso, o apoio das pessoas próximas conduz a mulher a apresentar segurança na amamentação e a faz superar as dificuldades iniciais com o aleitamento materno, ganhando confiança para realizar essa prática (PALMÉR et al., 2015). Corroborando com este achado, foi verificado que primíparas chinesas que apresentavam mais confiança em seu desempenho de amamentação tinham chances maiores de amamentarem seus filhos exclusivamente, independente do momento do estudo (KU; CHOW, 2010).

Dialogar e estabelecer uma troca de informações adequadas e consistentes contribui com a autoeficácia e faz com que a mulher sinta-se capaz de amamentar filho, independente de suas características individuais. Ao ser reforçada a autoeficácia em amamentar no pós-parto imediato, podem-se reduzir a percepção materna de leite insuficiente e a interrupção prematura da amamentação, bem como sua suplementação com outros tipos de leite (DEMIRTAS, 2012).

Propõe-se ainda que a utilização de um programa de promoção da amamentação entre o oitavo mês de gestação e os primeiros três meses pós-parto pode garantir aumento na expectativa de autoeficácia da mulher, pois foi observada elevação na duração do aleitamento materno exclusivo de 48% no grupo experimental. Explica-se esse fato pelo aumento significativo de conhecimento que as mulheres adquiriram e a crença na amamentação exclusiva até os seis meses de vida do filho (MESTERS et al., 2013).

Na cidade de São Paulo/SP, um monitoramento realizado com 211 mulheres apontou que 94,3% mantiveram o aleitamento materno exclusivo aos 15 dias após a alta hospitalar. Ao

final dos 180 dias de monitoramento, 34,1% das mulheres permaneciam em aleitamento materno exclusivo, destacando-se que no período de 60 dias houve maior número de abandonos da amamentação exclusiva e de desmames (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Assim, para que a prática da amamentação seja favorecida, a mulher precisa encarar a amamentação como algo que satisfaz as suas expectativas construídas sobre o ato de aleitar. A dedicação exigida e a transposição das dificuldades permitem que a mulher sinta prazer ao realizar essa prática, fazendo com que esse processo ocorra mais facilmente (WERNET et al., 2014).

Uma intervenção de promoção da autoeficácia em amamentar indicou que as mulheres chinesas do grupo que receberam a intervenção realizaram o aleitamento materno exclusivo em maiores índices do que o grupo controle, em ambos os momentos (quatro e oito semanas após o parto). No entanto, as taxas de aleitamento materno exclusivo foram baixas no estudo, pois, em ambos os grupos, menos de 60% das mulheres amamentaram exclusivamente até as oito semanas de acompanhamento (WU et al., 2014).

Ao se comparar o tipo de alimentação entre as mulheres japonesas que deram à luz em Hospital Amigo da Criança e hospitais que não correspondiam a essa classificação, identificou-se que a taxa de aleitamento materno exclusivo em quatro semanas após o parto nos Hospitais Amigo da Criança foram superiores no grupo que recebeu intervenção por meio de um livro de promoção da autoeficácia na amamentação do que no grupo controle. Porém, a intervenção utilizada não foi efetiva para promover o aleitamento materno em 12 semanas após o parto, independente do tipo de hospital, sendo sugerido que intervenções adicionais sejam implementadas nesse período (OTSUKA et al., 2014).

A utilização de uma intervenção composta por um protocolo de intervenção de enfermagem para a promoção da autoeficácia materna em amamentar aplicada com 150 mulheres canadenses divididas em grupo intervenção e controle identificou que, no grupo intervenção, 14,1% das mulheres suspenderam a amamentação em quatro semanas após o parto, e mais 17,3% interromperam entre quatro e oito semanas após o parto. No grupo controle os índices foram mais elevados, sendo que 25,6% das mulheres interromperam o aleitamento materno em quatro semanas, e 9,4% haviam desmamado o filho entre quatro e oito semanas, demonstrando que a utilização de intervenções educativas pode reduzir o desmame precoce (McKEEN et al., 2011).

Da mesma forma, em um estudo que se propôs a desenvolver um curso de formação no pré-natal, constatou-se um aumento do número de mulheres que afirmaram ter conhecimento suficiente sobre o aleitamento materno seis semanas após o parto, refletindo em

um período prolongado de aleitamento materno no grupo intervenção (KRONBORG; MAIMBURG; VAETH, 2011).

Uma síntese de estudos que utilizaram intervenções para promoção da amamentação indicou que a duração do aleitamento materno e da taxa de aleitamento materno exclusivo aumentou significativamente quando o enfermeiro ou outro profissional de saúde realizava a promoção da amamentação por meio de alguma intervenção educativa. No entanto, as taxas de aleitamento materno reduziram drasticamente após a alta hospitalar, revelando a necessidade de intervenções adicionais associadas à rotina hospitalar para que se promova e apoie a amamentação (WATKINS; DODGSON, 2010).

Na Noruega, estudo realizado para avaliar o impacto do cuidado da família na autoeficácia e no aleitamento materno constatou que as crianças do grupo experimental foram amamentadas por até três meses após a alta e houve uma tendência para um maior número delas serem amamentadas exclusivamente, quando comparadas ao grupo controle (WATAKER; MEBERG; NESTAAS, 2012).

Os dados aqui apresentados indicam elevação das taxas de aleitamento materno ao longo do acompanhamento no grupo intervenção (gráfico 2), mantendo um percentual elevado de oferta de leite materno. Em contraponto, no grupo controle, aos 30 dias de acompanhamento, 60% das mulheres já estavam oferecendo aleitamento artificial.

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

Sabe-se que a intervenção grupal aqui proposta retrata, na figura 3 do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho”, a importância da mulher identificar que o seu leite é suficiente, avaliando a saúde e o comportamento do filho, por meio da pesagem da criança, da quantidade de urina no dia, do sono, entre outras formas (DODT et al., 2012; RODRIGUES et al., 2013).

A introdução precoce da mamadeira para a oferta de leite artificial também representa uma das maiores preocupações dos profissionais da saúde (WERNET et al., 2014). Estudo indica que, ao longo do período de acompanhamento das mulheres, o uso de mamadeira se tornou frequente, uma vez que no primeiro encontro 24 mulheres ofereciam a mamadeira; no

segundo, 69; no terceiro, 79; e no quarto o número foi elevado para 109 mulheres (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013).

No entanto, muitas das orientações se concentram nas desvantagens do uso da mamadeira e acabam não investigando o real motivo para essa oferta, como os sentimentos e experiências das mulheres e de sua família com relação à prática do aleitamento materno, incluindo a autoeficácia da mulher em amamentar o filho. Faz-se necessário que todos da equipe de saúde mantenham o mesmo discurso e condutas em prol do aleitamento. Porém, os profissionais precisam livrar-se da concepção de que são os únicos detentores do saber e considerar que a mulher e sua família carregam uma bagagem de conhecimentos e crenças que interferem diretamente na manutenção da oferta do leite materno e na introdução de outros tipos de leite (WERNET et al., 2014).

É importante ressaltar também que a introdução de outros alimentos na dieta da criança deve ser acompanhada e orientada pelos profissionais, uma vez que a partir dessa introdução a frequência das mamadas deve ser mantida, pois tais alimentos não são substitutos da amamentação e sim agem como suplementos a ela. Essa introdução deve ocorrer a partir dos seis meses de vida da criança, pois pode causar diminuição da ingestão de leite materno e expor a criança a infecção, quando oferecidos antes desse período (PRIMO et al., 2013).

Para garantir que a mulher amamente até os seis meses de vida do filho, sem introduzir precocemente outros alimentos ou até mesmo desmamar, a legislação trabalhista brasileira oferece condições favoráveis no que diz respeito à amamentação. No entanto, o trabalho materno é visto como uma barreira à prática do aleitamento materno, visto que a sua manutenção depende de vários fatores, como o tipo de profissão e sua carga horária, o ambiente de trabalho, o suporte da família. Assim, a enfermagem pode orientar as mulheres lactantes a respeito da manutenção da lactação, considerando cada situação e realidade em que a mulher está inserida (PRIMO et al., 2013).

A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses também é retratada no álbum seriado utilizado no presente estudo, uma vez que a figura 7 representa a mulher retornando para o serviço de saúde, momento em que o profissional da saúde deve reforçar o período de oferta somente de leite materno, fazendo com que a mulher reflita a respeito das estratégias que irá utilizar para manter a lactação.

Diante disso, evidenciou-se que a utilização do álbum seriado como intervenção educativa em sessão grupal promoveu a oferta de aleitamento materno em detrimento do aleitamento artificial. Além disso, garantiu que um maior número de mulheres do grupo

intervenção realizasse o aleitamento materno exclusivo ainda aos 120 dias de acompanhamento, aumentando as chances de ofertar esse padrão alimentar ao filho.

Também não houve associações para a oferta de aleitamento materno exclusivo de acordo com as variáveis sociodemográficas, obstétricas, da gestação e do parto atuais. Entretanto, a chance para oferecer outro alimento que não fosse o aleitamento materno exclusivo apresentou-se mais elevada (1,8 vezes) no grupo intervenção com relação às mulheres com até 19 anos de idade. A variável primípara também apresentou chance mais elevada de oferecer outro alimento que não seja o aleitamento materno exclusivo tanto no grupo intervenção (1,3 vezes) quanto no grupo controle (1,4 vezes).

A idade materna é considerada um fator não modificável importante para a interrupção precoce da amamentação (FROTA; MARCOPITO, 2004; FRANÇA et al., 2007; MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010; WARKENTIN et al., 2013). As mães mais jovens apresentam taxas de aleitamento materno inferiores em relação às mulheres mais velhas, além de apresentarem escores de autoeficácia reduzidos no puerpério (BAILEY; CLARK; SHEPERD, 2008).

O fato de as primíparas não terem vivenciado a amamentação também pode interferir nesse processo, uma vez que as experiências vividas pelas mulheres e/ou seus familiares possuem forte influência no modo como elas irão encarar o aleitamento materno. Em contraponto, as puérperas que já tinham vivenciado a amamentação e que apresentaram experiências positivas dessa prática amamentaram por maior período e demonstraram desejo em manter a oferta de leite materno ao filho (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Conforme uma das fontes de autoeficácia, que é a experiência de domínio ou pessoal, as mulheres que tiveram vivências positivas, provavelmente, terão sucesso no início da amamentação e poderão mantê-la por maior período quando comparadas com aquelas que apresentaram eventos negativos ao longo dessa prática. Com isso, existem indícios de que ter amamentado anteriormente é um fator de motivação e confiança para que a mulher deseje amamentar novamente e prolongue o período de aleitamento materno (BANDURA; AZZI; POLYDORO; 2008; BANDURA, 2012; PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Mesmo que as orientações relacionadas com a técnica de amamentação e outros elementos do ponto de vista biológico tenham um papel importante, só a realidade concreta de ser mãe irá proporcionar à mulher elementos para definir ações e tomar decisões a respeito do aleitamento. Porém, a prática de amamentar é uma experiência que implica no envolvimento de uma série de fatores maternos e outros relacionados ao recém-nascido, a qual não está na dependência exclusiva de uma decisão prévia de amamentar ou não (ALVES et al., 2014).

