

Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação¹

Regina Cláudia Melo Dodt²
Emanuella Silva Joventino³
Priscilla Souza Aquino⁴
Paulo César Almeida⁵
Lorena Barbosa Ximenes⁶

Objetivo: construir, validar e avaliar uma intervenção educativa, utilizando o *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho". Método: estudo experimental utilizando um pré-teste, intervenção e teste posterior, bem como um grupo de controle. Um total de 201 mulheres, as quais haviam sido hospitalizadas imediatamente, a pelo menos 6 horas, após o parto. As mães foram atribuídas aos grupos de intervenção (100 mulheres) ou de controle (101 mulheres), de acordo com a duração da internação. A eficácia do *flip-chart* foi avaliada com a aplicação da Escala de Autoeficácia de Amamentação (um pequeno formulário) na admissão, quando tiveram alta e por telefone dois meses após o parto. Os grupos de intervenção e de controle mostraram-se semelhantes quanto às variáveis sociodemográficas, obstetrícias e ginecológicas. Resultados: a intervenção foi benéfica, já que as mães do grupo de intervenção tiveram pontuações altas de autoeficácia, mais mães continuaram a amamentar e mantiveram um período maior de amamentação exclusiva, tanto quando obtiveram alta quanto dois meses após o parto, apresentando associações estatisticamente significativas. Conclusões este estudo experimental avaliou a estratégia educacional mediada por meio do *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho" como sendo eficaz no aumento da autoeficácia e da duração da amamentação.

Descritores: Estudos de Validação; Tecnologia Educacional; Aleitamento Materno; Autoeficácia; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação", apresentada à Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 475692/2010-1.

² PhD, Professor Adjunto, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência:

Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: lbximenes2005@uol.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A amamentação exclusiva é recomendada durante os primeiros seis meses de vida, e deve ser continuada como alimentação suplementar pelo menos até os 2 anos de idade⁽¹⁾. Essa recomendação, baseada em diversas vantagens inegáveis da amamentação⁽²⁾, visa evitar as estimadas 1,3 milhões de mortes infantis anuais⁽¹⁾.

No entanto, menos de 40% das mães ao redor do mundo amamentam seus filhos exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida⁽¹⁾. Em vários países, inclusive no Brasil, as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde ainda estão muito abaixo do esperado. No Brasil, de acordo com as últimas pesquisas nacionais, a duração mediana de amamentação exclusiva foi de 60 dias, o 25º percentil foi de 5 dias e o 75º de 150⁽³⁾.

Dado que a amamentação é uma intervenção eficaz, de implantação em larga escala viável e com o maior potencial de redução da mortalidade infantil no Brasil⁽⁴⁾, várias estratégias foram implantadas no âmbito da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio do Aleitamento Materno.

Também deve-se considerar que, além de conhecimento materno sobre o assunto, a autoeficácia também tem uma forte influência sobre a iniciação e manutenção da amamentação no Brasil⁽⁵⁻⁶⁾ e no mundo⁽⁷⁻⁹⁾. Autoeficácia é a crença na habilidade

pessoal de executar com êxito determinadas tarefas ou comportamentos para alcançar resultados⁽¹⁰⁾ desejáveis, sendo um fator modificável principalmente por meio da educação na área da saúde⁽¹¹⁾.

Dada a importância da autoeficácia, desenvolvemos a Escala de Autoeficácia da Amamentação (EAA)⁽¹¹⁾, um instrumento para avaliar a autoeficácia de mães lactantes. A versão abreviada da EAA foi projetada para ser utilizada em ambientes hospitalares para otimizar o suporte da enfermagem para a promoção da amamentação⁽⁷⁾, e já foi validada no Brasil⁽⁶⁾.

Instrumentos como a EAA são essenciais para a construção de intervenções educacionais apropriadas conforme as características específicas de cada população. Assim, este estudo buscou construir, validar e avaliar uma intervenção educativa, utilizando o *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho". A hipótese deste estudo é que a intervenção educacional usando este *flip-chart* é eficaz no aumento da autoeficácia e também para aumentar a duração da amamentação.