Destaca-se também a influência das crenças, mitos e tradições repassados na família e comunidade e que acabam afetando diretamente a amamentação, pois, após o nascimento, as pessoas do círculo de convivência da mulher acabam influenciando os cuidados prestados a ela e ao recém-nascido. Diante disso, os profissionais que prestam assistência direta à mulher, ao recém-nascido e à sua família devem considerar os aspectos culturais e as vivências que envolvem essa mulher e sua família, no sentido de garantir que esses fatores não interfiram na prática do aleitamento materno (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Outra fonte que interfere na autoeficácia em amamentar que influencia no processo de amamentação é a experiência vicária, pois as vivências positivas anteriores de outras pessoas também podem representar para as mulheres um fator determinante na decisão de aleitar ou não o filho (BANDURA; AZZI; POLYDORO; 2008; BANDURA, 2012). Dessa forma, pode-se indicar que o meio social se torna também responsável pelas interferências na decisão de amamentar, transmitindo mitos, crenças e valores entre as mulheres (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014).

Estudo realizado na Suécia, com o objetivo de compreender as decisões das mulheres em continuar ou cessar o aleitamento materno, identificou que a segurança para amamentar é influenciada pelas pessoas que convivem com a mulher, como profissionais, familiares e amigos. Ressalta-se que a decisão de seguir amamentando ou não após a mulher ter apresentado dificuldades no início do aleitamento materno depende de ela sentir-se segura em relação à amamentação (PALMÉR et al., 2015).

Nesse contexto, a persuasão verbal contribui para a redução dessas influências, voltando o olhar da mulher para os benefícios e a importância da amamentação, mesmo que ela apresente aspectos emocionais negativos envolvendo o aleitamento materno. A persuasão realizada verbalmente pode reforçar e explorar as experiências e vivências das mulheres, desmitificando alguns fatores que, muitas vezes, impedem que a amamentação ocorra (ENTWISTLE; KENDALL; MEAD, 2010; BANDURA, 2012).

Corroborando com o estudo, em que foi identificado que tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle as chances das primíparas oferecerem outro alimento ao filho em detrimento do leite materno foram elevadas, estudo realizado em Hong Kong, também com mulheres primíparas, indicou que o fato de não terem vivenciado a amamentação fez com que elas ficassem menos satisfeitas com as experiências atuais de amamentação. Também não se sentiam confortáveis em amamentar em público e na frente da família, além de depender do apoio da família para seguir amamentando o filho (KU; CHOW, 2010).

Estudo realizado com adolescentes no Canadá identificou que a elevada pontuação na BSES-SF e a consequente oferta de aleitamento materno exclusivo estavam relacionadas com o fato de as adolescentes apresentarem experiência anterior com amamentação (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

Na presente pesquisa ainda foi possível identificar que as puérperas que haviam participado da intervenção educativa de maneira grupal apresentaram média da oferta de aleitamento materno exclusivo superior ao grupo controle. Além disso, a média dos escores de autoeficácia em amamentar aos 30 dias de acompanhamento com relação à oferta de aleitamento materno exclusivo foi superior no grupo intervenção em comparação com o grupo controle.

Outro estudo também identificou um escore médio de autoeficácia superior nas mulheres que praticavam o aleitamento exclusivo, em comparação com as que ofereciam aleitamento materno misto (ZUBARAN; FORESTI, 2013). Além disso, ao ser avaliada a relação da autoeficácia com o tempo de amamentação, não foi encontrada diferença, no entanto, pôde-se afirmar que as mulheres com elevada autoeficácia amamentaram exclusivamente por maior período (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Na China, quando se avaliou os efeitos de uma intervenção para promover a autoeficácia em amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo, foi possível identificar que as mulheres que apresentaram escores mais elevados de autoeficácia em amamentar eram mais propensas a amamentar exclusivamente por oito semanas ou mais (WU et al., 2014). Estudo de revisão da literatura também apontou que a baixa confiança da mulher com relação ao aleitamento materno, ou seja, baixa autoeficácia, está associada com o desmame precoce, sendo considerada um fator importante na tomada de decisão sobre desmamar precocemente seu filho (SHAHLA; FAHY; KABLE, 2010).

Existem fortes associações positivas entre a autoeficácia em amamentar e a duração do aleitamento materno exclusivo, uma vez que a ocorrência do desmame antecipadamente para as mães com baixa autoeficácia chega ao dobro em relação às mães com elevada autoeficácia. Também um elevado escore de autoeficácia em amamentar pode ser correlacionado positivamente com a intenção de amamentar exclusivamente e por um período mais longo (JAGER et al., 2013).

Estudos apontam que uma maior pontuação na BSES-SF está positivamente associada com o aleitamento materno exclusivo (KU; CHOW, 2010; KRONBORG; MAIMBURG; VAETH, 2011). Em Nova York, as mulheres que apresentaram níveis mais elevados de autoeficácia em amamentar mantiveram o aleitamento materno por até seis semanas após o

parto, sendo este o único fator associado com a prática da amamentação exclusiva (GLASSMAN et al., 2014).

Semelhante a isso, mulheres canadenses avaliadas no pré-natal e após o parto, que estavam amamentando exclusivamente, apresentaram maiores escores na BSES-SF quando comparadas com aquelas que ofereciam aleitamento misto ou mamadeira. Ainda mantinham elevados índices de autoeficácia em amamentar quatro semanas pós-parto, concluindo que a autoeficácia é uma variável importante que pode afetar os resultados da amamentação (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011).

A intenção da mulher de oferecer o leite materno para o filho está pautada em variáveis modificáveis, como a autoeficácia, pois a baixa autoeficácia em amamentar pode levar a mulher a ofertar outro tipo de leite (CABIESES et al., 2014). Assim, é necessário utilizar estratégias que promovam a autoeficácia, com vistas a melhorar os índices de aleitamento materno exclusivo.

Retoma-se que a autoeficácia depende da expectativa de eficácia e não apenas da expectativa de resultados, pois a mulher, apesar de conhecer a técnica e os benefícios do aleitamento materno, se apresentar dúvidas com relação à sua capacidade para amamentar, a expectativa de resultado por si só não influencia o seu comportamento. Por isso que muitas mulheres não conseguem manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, uma vez que somente o conhecimento não garante à mulher a confiança necessária para sustentar a amamentação.

Diante disso, a utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” em sessão grupal possibilitou alcançar resultados satisfatórios, garantindo às mulheres confiança em sua habilidade para amamentar o filho. Possibilitou a troca de experiências e vivências positivas anteriores, contribuindo para que o aleitamento materno exclusivo fosse realizado por maior período, uma vez que as figuras do álbum retratam a realidade das mulheres e estão pautadas no referencial de autoeficácia em amamentar.

7 CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo, foi possível avaliar a eficácia da estratégia educativa aplicada em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo. Assim, foram evidenciados os seguintes achados:

- A amostra do estudo constou de 208 puérperas, 104 delas fazendo parte do grupo intervenção e 104, do grupo controle. Dessa maneira, constatou-se a homogeneidade da amostra para os dois grupos com relação à maioria das variáveis estudadas: características sociodemográficas, obstétricas e da gestação atual, histórico de amamentação, variáveis do parto, nascimento e da alimentação do recém-nascido no alojamento conjunto, pois não houve associação entre os grupos.
- Evidenciou-se que a média dos escores da BSES-SF no alojamento conjunto foi semelhante para os dois grupos, indicando distribuição homogênea da amostra com relação a essa variável.
- Foi identificado maior percentual de mulheres com autoeficácia alta (52 a 70 pontos) no grupo intervenção ($p= 0,002$) ao longo do período de acompanhamento (alojamento conjunto, 15, 30, 60, 90 e 120 dias).
- Constatou-se diferença nas médias dos escores de autoeficácia entre as mulheres do grupo intervenção e do grupo controle nos momentos de acompanhamento (15, 30, 60, 90 e 120 dias após o parto), evidenciando um aumento da autoeficácia no grupo intervenção até os 120 dias.
- A prática do aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após o parto foi maior no grupo intervenção, com chance de amamentar exclusivamente de 1,75 vezes no grupo de puérperas que receberam a intervenção educativa.
- Identificaram-se maiores índices de aleitamento materno (aleitamento materno exclusivo, predominante ou complementado) no grupo intervenção, mantendo-se acima dos 52% em todos os momentos de acompanhamento.
- A chance para oferecer outro alimento que não fosse o aleitamento materno exclusivo no grupo intervenção foi 1,8 vezes mais elevada nas mulheres que apresentaram faixa etária até 19 anos.

- As mulheres primíparas do grupo controle e do grupo intervenção também apresentaram chances elevadas (1,4 e 1,3 vezes, respectivamente) para oferecer outro alimento ao filho em substituição ao aleitamento materno exclusivo.
- No grupo intervenção, a média de autoeficácia em amamentar foi superior quando associada ao aleitamento materno exclusivo aos 30 e 90 dias de acompanhamento.

O presente estudo utilizando o álbum seriado em sessão grupal garante ao profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, utilizar uma tecnologia que propicie a troca de saberes entre os sujeitos. Além disso, o álbum permite que as orientações sejam mediadas por um momento de interação mais atrativo e prático do que intervenções educativas convencionais, ao mesmo tempo em que minimiza dúvidas e reforça informações apresentadas nas suas figuras.

Mesmo o álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” ter sido construído e validado na região nordeste do Brasil (Fortaleza, CE) não houve diferenças regionais no momento da sua aplicação em outra região do país (Santa Maria, RS). Ressaltando a importância da sua utilização na rotina dos profissionais que atuam na promoção do aleitamento materno, seja no pré-natal ou no puerpério, em diversas localidades do Brasil.

A utilização da estratégia educativa em sessão grupal ainda garante efetividade para as ações de educação em saúde realizadas pelo profissional, uma vez que otimiza o seu tempo e abrange um maior número de usuários do serviço, pois, muitas vezes, essas práticas não são realizadas devido a falta de tempo ou profissional para realizá-la.

A partir do estudo foi possível constatar que houve modificação ou reforço da autoeficácia materna em amamentar com a utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” em sessão grupal, além de promover a amamentação. Assim, os escores de autoeficácia em amamentar, verificados por meio da BSES-SF, foram elevados, repercutindo na oferta de aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, na redução de custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) uma vez que a promoção do aleitamento materno exclusivo, dentre tantos benefícios, pode reduzir a incidência de doenças ao longo da vida dos indivíduos.

Com isso, comprova-se a tese proposta de que a estratégia educativa mediada pelo álbum seriado e realizada em sessão grupal é eficaz para a promoção da autoeficácia em amamentar e para o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo por maior período.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Mesmo que as evidências deste estudo tenham sido apresentadas de maneira consistente e relevante para a promoção da autoeficácia materna em amamentar e para a prática do aleitamento materno exclusivo, seguindo um rigor metodológico para a realização de estudos experimentais, é possível elencar algumas limitações no decorrer no estudo. Tais limitações referem-se à falta de homogeneidade na linha de base da amostra com relação à renda familiar e à dificuldade do contato telefônico com as puérperas ao longo do período de acompanhamento do estudo.

Indica-se a necessidade de divulgação do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” para a comunidade acadêmica e para os profissionais que atuam diretamente com as mulheres logo após o parto, como também aos que atuam no acompanhamento da mulher e do filho nas unidades básicas de saúde, garantindo capacitação para que possam utilizá-lo. Além disso, ressalta-se a realização das intervenções educativas de maneira periódica, em um curto espaço de tempo, no sentido de reforçar continuamente a autoeficácia materna em amamentar.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos que associem a utilização do álbum seriado no pré-natal como também no período puerperal, realizando um acompanhamento da prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, período em que se preconiza apenas a utilização de leite materno como forma de alimentação da criança. Ressalta-se, ainda, a necessidade de utilização de outros delineamentos metodológicos mediante outros contextos e populações que reforcem a importância da autoeficácia na prática do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

- AGHDAS, K.; TALAT, K.; SEPIDEH, B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. **Women and Birth**, v.27, p.37-40, 2014.
- AHMED, A.H. Breastfeeding Preterm Infants: An Educational Program to Support Mothers of Preterm Infants in Cairo, Egypt. **Pediatric Nursing**, v.34, n.2, p.125-139, 2008.
- ALBUQUERQUE, S.S.L. *et al.* A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Cienc saúde coletiva**, v.15, n.2, p.371-8, 2010.
- ALUŞ TOKAT, M; OKUMUŞ, 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, p.101–108, 2010.
- ALVES, V.H. *et al.* Reflexões sobre o valor da amamentação como prática de saúde: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, p.203-10, 2014.
- ANSARI, S. *et al.* The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahvaz, Iran. **International Scholarly Research Notices**, vol. 2014, 6 pages, 2014. doi:10.1155/2014/510793.
- ARNOLD, C.L. *et al.* Assessment of newborn screening parent education materials. **Pediatrics**, v.117, n.5, p.320-5, 2006.
- ASSUNÇÃO, A.P.F. *et al.* Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.11, p.6329-35, 2013.
- 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, 2010.
- BACKES, V.M.S. *et al.* Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.6, p.858-65, 2008.
- BAILEY, J.; CLARK, M.; SHEPHERD, R. Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. **British Journal of Midwifery**, v.16, n.3, p.172-8, 2008.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v.84, n.2, p.191-215, 1977.
- _____. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- _____. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, v.25, p.729-35, 1989.

_____. **Self-efficacy: the exercise of control.** W.H. Freeman and company: New York, 1997.

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

BANDURA, A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **Journal of Management**, v.38, n.1, p.9-44, 2012.

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

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

BECKER, T.A.C.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Intervenção de enfermagem na aplicação de insulina: acompanhamento por telefone. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.1, p.67-73, 2012.

BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.4, p.203-9, 2009.

BLANCO, A.B. Creencias de autoeficacia de estudantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. **RELIEVE**, v.16, n.1, p.1-28, 2010.

BOSNJAK, A.P. et al. Psychometric assessment of the Croatian version of the Breastfeeding Self-efficacy Scale Short Form. **Journal of Human Lactation**, v.28, n.4, p.565-9, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990.** 2. ed. atualiz. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dicas para o bem-estar da criança.** Brasília: Ministério da Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil:** relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Nota Técnica 26/2013. **Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

CABIESES, B. *et al.* What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: A multi-methods, multi-ethnic study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, p.50, 2014.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; COSTA, M.P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, p.62-9, 2007.

CARVALHO, O.M.C. *et al.* Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Rev Rene**, v.15, n.1, p.99-107, 2014.

CASTRO, M.S. *et al.* Development and validity of a method for the evaluation of printed education material. **Pharmacy Practice**, v.5, n.2, p.89-94, 2007.

CAVALCANTI, C.R.P. Crenças de autoeficácia: uma perspectiva sociocognitiva no ensino do instrumento musical. **Revista da ABEM**, v.21, p.93-102, 2009.

CLAPIS, C.V., FABBRO, M.R.C., BERETTA, M.I.R. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.4, p.704-10, 2013.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl. 1, p.1523-31, 2009.

CORDEIRO, M.T. **Postura, posição e pegadas adequadas: um bom início para a amamentação**. In: REGO, J.D. Aleitamento Materno. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

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

CRISPIM, Z.M. *et al.* Atividades grupais na promoção da saúde feminina: revisão integrativa. **Rev Rene**, v.12, n.3, p.636-44, 2011.

CYRILLO, D.C. *et al.* Duas décadas da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes: há motivos para comemorar? **Revista Pan-americana de Salud Pública/ Journal of the Pan-American Health Organization**, v.25, n.2, 2009.

CZUBA, C.E. Empowerment: what is it? **Journal of Extension**, v.37, n.5, p.1-6, 1999.

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

D'ARTIBALE, E.F.; BERCINI, L.O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, p.109-17, 2014.

DEMIRTAS, B. Strategies to support breastfeeding: a review. **Int Nurs Rev**, v.59, n.4, p.474-81, 2012.

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

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

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

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. **Research in Nursing & Health**, v.22, p.399-409, 1999.

DENNIS, C.L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric Testing of the breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. **J Adolesc Health**, v.49, n.3, p.265-71, fev. 2011.

DIAS, F.A.; TAVARES, D.M.S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.2, p.70-7, 2013.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Learner verification and revision of materials**. In: DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. Teaching patients with low literacy skills. 2. ed. J. B. Lippincott Company: Philadelphia, 1996. p.167-88.

DODT, R.C.M. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em puérperas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.9, n.2, p.165-167, 2008.

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

DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B.; ORIÁ, M.O.B. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.2, p.225-30, 2012.

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

DODT, R.C.M. *et al.* Album series about breastfeeding: breastfeeding mothers with educational intervention in immediate postpartum. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.5, p.1469-75, 2013.

DODT, R.C.M. *et al.* Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.610-8, 2013.

DODT, R.C.M. *et al.* Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, p.725-32, 2015.

DUNN, S. *et al.* The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v.35, n.1, p.87-97, 2006.

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

ENTWISTLE, F.; KENDALL, S.; MEAD, M. Breastfeeding support – the importance of self-efficacy for low-income women. **Maternal and Child Nutrition**, v.6, p.228-242, 2010.

ESCUDE, M.L.; VENÂNCIO, I.V.; PEREIRA, J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.319-25, 2003.

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

FONSECA, L.M.M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.15, n.1, p.190-6, 2011.

FRANCO, T.A.V.; SILVA, J.L.L.; DAHER, D.V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2, p.19-22, 2011.

- FRANÇA, G.V.A. *et al.* Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p.711-8, 2007.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática Educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- 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.
- GARG, A. *et al.* The Integrated Skin Exam film: an educational intervention to promote early detection of melanoma by medical students. **J Am Acad Dermatol**, v.70, n.1, p.115-9, 2014.
- GEORGE, T.R.; FELTZ, D.L. Motivation in sport from a collective efficacy perspective. **International Journal of Sport Psychology**, v.26, n.1, p.98-116, 1995.
- GERHARDSSON, E. *et al.* The Swedish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Reliability and validity assessment. **Journal of Human Lactation**, v.30, n.3, p.340-5, 2014.
- GIUGLIANI, E.R.J. Common problems during lactation and their management. **J Pediatr**, v.80, n.5, p.147-54, 2004.
- GLASSMAN, M.E. *et al.* Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican Community. **Breastfeeding Medicine**, v.9, n.6, p.301-7, 2014.
- GREGORY, A. *et al.* Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. **Public Health Nursing**, v.25, n.3, p.278-284, 2008.
- GUBERT, F.A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.165-72, 2009.
- HAGA, S.M. *et al.* A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. **Arch Womens Ment Health**, v.15, p.175-84, 2012.
- HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M.T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, p.1132-43, 2008.
- HAYNES, S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychol Assess**, v.7, n.3, p.238-247, 1995.
- HELITZER, D. *et al.* Health literarcy demands of written health information materials: an assessment of cervical cancer prevention materials. **Cancer, Culture and Literacy**, v.16, n.1, p.70-8, 2009.
- HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

INGRAM, J.; JOHNSON, D.; CONDON, L. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. **Prim Health Care Res Dev**, v.12, n.3, p.266-75, 2011.

IP, W.Y. et al. Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. **Research in Nursing & Health**, v.35, n.5, p.450–59, 2012.

ISSLER, H. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. In: ISSLER, H. (Org.). **O Aleitamento Materno no Contexto Atual: Políticas, Práticas e Bases Científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008.

JAGER, E. *et al.* Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Midwifery**, v.29, p.506–18, 2013.

JACKSON, R.A. *et al.* Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: a randomized trial. **Patient Education and Counseling**, v.83, p.203–209, 2011.

JAVORSKI, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo aos dois meses de vida da criança**. Tese (Doutorado). 124 fl. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. Tese (Doutorado). 186 fl. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

JOVENTINO, E.S. *et al.* Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v.32, n.1, p.176-84, mar. 2011.

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

KRONBORG, H.; MAIMBURG, R.D.; VAETH, M. Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. **Midwifery**, v.28, n.6, p.784-90, 2011.

KU, C.M.; CHOW, S.K.Y. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, n.17, p.2434–45, 2010.

LEITE, N.S.L.; CUNHA, S.R.; TAVARES, M.F.L. *Empowerment* das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. **Rev enferm UERJ**, v.19, n.1, p.152-6, 2011.

LEMOS, A. Grupos educativos em contracepção: narrativas e práticas de enfermeiras. **Cogitare Enferm**, v.16, n.1, p.36-42, 2011.

LEÓN, M.G.S.D. **Impacto de uma intervenção comunicativa na capacidade funcional de idosos hospitalizados**. Tese (Doutorado). 121 fl. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

LI, R. *et al.* Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. **Pediatrics**, v.122, n.supl 2, p.69-76, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B.; PINHEIRO, A.K.B. Tendência das ações educativas em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev Enferm UERJ**, v.17, n.2, p.273-7, 2009.

MACHADO, M.C.H.S. *et al.* Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.10, n.4, p.459-468, 2010.

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

MARTINS, M.Z.O.; SANTANA, L.S. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente*, v.1, n.3, p.87-97, 2013.

MARTINS, E.L. *et al.* Alimentação de crianças que nasceram com baixo peso no primeiro ano de vida. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v.12, n.3, p.515-521, 2013a.

MARTINS, E.L. *et al.* Oferta de aleitamento materno para recém-nascidos de baixo peso após a alta hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.2, p.222-9, 2013b.

MASCARENHAS, L.M.W. *et al.* Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **Jornal de Pediatria**, v.82, n.4, p.289-94, 2006.

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

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

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

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

MEDRONHO, R.A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth**, v.23, n.4, p.135-45, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. saúde colet.**, v.22, n.2, p.200-4, 2014.