Método

O presente estudo é de natureza experimental, utilizando um projeto que incluía um pré-teste, uma intervenção e um teste posterior, bem como um grupo de controle (Figura 1).

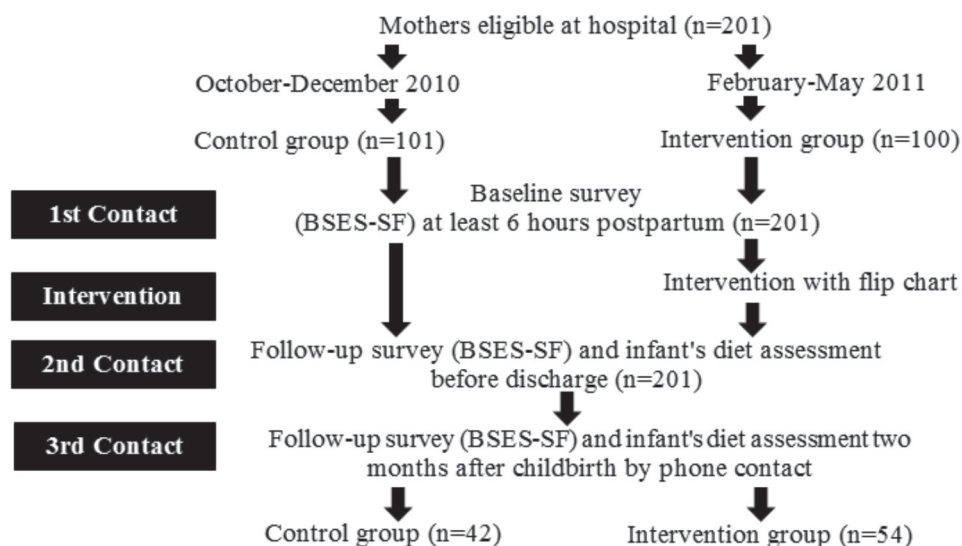


Figura 1 - Fluxograma do projeto de estudo e o tempo de acompanhamento com os participantes

A intervenção foi um *flip-chart* e o processo de construção e de validação ocorreu em cinco etapas: 1) a construção e a validação do *flip-chart* basearam-se na pesquisa da literatura e no Formulário da Escala de Autoeficácia de Amamentação (EAA)⁽¹²⁾; 2) o formulário da EAA foi administrado a todas as mães no estudo 6 horas após o parto (1º contato); 3) o grupo de intervenção recebeu uma explicação do pesquisador usando o *flip-chart*, enquanto o grupo controle não recebeu essa explicação; 4) a segunda aplicação do formulário da EAA e uma avaliação da dieta da criança foram realizados antes da alta hospitalar (2º contato); e 5) a terceira aplicação do formulário da EAA e uma avaliação da dieta da criança dois meses após o parto foram conduzidas por telefone (3º contato). A variável independente foi a aplicação do *flip-chart*. As variáveis dependentes foram as taxas de autoeficácia e de amamentação maternas.

O estudo foi conduzido em um grande hospital maternidade público, que forneceu cuidados terciários neonatal e perinatal. Este hospital está localizado em Fortaleza, Ceará; está associado ao Sistema Único de Saúde (SUS); e treina estudantes de várias universidades. Sendo uma maternidade certificada como amiga do bebê e associada ao banco de leite humano brasileiro, o hospital possui uma média de 600 nascimentos por mês. O hospital segue os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, portanto, fórmulas infantis são oferecidas aos bebês somente em casos em que a amamentação seja contraindicada — geralmente devido a doenças ou medicações.