MERHY, E.E. **Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-50.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MESTERS, I. *et al.* Social Cognitive Changes Resulting from an Effective Breastfeeding Education Program. **Breastfeeding Medicine**, v.8, n.1, p.23-30, 2013.

MOSSMAN, M. *et al.* The Influence of Adolescent Mothers' Breastfeeding Confidence and Attitudes on Breastfeeding Initiation and Duration. **J Hum Lact**, v.24, n.3, p.269-277, 2008.

MULDER, P. J.; JOHNSON, T.S. The Beginning Breastfeeding Survey: Measuring Mothers' Perceptions of Breastfeeding Effectiveness During the Postpartum Hospitalization. **Research in Nursing & Health**, v.33, p.329-344, 2010.

MUNARI, D.B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Ciênc Cuidado Saúde**, v.8, p.150-6, 2009.

MUNARI, D.B.; FUREGATO, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003.

NICHOLS, J. *et al.* The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. **Health EducBehav**, v.36, n.2, p.250-8, 2009.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.344-53, 2005.

NIETSCHE, E. A. **O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais da saúde: desafios, compromissos e utopias**. 1. ed. Santa Maria (RS): Ed. da UFSM, 2009.

NOEL-WEISS, J.; BASSETT, V.; CRAGG, B. Developing a Prenatal Breastfeeding Workshop to Support Maternal Breastfeeding Self-Efficacy. **JOGNN**, v.35, n.3, mai/jun. 2006.

NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2000.

ODDY, W.H. The impact of breastmilk on infant and child health. **Breastfeed Rev**, v.10, n.3, p.5-18, nov. 2002.

OLIVEIRA, E.; ANDRADE, I.M.; RIBEIRO, R.S. **Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento: conceitos e reflexões**. 2009. 15f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Curso de Saúde Pública, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

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

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

OLIVEIRA, S.G.; RESSEL, L.B. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.1, p.144-8, 2010.

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

OLIVEIRA, J.S. *et al.* Fatores associados ao desmame precoce entre multíparas. **Rev Rene**, v.11, n.4, p.95-102, 2010.

OLIVEIRA, M.B. *et al.* Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v.14, n.5, p.894-903, 2013.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000.

ORÍÁ, M. O. B. **Tradução e validação da Breastfeeding Self-efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORÍÁ, M.O.B. *et al.* Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nursing**, v.26, n.6, p.574–583, 2009.

ORÍÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.2, p.230-8, 2010.

OTSUKA, K. *et al.* The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.37, n.5, p.546-55, 2008.

OTSUKA, K. *et al.* Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? **Matern Child Health J**, v.18, p.296-306, 2014.

PADOIN, S.M.M. *et al.* Entrevista telefônica como técnica de coleta de dados. **Cadernos de Ciência e Saúde**, v.3, n.3, p.95-100, 2013.

PALMÉR, L. *et al.* Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. **International Breastfeeding Journal**, v. 10, p.17, 2015.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A.M.; SILVA, M.E.M.P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, v.20, n.2, p.351-60, 2010.

PEREIRA, F.R.L. *et al.* Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.4, p.594-9, 2009.

PEREZ-BLASCO, J.; VIGUER, P.; RODRIGO, M.F. Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. **Arch Womens Ment Health**, v.16, p.227-36, 2013.

PETROZZI, A.; GAGLIARDI, L. Breastfeeding self-efficacy scale: validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v.62, n.1, p.137-9, 2016.

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

POLLARD, D.; GUILL, M. The Relationship between Baseline Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. **Southern online journal of nursing research**, v.9, n.4, 2009.

PRASOPKITTIKUN, T.; TILOKSKULCHAI, F. Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. **Nursing and Health Sciences**, v.12, p.450-455, 2010.

PRATES, L.A., SCHMALFUSS, J.M., LIPINSKI, J.M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.2, p.359-367, 2014.

PRIMO, C.C. *et al.* Intervenções de enfermagem na amamentação após seis meses. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.1, p.26-31, 2013.

PUFFER, R.R.; SERRANO, C. **Patterns of birth weight**. Washington (DC): PAHO; 1987. (Scientific Publication, 504).

RAMOS, C.V. *et al.* Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1753-62, 2008.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.3, p.554-62, 2010.

- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.1, p.22-7, 2014.
- ROCHA, P.K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.1, p.113-6, 2008.
- RODRIGUES, A.P. *et al.* Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.6, p.586-93, 2013.
- RODRIGUES, A.P. *et al.* Factors those influence in self-efficacy of breastfeeding: integrative review. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.esp., p.4144-52, mai. 2013.
- RODRIGUES, A.P. *et al.* Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. **Anna Nery Rev Enferm**, v.18, n.2, p.257-61, 2014.
- ROIG, A. O. *et al.* The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. **Int J. Nurs. Stud.**, n.49, p.169-173, 2012.
- SALMOND, S.W. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. **Orthop Nurs**, v.13, n.2, p.31-45, 1994.
- SANTOS, V.C.G.C. **Adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”**. 118 f. Monografia (Licenciatura em Fisioterapia). Universidade Atlântica, Barcarena, 2008.
- SANTOS, V.; BÁRCIA, S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – versão portuguesa. **Rev Port Clin Gera**, v.25, p.363-9, 2009.
- SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.1, p. 90-7, 2008.
- SANTOS, W.; MUNARI, D.B.; MEDEIROS, M. O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/AIDS: um relato de experiência. **Rev Eletr Enf**, v.11, n.4, p.1043-8, 2009.
- SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual Life Res**, v.11, p.193-205, 2002.
- SEMENIC, S.; LOISELLE, C.; GOTTLIEB, L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. **Research in Nursing & Health**, v.31, p.428-441, 2008.
- SHAHLA, M.; FAHY, K.; KABLE, A.K. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth**, v.23, n.4, p.135-45, 2010.

- SHEEHAN, A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. **Midwifery**, v.15, n.4, p.274-282, 1999.
- SILVA, K.L. *et al.* Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Rev Rene**, v.10, n.1, p.145-51, 2009.
- SILVA, V.M.M. *et al.* Postpartum women's knowledge about breastfeeding: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.3, 2009a.
- SILVA, A.R.V. *et al.* Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.4, p.782-7, 2011.
- SMITH, B.J.; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. **Health Promotion International**, v.21, n.4, p.340-5, 2006.
- SOARES, L. C. *et al.* Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.1, p.118-23, 2009.
- SOUSA, C.S.; TURRINI, R.N.T. Creating and validating educational material for patients undergoing orthognathic surgery. **Nursing Research**, v.6, p.166-172, 2012.
- SOUZA, E.F.C.; FERNANDES, R.A.Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.5, p.465-70, 2014.
- SOUZA, I.; SOUZA, M.A. Validação da escala de auto-eficácia geral percebida. **Rev. Univ. Rural**, v.26, n.1-2, p. 12-17, jan/dez. 2004.
- SRIVASTAVA, S. *et al.* Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. **Indian J Public Health**, v.58, p.22-6, 2014.
- STRASSBURGER, S.Z. *et al.* Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. **J Pediatr**, v.86, n.5, p.391-9, 2010.
- STRIGHT, B. R.; HARRISON, B.R. **Série de estudos em Enfermagem: Enfermagem materna e neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1998. p.104-111.
- STUEBE, A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. **Rev Obstet Gynecol**, v.2, n.4, p.222-231, 2009.
- SU, L.L. *et al.* Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. **BMJ**, v.335, n. 7620, p.596, 2007.
- TAVARES, M.C. *et al.* Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. **Online Braz J Nurs**, v.9, n.1, abr. 2010.
- TERWEE, C.B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.60, p.34-42, 2007.
- THOMSON, T. *et al.* Waiting to Be Weighed: A Pilot Study of the Effect of Delayed newborn Weighing on Breastfeeding Outcomes. **Can Nurse**, v.105, n.6, p.24-8, jun. 2009.

THYGARAJAN, A.; BURKS, A.W. American Academy of Pediatrics recommendations on the effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease. **Curr Opin Pediatr**, v.20, n.6, p.698–702, 2008.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad Saúde Pública**, v. 24, sup. 2, p.235-46, 2008.

TORRES, M. M. *et al.* Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **Journal of Human Lactation**. v.19, p.35-42, 2003.

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

UNICEF. **The state of the world's children**, 1998. Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc98/sowc98.pdf>

UNICEF. **The state of the world's children**, 2009. Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc09/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Hospital Universitário de Santa Maria**. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

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

WATAKER, H.; MEBERG, A.; NESTAAS, E. Neonatal Family Care for 24 Hours per Day: Effects on Maternal Confidence and Breast-Feeding. **J Perinat Neonat Nurs**, v.26, n. 4, p.336-42, 2012.

WATKINS, A.L.; DODGSON, J.E. Breastfeeding educational interventions for health professionals: a synthesis of intervention studies. **JSPN**, v.15, n.3, p.223-32, 2010.

WEEKES, C.V.; HAAS, B.K.; GOSSELIN, K.P. Expectations and self-efficacy of African American parents who discuss sexuality with their adolescent sons: an intervention study. **Public Health Nurs**, v.31, n.3, p.253-61, 2014.

WELLS, K.J. *et al.* Feasibility trial of a Spanish-language multimedia educational intervention. **Clin Trials**, v.10, n.5, p.767-74, 2013.

WERNET, M. *et al.* Percepção da equipe de saúde da família sobre o apoio ao aleitamento materno. **Rev Rene**, v.15, n.4, p.569-77, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life**. Geneva, 2002.

WU, D.S. *et al.* The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. **Journal of Advanced Nursing**, v.70, n.8, p.1867–79, 2014.

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. **Int J Nurs Stud**, v.44, n.8, p.1439-46, nov. 2007.

VASCONCELLOS, J.V. **Baixa produção de leite**. In: REGO, J.D. Aleitamento materno. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p.297.

VASCONCELOS, C. T.M. **Efeitos de uma intervenção educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou**. 2008. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ZAMBON, M.P.; SOUZA, D.G.; ROSE, T.M.S. Autoeficácia e experiência de professores no uso de tecnologias de informática. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, v.20, n.2, p.44-53, 2012

ZUBARAN, C. *et al.* The Portuguese version of the Breastfeeding Self- Efficacy Scale-Short-Form. **Journal of Human Lactation**, v.26, n.3, p.297-303, 2010.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The Correlation Between Breastfeeding and Maternal Quality of Life in Southern Brazil. **Breastfeeding Medicine**, v.6, n.1, 2011.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. Estudo da correlação entre aleitamento e estado de saúde materno. **Einstein**, v.11, n.2, p.180-5, 2013.

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO I SOCIODEMOGRÁFICO, ANTECEDENTES
OBSTÉTRICOS E GESTAÇÃO ATUAL**

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Idade (anos): _____	1. _____
2. Recebe bolsa família ou equivalente? 1-sim 2- não	2. _____
3. Estado civil 1- casada 2- união consensual 3- solteira 4 – separada 5- viúva	3. _____
4. Ocupação 1-estudante 2-dona de casa 3-desempregada 4-carteira assinada 5-Autônoma 6-outra (especificar): _____	4. _____
5. Horas que passa fora do lar 1- vinte e quatro 2- doze 3- dez 4- oito 5- seis 6- quatro 7-outra (especificar): _____	5. _____
6. Escolaridade em anos: _____	6. _____
7. Renda familiar: R\$ _____	7. _____
8. Quantas pessoas moram na residência? _____	8. _____
9. Fuma: 1- sim 2-não 3-ex-fumante 4- fumante passiva	9. _____
10. Número de cigarros por dia: _____	10. _____
11. Bebida alcoólica: 1-não 2- deixei devido a gravidez 3- frequentemente 4-nos finais de semana 4-raramente	11. _____
12. Medicação controlada: 1-não 2- sim	12. _____
13. Drogas ilícitas: 1-não 2- sim 3- usou antes da gravidez	13. _____
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
14. Quantas gestações?	14. _____
15. Quantos abortos?	15. _____
16. Quantas crianças nasceram vivas?	16. _____
17. Quantos estão vivos?	17. _____
18. Número de partos anteriores:	18. _____
19. Alguém que você conhece já deu de mamar? 1-sim 2- não	19. _____
20. Você mamou quando criança? 1-sim 2-não 3- desconhece	20. _____
Se a participante for primípara ir para GESTAÇÃO ATUAL	
21. Seus filhos mamaram? 1-sim 2-não	21. _____
22. Tempo de amamentação exclusiva (maior tempo): _____ mês(es)	22. _____
23. Qual foi o principal motivo para amamentar? (marcar apenas uma resposta) 1-prático/fácil 2- sem despesa/gastos 3- satisfação p/ amamentar 4-profissionais convenceram 5-familiares convenceram 6- protege contra doenças 7-obrigação materna 7- ficar perto do filho 8- outro (especificar) _____	23. _____
24. Qual foi o principal motivo para desmamar precocemente? (marcar apenas uma resposta) 1-pouco leite 2- choro do bebê 3-leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3- doença do RN 4- cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6-doença materna 7-vergonha de amamentar em público 8-marido prefere mingau/outro leite 9- insistência da mãe/sogra/outro familiar 10-engasgo do bebê 11-consome muito tempo 12- bebê não ganha peso 13-depressão 14-bebê não pega a mama 15-ansiedade/medo 16-falta de apoio 17-atrapalha a relação sexual 18-estética das mamas 19-bebê sempre com fome 20-ingurgitamento mamário 21-dor/fissura mamilar 22-mastite 23-retorno ao trabalho 24-amamentar prende a mãe em casa 25-outro: _____	24. _____
GESTAÇÃO ATUAL	
25. Realizou pré-natal (Se não pular para a questão 27)? 1-sim 2-não	25. _____
26. Quantas consultas (pré-natal)? _____	26. _____
27. Idade gestacional em semanas: _____	27. _____
28. Pensa em amamentar o bebê (Se sim pular para a questão 30)? 1-sim 2- não	28. _____
29. Por que não quer amamentá-lo? Motivo(s): _____	29. _____
30. Recebeu orientações sobre amamentação durante esta gestação (Se não pular para a questão 28)? 1-sim 2- não	30. _____
31. Sem sim quem orientou? 1-enfermeiro 2- médico 3-outro _____	31. _____

APÊNDICE B - FORMULÁRIO II PARTO, NASCIMENTO E ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

HISTÓRIA DO PARTO E DA AMAMENTAÇÃO/ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	
32. Tipo de parto 1-normal 2- cesárea 3-fórceps	32.____
33. Você planejou amamentar na sala de parto? 1-sim 2- não	33.____
34. A criança mamou nos primeiros 30 minutos de vida? 1-sim 2- não	34.____
35. Onde a criança foi amamentada pela primeira vez? 1-sala de parto 2- alojamento conjunto 3-não amamentou	35.____
36. O RN precisou ficar afastado de você (Se não ir para a questão 38)? 1-sim 2- não	36.____
37. Quanto tempo o bebê ficou afastado? _____ dias	37.____
38. Enquanto o bebê estava afastado você ordenhou/tirou seu leite para dar a ele(a)? 1-sim 2- não	38. ____
39. Quando o bebê ficou novamente com você, como foi a pega? 1-ótima/pegou logo o peito 2-estranhou um pouco mais pegou 3-ficou irritado e deram a ele leite artificial 4-outro _____	39.____
40. Ao nascer o bebê foi para o alojamento conjunto? 1-sim 2-não	40.____
41. Usou chupeta na maternidade? 1-sim 2-não	41.____
42. Usou mamadeira/chuquinha no hospital? 1-sim 2-não	42.____
43. Usou leite artificial na maternidade? 1-sim 2-não	43.____
44. Recebeu orientações sobre amamentação na maternidade (Se não ir para a questão 44)? 1-sim 2- não	44.____
45. Quem a orientou? 1-enfermeiro 2- médico 3-outro _____	45.____
46. Apresentou intercorrência clínica no pós-parto (Se não ir para a questão 48)? 1-sim 2- não	46.____
47. Se sim, qual intercorrência? 1-hemorragia 2-pressão alta 3-infecção 4-outro _____	47.____
48. Teve dificuldade para amamentar na maternidade (Se não ir para a questão 50)? 1-sim 2- não	48.____
49. Qual foi a dificuldade? _____	49.____
50. Alguém a ajudou (Se não ir para a questão 52)? 1-sim 2- não	50.____
51. Quem a ajudou? _____	51.____
52. A criança está se alimentando de que forma? 1-AME 2-AMM 3-AA	52.____
DADOS DO NASCIMENTO (estas questões serão informadas pelo prontuário da criança)	
53. Peso _____ gramas	53.____
54. Perímetro cefálico _____ cm	54.____
55. Comprimento _____ cm	55.____
56. Apgar no 1º minuto _____	56.____
57. Apgar no 5º minuto _____	57.____
58. Sexo do RN 1. Feminino 2.Masculino	58.____
59. Idade gestacional (Capurro): _____	59.____

APÊNDICE C - FORMULÁRIO III PADRÃO ALIMENTAR DA CRIANÇA

ALIMENTAÇÃO	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias
Aleitamento materno: 1-AME 2-AMP 3-AMC 4-AMM 5-AA 6-Outros	60.____	87.____	114.____	141.____
Número de mamadas por dia: 1- menos de oito mamadas 2- oito ou mais mamadas	61.____	88.____	115.____	142.____
Você está satisfeita com a amamentação? 1-sim 2-não	62.____	89.____	116.____	143.____
Qual outro alimento a criança recebeu nas últimas 24h? (pode ser assinalado mais de um) 1-água 2-chá 3-fórmula infantil 4-leite de vaca integral 5-mingau 6-suco 7-fruta amassada/raspada 8-purê de legumes 9-danone/iogurte 10- apenas leite materno 11-outros _____	63.____	90.____	117.____	144.____
O bebê usa chupeta? 1-sim 2-não	64.____	91.____	118.____	145.____
Quando começou usar a chupeta deixou de mamar? 1-sim 2-não	65.____	92.____	119.____	146.____
O bebê usa mamadeira? 1-sim 2-não	66.____	93.____	120.____	147.____
Quando começou usar a mamadeira deixou de mamar? 1-sim 2-não	67.____	94.____	121.____	148.____
Qual foi o principal motivo para amamentar? (marcar apenas uma resposta) 1-prático/fácil 2- sem despesa/gastos 3- satisfação ao amamentar 4-profissionais convenceram 5-familiares convenceram 6- protege contra doenças 7-obrigação materna 8-ficar perto do filho 9- não amamenta 10-outro (especificar) _____	68.____	95.____	122.____	149.____
Como o bebê se comporta na hora de mamar? 1-aceita bem a mama 2-fica irritado na hora de pegar a mama	69.____	96.____	123.____	150.____
Quantas horas você fica em casa? _____ horas	70.____	97.____	124.____	151.____
Desde que voltaram da maternidade você e o bebê já receberam visita domiciliar? 1-sim 2-não	71.____	98.____	125.____	152.____
Quem fez a visita domiciliar? 1-enfermeiro 2-médico 3-ACS Outro: _____	72.____	99.____	126.____	153.____
O bebê já foi para a consulta da puericultura? 1-sim 2- não	73.____	100.____	127.____	154.____
O bebê está ganhando peso? 1-sim 2-não 3- não foi informada 4-não foi pesada	74.____	101.____	128.____	155.____
A criança adoeceu? 1-sim 2-não	75.____	102.____	129.____	156.____
Qual foi o motivo? 1-diarreia 2-problema respiratório 3-problema de pele 4-febre 5-icterícia 6-outro _____	76.____	103.____	130.____	157.____
Qual foi o principal motivo para desmamar? (marcar apenas uma resposta) 1-pouco leite 2-choro do bebê 3-leite não sustenta/mamadeira mais nutritiva 3-doença do RN 4- cansaço/estresse/fadiga/sono da mãe 6-doença materna 7-vergonha de amamentar em público 8-marido prefere mingau/outro leite 9- insistência da mãe/sogra/outro familiar 10-engasgo do bebê 11- consome muito tempo 12- bebê não ganha peso 13-depressão 14-bebê não pega a mama 15-ansiedade/medo 16-falta de apoio 17-atrapalha a relação sexual 18-estética das mamas 19-bebê sempre com fome 20- ingurgitamento mamário 21-dor/fissura mamilar 22-mastite 23-retorno ao trabalho 24-amamentar prende a mãe em casa 25- outro: _____	77.____	104.____	131.____	158.____
A ideia de dar leite artificial/mingau para o bebê foi: (marcar apenas um) 1-decisão própria 2-marido 3-mãe da nutriz 4-sogra 5- amigas 6-enfermeiro 7-médico 8 outros _____	78.____	105.____	132.____	159.____
Por quanto tempo o bebê mamou exclusivamente? _____ dias	79.____	106.____	133.____	160.____
Há quantos dias o bebê recebe água/chá/suco? _____ dias	80.____	107.____	134.____	161.____
Há quantos dias o bebê recebe outro leite? _____ dias	81.____	108.____	135.____	162.____
Há quantos dias o bebê recebe outro alimento (fruta, purê, iogurte)? _____ dias	82.____	109.____	136.____	163.____
Com quantos dias de vida a criança recebeu mamadeira? _____	83.____	110.____	137.____	164.____
Com quantos dias de vida a criança recebeu chupeta? _____	84.____	111.____	138.____	165.____
Retornou ao trabalho? 1-sim 2-não	85.____	112.____	139.____	166.____
Há quantos dias? _____ dias	86.____	113.____	140.____	167.____

APÊNDICE D - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

Orientações Gerais para a Coleta de Dados

1º Passo: As mulheres internadas na unidade de Alojamento Conjunto (AC) serão selecionadas a partir do cálculo amostral, nos grupos: GI- grupo intervenção que receberá a técnica educativa por meio do álbum seriado em grupo e GC- grupo controle; sendo que ocorrerá alocação aleatória nos grupos. As puérperas serão selecionadas por meio do período de internação, uma vez que tanto as do GI quanto as puérperas do GC deverão estar internadas em períodos distintos, em que se optou pela realização de sorteio dos grupos por semana. Esse sorteio consistirá em a cada duas semanas o sorteio é realizado até que se atinja o número amostral indicado para cada grupo. As puérperas serão alocadas aleatoriamente em cada grupo a partir dos critérios de inclusão (mulheres no período puerperal imediato -1º ao 10º dia- e após o período de seis horas do parto; com 12 anos ou mais de idade; puérperas internadas no AC acompanhadas do RN com boa vitalidade, capacidade de sucção efetiva e controle térmico - RN com mais de dois quilos, acima de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que seis no quinto minuto) e de exclusão (mulheres que apresentarem intercorrências clínicas no momento da coleta de dados; intercorrências obstétricas no período puerperal; puérperas com alguma dificuldade de compreensão e expressão verbal que a impeça de participar da intervenção educativa ou de responder aos instrumentos; condição materna infecciosa que impossibilite ou contraindique o AM; puérperas internadas no AC com filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e mães de RN que apresentem alguma alteração que os impossibilitem ou dificultem a amamentação, tais como: fenda palatina, atresia de esôfago, dentre outros).