O estudo incluiu as mães que foram hospitalizadas no período entre outubro de 2010 e maio de 2011, durante o qual houve 2.871 nascimentos no hospital. Os critérios de inclusão foram: mulheres que estivessem no período pós-parto imediato (1-10 dias), pelo menos 6 horas após o parto; mulheres com pelo menos 12 anos de idade (os responsáveis assinaram sua autorização e consentimento no caso de mães adolescentes); as mães saudáveis precisavam ser capazes de amamentar; e os recém-nascidos deveriam pesar mais de 2.000 g, terem nascido depois de mais de 35 semanas de gravidez e terem um índice de APGAR maior que 6, cinco minutos após o nascimento. Os critérios de exclusão foram: mulheres com complicações médicas ou obstétricas no período pós-parto; mulheres com condições médicas que impossibilitaram ou contra-indicaram a amamentação; mães cujos filhos foram internados em unidade de terapia intensiva; e mulheres com filhos com alguma deficiência ou malformação que impossibilitou a amamentação. Os critérios de suspensão incluíram desistência da mãe ou do responsável legal

(para adolescentes) da pesquisa; mudança no número de telefone durante o estudo, impossibilitando a continuação da coleta de dados; ou a morte do participante ou do recém-nascido durante o estudo.

O tamanho da amostra foi calculado usando a fórmula para estudos de intervenção, definindo o nível de significância em 5% e a potência em 80%, resultando em uma amostra de 150⁽¹³⁾. Tendo em conta possíveis perdas de informações, adicionamos cerca de 30% ao tamanho da amostra final e 201 mães foram recrutadas.

Para reduzir vieses, foram coletados dados dos grupos de intervenção e de controle durante períodos diferentes, pois se os dados fossem coletados durante o mesmo período, as mães poderiam compartilhar as informações fornecidas no *flip-chart*, comprometendo assim a validade da eficácia da intervenção.

Durante o primeiro e o segundo contatos (antes da alta hospitalar), a coleta de dados foi conduzida com as 201 mães selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão: 101 mulheres estavam no grupo de controle e 100 no grupo de intervenção. No entanto, no 3º contato, apenas 96 mães participaram devido a dificuldades em entrar em contato com os participantes por telefone, 42 (43,7%) no grupo controle e 54 (56,2%) no grupo de intervenção (Figura 1). Os pesquisadores compararam os números de telefone dos participantes com o registro da instituição, mas ainda assim não conseguiram manter a comunicação com algumas das participantes para o terceiro contato.

As mães foram recrutadas durante o dia, de segunda a sexta-feira, após serem identificadas como elegíveis conforme seus registros médicos. Os pesquisadores visitaram as mães individualmente para convidá-las a participar do estudo. Depois de obter o consentimento por escrito, aplicaram o formulário da EAA, um questionário sócio-demográfico e outro clínico-obstétrico.

Entre o primeiro e o segundo contato, o grupo de intervenção recebeu educação em saúde por meio do *flip-chart* que ilustrou a autoeficácia materna, enquanto o grupo controle não recebeu esta intervenção.

O *flip-chart* intitulado “Eu consigo amamentar meu filho” (40 cm de largura, 32 cm de altura) contém sete ilustrações preparadas com a ajuda de um profissional e do programa Corel Draw X5 Graphics Suite e continha sete scripts (costas de cada ilustração) que abordaram o tema da amamentação com base nos itens da EAA.

Dez profissionais validaram a aparência e o conteúdo do *flip-chart*. Esses profissionais são especialistas na área de amamentação, com pelo menos dois anos de experiência, e foram selecionados por conveniência. Os

profissionais avaliaram as seis ilustrações e os seis scripts como claros e compreensíveis, com concordância acima de 50%. No que concerne o grau de relevância das ilustrações e scripts do *flip-chart*, duas figuras apresentaram 80% de relevância e as outras entre 90% e 100%, na opinião dos especialistas. Para o grau de relevância, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global foi calculado, e os valores de 0,92 para as figuras e 0,97 para os scripts foram obtidos, indicando acordo quase unânime entre os especialistas. As sugestões dos especialistas foram adotadas para melhorar as figuras e os scripts⁽¹²⁾.

Dez mães lactantes participaram de um teste da estratégia educacional apresentado no *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho". Elas foram questionadas sobre o tipo de intervenção utilizada, e sua clareza e compreensão quanto às ilustrações apresentadas no *flip-chart* também foram avaliadas.