2º Passo: A pesquisadora será responsável pela aplicação da estratégia educativa nos grupos de intervenção. Para garantir o cegamento do estudo, a aplicação dos instrumentos de pesquisa será de responsabilidade prioritariamente dos auxiliares de pesquisa.

3º Passo: Para a coleta dos dados é necessário seguir a aplicação dos instrumentos de coleta de dados da seguinte maneira:

- Aplicação da Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada (BSES-SF);
- Aplicação do formulário para caracterizar o perfil sociodemográfico, antecedentes obstétricos e da gestação atual; e do formulário com dados relacionados ao parto, nascimento e alimentação do recém-nascido;
- Aplicação do Álbum Seriado “Eu posso amamentar o meu filho” somente com o grupo intervenção;

- Aplicação do formulário para caracterizar o padrão alimentar da criança nos primeiros quatro meses de vida durante o acompanhamento telefônico, juntamente com a aplicação da BSES-SF novamente.

4ª Passo: Ressaltar para a puérpera que essa pesquisa irá envolver tanto esse momento da entrevista no alojamento conjunto, quanto entrevistas por meio de ligações telefônicas. Esse momento deverá ser aproveitado para certificar-se de que a mulher possui número de telefone fixo em sua casa ou número de celular dela ou de alguém que more com ela. Questionar quanto ao melhor horário para entrar em contato durante os próximos quatro meses. Informar que as ligações serão realizadas uma vez por mês e que não tomarão muito tempo da mulher.

5º Passo: Leia atentamente as instruções a seguir referente a aplicação de cada instrumento.

POP para Aplicação da Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada (BSES-SF)

Este POP foi elaborado com o objetivo de delinear a etapa de coleta de dados com relação a utilização da BSES-SF.

- A autoeficácia materna para amamentar será mensurada por meio da aplicação da escala *Breastfeeding Self-Efficacy – Short Form* (BSES-SF) validada no Brasil (DODT, 2008). Cada item da escala será mensurado pelas notas atribuídas pelas mulheres a cada um dos 14 itens da escala, tanto do grupo controle (GC) como do grupo intervenção (GI), podendo variar de 1 a 5 pontos, ou seja, de discordo totalmente a concordo totalmente.

- Antes da aplicação da escala é necessário orientar a participante a respeito de como ela deve compreender a escala, informando o significado que cada um dos extremos da escala apresenta, como por exemplo, o número 5 (concordo totalmente) significa que ela está bastante segura, ao contrário do número 1 (discordo totalmente) que indica que ela não se sente nada segura para realizar aquela ação com relação à amamentação do filho. Também é fundamental dizer a cada mulher que **não existem respostas certas ou erradas**, pois essa é uma escala que vai medir a confiança/ segurança dela para amamentar o filho, indicando o quanto ela se sente capaz de fazê-lo, não estando relacionada ao conhecimento que ela possui com relação à amamentação.

- Siga os passos a seguir:

1º Passo: É necessário se apresentar à mulher, mencionando que se trata de uma pesquisa a respeito da confiança materna para amamentar o filho.

2º Passo: Leia com a mulher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e quando necessário o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), esclarecendo

dúvidas que possam surgir, indicando os benefícios e possíveis malefícios do estudo. Caso a mulher aceite participar do estudo, é necessário que ela assine o TCLE, sendo uma via entregue a ela e a outra ficando com o pesquisador, da mesma forma o TALE.

3º Passo: Informar a mulher que a coleta de dados terá início com as questões da escala, lembrando-a que não existe resposta certa ou errada, pois o que se quer saber é como ela se sente ao amamentar seu filho.

4º Passo: Informá-la que não se está querendo saber a respeito do conhecimento dela de como amamentar, pois, geralmente, as mulheres tem conhecimento sobre o aleitamento materno, mas nem sempre conseguem amamentar os filhos e manter essa prática exclusivamente, devido não se sentirem capazes de fazê-lo.

5º Passo: Quanto à escala, informar que para cada uma das 14 afirmações, a mulher terá cinco opções para responder, sempre relacionadas com o quanto ela se sente confiante para amamentar o filho. Entregar uma cópia ampliada da escala para que ela possa ir acompanhando a leitura, indicando que as opções vão de 1 que significa que ela discorda totalmente do que foi dito, 2 que ela apenas discorda, 3 que às vezes concorda com a afirmação, 4 que concorda com o que foi dito até 5 que vai indicar que ela concorda totalmente com o item.

6º Passo: Para facilitar a compreensão da mulher, é necessário exemplificar com um item da escala. Por exemplo, o item “Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento”, **lembrar a mulher que não se quer saber se ela realiza oferece ou não outro leite, o que se quer saber é se ela se sente capaz de não utilizar outro leite, apenas o leite materno.** Siga o exemplo com cada uma das possíveis respostas: Se a senhora responder _____ (ver coluna alternativa), é como se a senhora estivesse dizendo que _____ (ver coluna do significado correspondente).

Opção de resposta	Alternativa	Significado
1	Discordo Totalmente	A senhora não se sente de maneira alguma segura de amamentar seu filho sem oferecer outro leite, nunca se sente segura de amamentá-lo só com o leite materno.
2	Discordo	A senhora não se sente segura de amamentar seu filho sem oferecer outro leite.
3	Às Vezes Concordo	A senhora às vezes se sente segura de amamentar seu filho sem oferecer outro leite.
4	Concordo	A senhora se sente segura de amamentar seu filho sem oferecer outro leite.
5	Concordo Totalmente	A senhora se sente completamente segura de amamentar seu filho sem oferecer outro leite, sempre se sente segura de amamentá-lo só com o leite materno.

7º Passo: Ao final da explicação, identificar se a mulher ainda possui alguma dúvida, em caso positivo, sempre esclarecer antes de iniciar a aplicação da escala.

8º Passo: Caso não haja nenhuma dúvida, pergunte a mulher se já poderá começar a aplicação da escala. Se a resposta for negativa, aguarde o melhor momento para iniciar sua aplicação, mostrando que ela é capaz de responder a esses itens.

9º Passo: Leia cada item da escala em negrito, caso a mulher responda com segurança não é necessário realizar a explicação do item, mas se for percebido alguma dúvida ou um momento longo de silêncio, é importante o esclarecimento por meio das sugestões que estão entre parênteses indicadas abaixo:

1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente. (Você sempre sente segurança que seu bebê se satisfaz com o leite do peito)
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios (supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida). (Você sempre se sente segura para lidar com a amamentação da mesma forma que encara outros desafios da sua vida)
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento. (Você sempre se sente segura para amamentar seu filho sem oferecer outro leite)
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada. (Você sempre se sente segura para reconhecer se o bebê pega bem o peito)
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer. (Você sempre se sente segura em se satisfazer com a amamentação)
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando. (Você sempre se sente segura para amamentar seu bebê mesmo com ele chorando)
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando. (Você sempre se sente segura em continuar amamentando seu bebê em todas as situações)
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família. (Você sempre se sente segura para amamentar com tranquilidade na frente das pessoas da família)
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (Você sempre se sente segura e satisfeita com a amamentação)
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar). (Você sempre se sente segura para

amamentar mesmo que a amamentação consuma seu tempo)
11. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro. (Você sempre se sente segura para trocar de mama durante a amamentação)
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada). (Você sempre se sente segura para oferecer o peito a cada vez que alimenta o bebê)
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades as necessidades do bebê (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê). (Você sempre se sente segura para conseguir amamentar e satisfazer suas necessidades diárias)
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada. (Você sempre se sente segura para saber quando o bebê não quer mais mamar)

10º Passo: Ao terminar a aplicação da escala, informar as mulheres que neste momento elas serão questionadas com relação à vida dela e do filho, e inicie a aplicação dos formulários.

11º Passo: Não esquecer de registrar todos os possíveis contatos telefônicos da puérpera e o melhor horário para sua realização, com a finalidade de acompanhá-las durante os primeiros quatro meses de vida da criança.

12º Passo: No caso da aplicação da escala durante o acompanhamento telefônico, quando finalizar sua aplicação, solicitar que a mulher guarde a BSES-SF na pasta e explicar a ela que serão feitas algumas perguntas relacionadas à alimentação do seu filho e que não irá demorar muito.

13º Passo: Leia atentamente o POP para aplicação dos formulários.

POP para Aplicação dos Formulários

Este POP foi criado com o objetivo de indicar os procedimentos necessários para coleta das variáveis contidas nos formulários. A aplicação dos formulários deverá ocorrer por meio de entrevista e após a aplicação da BSES-SF.

- Siga os passos a seguir:

1º Passo: Coletar informações referentes aos dados sociodemográficos, antecedentes obstétricos e gestação atual, por meio de entrevista com a puérpera.

2º Passo: Coletar informações referentes ao parto, nascimento e alimentação do recém-nascido nesse período, por meio de entrevista com a puérpera internada no alojamento conjunto.

3º Passo: A coleta de informações por meio do formulário referente ao padrão alimentar da criança será aplicado do primeiro ao quarto mês da criança, contado a partir da primeira coleta de dados, que será realizado pelo contato telefônico. Todas as informações destas variáveis serão fornecidas pela mãe da criança. O tipo e período de aleitamento materno será mensurado ao longo do acompanhamento da mulher e da criança até os quatro primeiros meses de vida, conforme recomendações a seguir (BRASIL, 2009b):

Tipo de aleitamento	Definição
Aleitamento materno exclusivo	A criança recebe apenas leite humano diretamente da mama ou ordenhando, é permitida a ingestão de xaropes ou suspensão de medicamentos.
Aleitamento materno predominante	A criança recebe leite materno, água, chás ou sucos de frutas.
Aleitamento materno complementado	A criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo, nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
Aleitamento materno misto ou parcial	A criança recebe leite materno e outros tipos de leite.
Aleitamento artificial	A criança recebe apenas leite artificial (fórmula infantil, leite de vaca ou cabra, em pó ou in natura).

4º Passo: Após a aplicação dos formulários, as mulheres do grupo GI receberão orientações com relação à amamentação, por meio do álbum seriado intitulado “Eu posso amamentar o meu filho”. No caso das mulheres do grupo controle (GC), elas receberão a intervenção de rotina da unidade.

5º Passo: Ao término da aplicação do formulário referente ao padrão alimentar da criança, lembrar a mulher que irá ligar para ela depois de 30 dias, recapitulando o melhor horário para realização desta ligação e questioná-la se existe possibilidade do contato telefônico mudar, solicitando uma segunda opção de número telefônico. Após, agradecer por sua participação no estudo, explicando o quanto ela é importante para esta pesquisa para que possamos implementar estratégias que melhorem a confiança da mãe em amamentar o filho e aumentem os índices de aleitamento materno.

6º Passo: Leia atentamente o POP para aplicação do álbum seriado.

POP para Aplicação do Álbum Seriado “Eu posso amamentar o meu filho”

(pesquisadora)

Este POP objetiva fornecer subsídios para a aplicação do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” com as puérperas internadas no alojamento conjunto. O álbum seriado tem 40 centímetros de largura e 32 de altura, sendo que em cada folha contém uma figura que é exposta ao grupo e no verso desta, uma ficha roteiro que fica voltada para o profissional.

- Siga os passos a seguir:

1º Passo: O álbum deverá ser aplicado somente com o grupo intervenção (GI), após a aplicação do formulário.


2º Passo: Para dar início a intervenção educativa, a capa do referido álbum deverá ser apresentada, na qual se observa um recém-nascido ansioso pela mama, estratégia que facilita o diálogo com a mulher.

3º Passo: As personagens deverão ser apresentadas nominalmente: o recém-nascido como Felipe, sua mãe Maria, seu pai José, o irmão João, a amiga Francisca, o avô e avó maternos Melo e Lina, e a enfermeira Rebeca.

4º Passo: Considerando que o álbum é composto de sete figuras e o mesmo número de fichas-roteiro, deve-se dar sequência a apresentação destas, buscando sempre estimular o diálogo com a mulher e possibilitando a construção da autoeficácia materna para amamentar.

5º Passo: A partir das figuras, as fichas-roteiros correspondentes deverão ser utilizadas para auxiliar no enfoque dos itens da BSES-SF que se encontram distribuídos pelos domínios técnicos e pensamentos intrapessoais da autoeficácia para amamentar. Assim, as figuras serão descritas com o intuito de facilitar a compreensão do que será abordado e discutido com as puérperas dos grupos intervenção no momento da estratégia educativa.

6º Passo: Para facilitar a compreensão das mulheres com relação às figuras é importante o esclarecimento por meio das sugestões a seguir (o conteúdo que está entre parênteses representa o que deve ser verbalizado para mulher):

Figuras	Significado
	Representa a mãe Maria sentada amamentando o recém-nascido Felipe, nela se destaca o momento da pega da mama. (É necessário estimular a mulher a identificar como é a pega correta, o que é livre demanda e como identificar se o Felipe está mamando suficiente).

	<p>Felipe esvaziou a mama esquerda de Maria e ela prepara-se para oferecer o outro peito. (Nesta figura a mulher deve indicar em que momento se faz a troca da mama e se ela se sente confiante em fazer esta ação).</p>
	<p>Nesta figura Felipe está sendo pesado, confirmando o ganho ponderal de peso, além de abordar imagens de Felipe fazendo “xixi”, sendo amamentado e conciliando o sono. (Neste momento a mulher deve identificar de que forma ela percebe que o seu leite é suficiente, auxiliando-a a avaliar a saúde e o comportamento do filho).</p>
	<p>Felipe está chorando muito, contudo, Maria permanece calma e investiga o motivo do choro, renova sua fralda após higiene íntima, tranquiliza Felipe e oferece-lhe o peito. (Ela deve identificar a causa do choro do bebê e o que é recomendável realizar para acalmá-lo antes de colocar para mamar)</p>
	<p>Esta figura representa Maria em seu contexto familiar, realizando diversas atividades, costurando, amamentando Felipe, brincando com Joãozinho e falando com seu esposo José, varrendo e conversando com sua amiga Francisca. (Neste item a mulher deve indicar de que forma organiza o seu tempo e como ela irá fazer para lidar com as atividades diárias e a amamentação)</p>
	<p>Ilustra o ambiente familiar de José e Maria, onde a mesma se encontra amamentando Felipe e recebendo a visita de seus pais Melo e Lina. (Nesta figura ela deve indicar como se sente com a presença da família e de outras pessoas durante a amamentação)</p>
	<p>Retrata o retorno de Maria e Felipe à Unidade Básica de Saúde para consulta de puerpério e puericultura, ainda indica Maria conversando com a Enfermeira Rebeca a respeito do período adequado de amamentação. (Nesta imagem a mulher deve indicar por quanto tempo ela pretende amamentar o seu bebê e quais estratégias serão utilizadas para manter a lactação conciliando as atividades, e também relatar se amamentou anteriormente e como foi essa experiência).</p>


7º Passo: Ao término da aplicação dos instrumentos e da intervenção, quando for o caso, agradeça imensamente pela colaboração da mulher no estudo e a lembre de que será realizado contato telefônico no próximo mês. Recapitule com ela os números telefônicos e o melhor horário para o contato.

8º Passo: Entregar para a puérpera a pasta, explicando que esta contém a escala de autoeficácia em amamentar e que será utilizada apenas para ela ir acompanhando a leitura de cada item conforme você for perguntando por telefone.

Check list POP reduzido - Aplicação face a face

PASSO A PASSO		✓
1º	Apresentar-se a puérpera (nome, instituição) e explicar a respeito da pesquisa.	
2º	Explicar os momentos da pesquisa: presencial (alojamento conjunto) e pelo telefone (por quatro meses). Certificar-se de que a puérpera possui telefone para contato e o melhor horário para realizar a ligação.	
3º	Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário, deixando uma via na pasta que será entregue para a mãe.	
4º	Explicar para a puérpera que iniciará pela aplicação da escala que verifica a autoeficácia materna em amamentar. Lembre-a de que não existe resposta certa ou errada, pois o que queremos saber é se ela se sente confiante para amamentar o seu filho. Não queremos saber sobre o conhecimento dela com relação à amamentação, mas sim se ela se sente capaz de fazer/sentir as ações que a escala indica ao amamentar.	
5º	Explicar o formato da escala e as opções de resposta. Exemplifique as possíveis respostas com o item da escala: “Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento”.	
6º	Perguntar se ela ainda apresenta alguma dúvida e em caso afirmativo elucide-a.	
7º	Fazer a leitura de cada item da escala em negrito. Caso perceba que a puérpera ficou com alguma dúvida ou por um momento longo de silêncio, esclareça melhor o item por meio das sugestões que constam no POP completo.	
8º	Explicar que fará a coleta dos dados dos outros formulários, anotando logo no início os contatos telefônicos dela.	
9º	Ao final da aplicação dos formulários, recapitular o melhor horário para realização do contato e os números de telefone, sem esquecer de agradecer pela participação dela no estudo.	
10º	Entregar a pasta explicando o que ela contém (a escala e o TCLE/TALE) e como ela irá utilizá-la.	

¹Check list POP reduzido - Aplicação pelo telefone

PASSO A PASSO		
1º	Relembre a mulher o seu nome e a ocasião no alojamento conjunto onde se conheceram e que haviam combinado de que você ligaria para ela posteriormente. Agradeça desde já por ela ter atendido ao telefone, demonstrando o quanto ela é importante para o estudo.	
2º	Questionar se ela está muito ocupada ou se vocês poderiam conversar um pouco: caso a resposta seja de que ela esteja ocupada marcar outro horário para contato, se ela estiver disponível no momento dê continuidade a coleta de dados.	
3º	Dizer a mãe que começará com a aplicação da escala que verifica a autoeficácia materna em amamentar. Lembre-a de que não existe resposta certa ou errada, pois o que queremos saber é se ela se sente confiante para amamentar o seu filho. Não queremos saber sobre o conhecimento dela com relação à amamentação, mas sim se ela se sente capaz de fazer/sentir as ações que a escala indica ao amamentar.	
4º	Solicitar que ela pegue a escala na pasta e explique o formato da escala e as opções de resposta. Exemplifique as possíveis respostas com o item da escala: “Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento”.	
5º	Perguntar se ela ainda apresenta alguma dúvida e em caso afirmativo elucide-a.	
6º	Fazer a leitura de cada item da escala em negrito. Caso perceba que a puérpera ficou com alguma dúvida ou por um momento longo de silêncio, esclareça melhor o item por meio das sugestões que constam no POP completo.	
7º	Explicar que fará a coleta dos dados do outro formulário que irá caracterizar o padrão alimentar da criança.	
8º	Ao final da aplicação do formulário, recapitular o melhor horário para realização do próximo contato e os números de telefone, sem esquecer de agradecer pela participação dela no estudo.	

¹ Todos os quadros utilizados no POP foram adaptados da tese de doutorado *Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil*, de autoria de Emanuella Silva Joventino; 2013.

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MULHERES
QUE PARTICIPARÃO DA INTERVENÇÃO**

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

GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: En^ª Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desse estudo de forma voluntária, antes de concordar em participar, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

A sua colaboração poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de desmame precoce, o que irá favorecer a sua saúde e a saúde de seu filho. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário, além da participação na intervenção educativa para promoção da autoeficácia materna em amamentar por meio de um álbum seriado, atividades que serão realizadas no alojamento conjunto. Após 15 dias até os quatro meses após o primeiro encontro realizado contato telefônico para aplicação da escala e identificação do tipo de alimentação do seu filho. Sua participação neste estudo exigirá em torno de 20 a 30 minutos no primeiro encontro e de 10 a 15 minutos nas entrevistas realizadas por telefone.

Benefícios. A pesquisa permitirá desencadear reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, você se beneficiará diretamente pela oportunidade de refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder aos instrumentos e participar da intervenção educativa poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça, um profissional do hospital irá conversar com você, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável Andressa Peripolli Rodrigues (55) 9935-0450 ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Assinatura da puérpera

Andressa Peripolli Rodrigues
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MULHERES
GRUPO CONTROLE**

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

GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desse estudo de forma voluntária, antes de concordar em participar, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

A sua colaboração poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de desmame precoce, o que irá favorecer a sua saúde e a saúde de seu filho. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário no alojamento conjunto. Após 15 dias até os quatro meses após o primeiro encontro realizado contato telefônico para aplicação da escala e identificação do tipo de alimentação do seu filho. Sua participação neste estudo exigirá em torno de 20 minutos no primeiro encontro e de 10 a 15 minutos nas entrevistas realizadas por telefone.