Após o processo de validação, o *flip-chart* foi usado com cada mãe individualmente no leito hospitalar por um tempo médio de 20 minutos. Um único pesquisador apresentou o *flip-chart* às mães no grupo de intervenção, abrangendo o conteúdo usando os scripts, bem como ouvindo perguntas e esclarecendo questões para incentivar as mães a começar e continuar a amamentação. Assim, o pesquisador inicialmente apresentou cada quadro no *flip-chart* para a mãe, de forma a ouvir a opinião dela sobre cada aspecto da amamentação. Com base em experiências anteriores, o pesquisador tentou estabelecer um vínculo com a paciente, dando orientações específicas de acordo com as necessidades de cada uma. Enquanto a mãe olhava cada ilustração no *flip-chart*, o pesquisador explicava as informações utilizando o script correspondente.

Como o *flip-chart* foi desenvolvido com base nos quesitos da EAA (Técnica e Pensamentos Intrapessoais), o pesquisador abordou o domínio técnico, ensinando o posicionamento adequado do recém-nascido durante a alimentação, formas de melhorar o conforto durante a amamentação, reconhecimento dos sinais da lactação de qualidade e sucção adequada do complexo mamilo-areolar, entre outras questões técnicas. Enquanto o quesito Pensamentos Interpessoais trabalhou o desejo de amamentar, a motivação interna para a amamentação foi baseada na satisfação da experiência de amamentação.

Três instrumentos de medição foram incluídos neste estudo. O formulário da EAA, que avalia a autoeficácia materna na amamentação, é composto por 14 itens organizados em dois quesitos (oito itens no quesito técnico e seis itens no quesito pensamentos intrapessoais) avaliados através de uma escala de

Likert de cinco pontos, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo fortemente), com pontuação variando de 14 a 70. A pontuação total da escala foi utilizada para calcular a autoeficácia das mães. A versão da escala validada para o Brasil se mostrou confiável (com um alfa de Cronbach de 0,74 e coeficientes de correlação interclasse variando de 0,68 a 0,78)⁽⁶⁾.

O segundo questionário desenvolvido pelos pesquisadores abordou o perfil sócio-demográfico das participantes e coletou dados relacionados às variáveis clínicas, história obstétrica, atual gravidez, parto, condições de mama e experiência anterior com amamentação.

O terceiro instrumento foi utilizado para guiar o contato por telefone com os participantes dos grupos de controle e de intervenção e coletar dados relacionados a visitas a profissionais de saúde de cuidados primários nos primeiros 15 dias após o parto e às orientações sobre amamentação fornecidas durante as visitas sobre a dieta da criança, de acordo com as classificações da Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾.

Os participantes foram entrevistados três vezes (duas durante a hospitalização): uma vez pelo menos 6 horas após o parto (início do estudo), uma pouco antes de receberem alta e a terceira vez dois meses após o parto (estudo de acompanhamento). A equipe de coleta de dados incluiu cinco estudantes de enfermagem, treinados para a pesquisa, e outro pesquisador ficou responsável apenas pela apresentação do *flip-chart*. Durante o treinamento dos estudantes de enfermagem, eles tiveram que entrevistar o pesquisador principal repetidamente até que as perguntas fossem feitas sem influenciar a resposta do entrevistado. As entrevistas foram gravadas para que os alunos pudessem identificar aspectos a serem melhorados e também de forma que o professor pudesse fornecer algumas explicações.

Os dados foram inseridos duas vezes no Access 2007 (Microsoft Office) e posteriormente exportados para o SPSS 18.0 para Windows, pelo qual foram realizadas as análises descritiva e inferencial. Para validar as ilustrações e os scripts, calculamos o Índice de Validade Conteúdo (IVC), considerando um IVC maior que 0,90 como apropriado⁽¹⁴⁾.