Benefícios. A pesquisa permitirá desencadear reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, você se beneficiará diretamente pela oportunidade de refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder aos instrumentos poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça, um profissional do hospital irá conversar com você, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável Andressa Peripolli Rodrigues (55) 9935-0450 ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Assinatura da puérpera

Andressa Peripolli Rodrigues
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE G - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADOLESCENTES
QUE PARTICIPARÃO DA INTERVENÇÃO**

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

GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: En^ª Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desse estudo de forma voluntária, antes de concordar em participar, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

A sua colaboração poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de desmame precoce, o que irá favorecer a sua saúde e a saúde de seu filho. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário, além da participação na intervenção educativa para promoção da autoeficácia materna em amamentar por meio de um álbum seriado, atividades que serão realizadas no alojamento conjunto. Após 15 dias até os quatro meses após o primeiro encontro realizado contato telefônico para aplicação da escala e identificação do tipo de alimentação do seu filho. Sua participação neste estudo exigirá em torno de 20 a 30 minutos no primeiro encontro e de 10 a 15 minutos nas entrevistas realizadas por telefone.

Benefícios. A pesquisa permitirá desencadear reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, você se beneficiará diretamente pela oportunidade de refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder aos instrumentos e participar da intervenção educativa poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça, um profissional do hospital irá conversar com você, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável Andressa Peripolli Rodrigues (55) 9935-0450 ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Assinatura da adolescente

Andressa Peripolli Rodrigues
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE H - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADOLESCENTES
GRUPO CONTROLE**

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desse estudo de forma voluntária, antes de concordar em participar, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

A sua colaboração poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de desmame precoce, o que irá favorecer a sua saúde e a saúde de seu filho. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário no alojamento conjunto. Após 15 dias até os quatro meses após o primeiro encontro realizado contato telefônico para aplicação da escala e identificação do tipo de alimentação do seu filho. Sua participação neste estudo exigirá em torno de 20 minutos no primeiro encontro e de 10 a 15 minutos nas entrevistas realizadas por telefone.

Benefícios. A pesquisa permitirá desencadear reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, você se beneficiará diretamente pela oportunidade de refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder aos instrumentos poderá expor você a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça, um profissional do hospital irá conversar com você, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável Andressa Peripolli Rodrigues (55) 9935-0450 ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Assinatura da adolescente

Andressa Peripolli Rodrigues
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESPONSÁVEL
LEGAL DA ADOLESCENTE QUE PARTICIPARÁ DA INTERVENÇÃO**

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

GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Prezado(a) Senhor(a):

Você não é obrigado a autorizar a participação da adolescente na pesquisa. Depois da sua autorização, a adolescente será consultada se quer participar do estudo. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou prejuízo. A colaboração da adolescente poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de desmame precoce, o que irá favorecer a saúde dela e do seu filho. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

Procedimentos. A participação da adolescente nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário, além da participação na intervenção educativa para promoção da autoeficácia materna em amamentar por meio de um álbum seriado, atividades que serão realizadas no alojamento conjunto. Após 15 dias até os quatro após o primeiro encontro será realizado contato telefônico para aplicação da escala e identificação do tipo de alimentação do seu filho. A participação dela neste estudo exigirá em torno de 20 a 30 minutos no primeiro encontro e de 10 a 15 minutos nas entrevistas realizadas por telefone.

Benefícios. A pesquisa permitirá desencadear reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, a adolescente se beneficiará diretamente pela oportunidade de refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder aos instrumentos e participar da intervenção educativa poderá expor ela a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por lembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça, um profissional do hospital irá conversar com a adolescente, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por ela terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável Andressa Peripolli Rodrigues (55) 9935-0450 ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecido(a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar a participação da _____ na pesquisa.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Assinatura do responsável legal

Andressa Peripolli Rodrigues
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESPONSÁVEL
LEGAL DA ADOLESCENTE GRUPO CONTROLE**

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

GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Prezado(a) Senhor(a):

Você não é obrigado a autorizar a participação da adolescente na pesquisa. Depois da sua autorização, a adolescente será consultada se quer participar do estudo. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas e você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

A colaboração da adolescente poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de desmame precoce, o que irá favorecer a saúde dela e do seu filho. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Objetivo do estudo: Avaliar a eficácia da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” na promoção da autoeficácia em amamentar e do aleitamento materno exclusivo.

Procedimentos. A participação da adolescente nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma escala e um formulário que será realizada no alojamento conjunto. Após 15 dias até os quatro após o primeiro encontro será realizado contato telefônico para aplicação da escala e identificação do tipo de alimentação do seu filho. A participação dela neste estudo exigirá em torno de 20 minutos no primeiro encontro e de 10 a 15 minutos nas entrevistas realizadas por telefone.

Benefícios. A pesquisa permitirá desencadear reflexões dos profissionais de saúde para promoção do AM, prevenção do desmame e apoio às mães para amamentarem seus filhos. Ainda, a adolescente se beneficiará diretamente pela oportunidade de refletir a respeito das suas vivências/experiências e decisões, que pode ser objeto de demandas e de diálogo no processo assistencial. As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora ou pelos profissionais do serviço.

Riscos. Responder aos instrumentos poderá expor ela a riscos como cansaço e desconforto por estar no puerpério imediato e por relembrar situações de amamentação que podem mobilizar seus sentimentos. Caso aconteça, um profissional do hospital irá conversar com a adolescente, conforme já acordado.

Sigilo. As informações fornecidas por ela terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável e sua identidade ficará protegida.

Acesso a informações: em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável Andressa Peripolli Rodrigues (55) 9935-0450 ou para o laboratório de pesquisa GP-PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Eu, _____ RG _____ após ter sido devidamente esclarecido(a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em autorizar a participação da _____ na pesquisa.

Santa Maria _____, de _____ de 2015.

Assinatura do responsável legal

Andressa Peripolli Rodrigues
Pesquisadora responsável

APÊNDICE K - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/ DOUTORADO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E
SOCIEDADE**

PESQUISA: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

Pesquisadora Responsável: Enf^a Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues

Instituição/ Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade das pacientes cujos dados serão coletados diretamente com as puérperas internadas por meio de uma escala para identificar a percepção de autoeficácia em amamentar e formulário para caracterizar ela e seu filho. Concorde, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução desse projeto e composição de banco de dados para possível releitura e análise com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas pelo período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Enf^a Ms^a Andressa Peripolli Rodrigues. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa será avaliado pela Direção de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria e após seguirá para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria, 10 de dezembro de 2014.

Andressa Peripolli Rodrigues

CPF: 016.029.820-23

ANEXO A - ÁLBUM SERIADO “EU POSSO AMAMENTAR O MEU FILHO”[†]

Figuras do Álbum Seriado



[†] A utilização do álbum foi autorizada formalmente pela autora do referido material.

Fichas Roteiro do Álbum Seriado

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

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

Na sua opinião como essa mãe deve estar se sentindo? E o bebê? Parece satisfeito?

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

Enfocar na perspectiva de que:

Livre demanda: deixar o bebê mamar quando quiser e

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

Deve ser satisfatório e prazeroso para mãe e filho.

Amamentar não é doloroso; a dor indica posicionamento incorreto.

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

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

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

O que vocês estão vendo na figura?

Você oferece as duas mamas?

Em que momento você faz a troca do peito?

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

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

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

começar pela mama que o bebê mamou por último.

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

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

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

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

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

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

AVALIANDO O COMPORTAMENTO DO FILHO

Aceitando o peito	Ficando satisfeito
Recusando mameira	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

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

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

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

Enfocar o seguinte aspecto:

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

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

RECOMENDA-SE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- A mulher neste período apresenta-se vulnerável às opiniões e conselhos das pessoas com as quais interage em seu meio. O companheiro, a mãe, sogra, irmãs e amigas, à medida que também observam as manifestações de comportamento do recém nascido e interação materna, avaliam a situação e emitem seu julgamento.
- Amamentar também significa expor parte de seu corpo à visão pública, ainda que disfarce cobrindo a mama e o bebê com o vestuário, fraldas. Para algumas mulheres essa situação pode ser constrangedora mesmo diante do marido.
- Quando a mãe está cercada de pessoas que conseguem ajudá-la e apoiá-la, sem desqualificar suas capacidades de cuidar do bebê, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentam.

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

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

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

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

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

De que forma amamentar seu bebê satisfaz você?

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

**ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO – FORMA
ABREVIADA (BSES-SF)**

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 as 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

Fonte: DENNIS, 2003; DODT, 2008.

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A UTILIZAÇÃO DE UM ÁLBUM SERIADO PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

Pesquisador: Andressa Peripoll Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26532313.0.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.092

Data da Relatoria: 14/01/2014

Apresentação do Projeto:

A partir disso, apresenta-se como hipóteses:

- ¿ Os escores de autoeficácia das mulheres que participarem da intervenção educativa com o álbum seriado serão iguais aos daquelas que receberem intervenção convencional da unidade;
- ¿ Os escores de autoeficácia das mulheres que participarem da intervenção educativa com o álbum seriado serão mais elevados aos daquelas que receberem intervenção convencional da unidade;
- ¿ Os escores de autoeficácia em amamentar das mulheres que participarem da intervenção educativa de maneira grupal serão iguais aos daquelas que participarem da intervenção educativa individualizada;
- ¿ Os escores de autoeficácia em amamentar das mulheres que participarem da intervenção educativa de maneira grupal serão mais elevados aos daquelas que participarem da intervenção educativa individualizada;
- ¿ A incidência de AME nos primeiros quatro meses de vida da criança será igual para as mulheres que participarem da intervenção educativa comparada com aquelas que receberem intervenção convencional da unidade;
- ¿ A incidência de AME nos primeiros quatro meses de vida da criança será maior para as mulheres que participarem da intervenção educativa comparada com aquelas que receberem intervenção

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (51)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 512.062

convencional da unidade.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Objetivo geral

Avaliar o efeito do album seriado “Eu posso amamentar meu filho” na autoeficácia em amamentar.

2.2 Objetivos específicos

- ¿ Verificar os escores de autoeficácia materna no período puerperal;
- ¿ Comparar os escores de autoeficácia em amamentar das mulheres que participaram da intervenção educativa com as que receberam intervenção convencional;
- ¿ Comparar os escores de autoeficácia em amamentar das mulheres que receberam a intervenção educativa de maneira individualizada com as que receberam a intervenção grupal;
- ¿ Caracterizar o tipo de alimentação que a criança recebeu nos primeiros quatro meses de vida;
- ¿ Correlacionar a incidência do AME com os escores de autoeficácia das mulheres que participaram da intervenção educativa com as que receberam intervenção convencional;
- ¿ Correlacionar a incidência do AME com os escores de autoeficácia das mulheres que receberam a intervenção individualizada e das que receberam a intervenção de maneira grupal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Previstos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

tese de doutorado

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos apresentados

Recomendações:

Não há

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 512.002

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ok

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com