Os participantes foram caracterizados por frequências (porcentagens), meios e erro padrão da média (SEM). Para comparar os grupos de intervenção e de controle, aplicamos o teste t de Student e o teste F de Snedecor. Com o resultado do teste F de Snedecor (ANOVA), usamos também o teste de Tukey para determinar quais pares foram significativamente

diferentes. Para comparar os grupos no início e após dois meses de intervenção, usamos o teste qui-quadrado e o teste t de Student, ou o teste de Mann-Whitney, considerando um alfa crítico de 0,05.

Na análise do tipo de alimentação, a amamentação exclusiva foi definida como método em que a criança recebeu apenas leite materno e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Amamentação é um conceito entendido como uma criança recebendo leite materno, independentemente se a criança tenha recebido outros alimentos⁽¹⁾.

O Comitê de Ética de Pesquisa da Escola Maternidade Assis Chateaubriand aprovou o estudo. Todos os participantes do estudo, nos grupos de intervenção e de controle, bem como os especialistas que avaliaram o *flip-chart* e as mães que realizaram o teste de intervenção foram informados de seus direitos, garantidos quanto à confidencialidade dos dados e ofereceu-se a oportunidade de se retirar do estudo a qualquer momento.

Resultados

A amostra total do estudo (n = 201) foi dividida em dois grupos: controle (n = 101) e intervenção (n = 100). Não houve diferença entre os grupos de intervenção e de controle no que diz respeito à idade (p = 0,116), renda per capita (0,120), recebimento de ajuda para tarefas domésticas (p = 0,178) e existência de um lugar designado para amamentação em casa (p = 0,273). Não houve diferença entre os grupos no que se refere a média de anos de escolaridade (0,774), sendo 9,38 anos no grupo de intervenção e 9,49 anos

no grupo de controle. Além disso, no que se refere às variáveis obstétricas, observamos uma homogeneidade entre os grupos em relação ao número de gestações (p = 0,138), número de abortos (p = 0,083) e período de amamentação (p = 0,546). Assim, os grupos foram semelhantes, assegurando que as diferenças encontradas entre eles foram, na verdade, devido à intervenção e não de vieses da seleção.

As pontuações do formulário da EAA variaram entre 14 e 70, pontuações mínima e máxima, respectivamente; maior pontuação indica maior autoeficácia materna. No entanto, para avaliar a variável autoeficácia materna na amamentação, ajustamos as pontuações totais obtidas do formulário da EAA para que o valor mínimo fosse zero e o valor máximo 100 (Tabela 1, Figura 2).

A pontuação média da EAA no início do estudo para o grupo de intervenção foi de 74,1 (SEM±1,2) e para o grupo de controle foi de 72,8 (SEM±1,0) (ANOVA, p = 0,384). As pontuações do segundo contato, depois que o *flip-chart* foi utilizado com o grupo de intervenção e depois que as diretrizes convencionais da instituição foram usadas com o grupo de controle, foram 77,5 (SEM±1,0) e 75,1 (SEM±1,0) (ANOVA, p = 0,113), respectivamente, verificando-se que entre o primeiro e o segundo contato, as pontuações médias eram muito próximas, com um aumento de 3,4 pontos no grupo de intervenção e um aumento de 2,3 pontos no grupo de controle. As pontuações da EAA foram maiores no grupo de intervenção (79,1, SEM±1,2) do que no grupo de controle (70,7, SEM±2,5) dois meses após o parto (terceiro contato), verificando que a pontuação do grupo de intervenção aumentaram 5 pontos, enquanto a pontuação do grupo de controle diminuiu 2,1 pontos (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação dos resultados principais entre o primeiro e o terceiro contatos de acordo com o grupo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010-2011

	Grupo de intervenção		P	Grupo de controle		P
	Primeiro Contato* Média ± DP‡	Terceiro Contato† Média ± DP‡		Primeiro Contato* Média ± DP‡	Terceiro Contato† Média ± DP‡	
Pontuações da escala	55,5 ± 6,63	58,2 ± 5,02	0,032	54,7 ± 5,68	53,5 ± 9,15	0,032
Mudança	2,54 ± 8,28			-1,69 ± 11,16		
	Nº (%)	Nº (%)		Nº (%)	Nº (%)	
Amamentação exclusiva§	100 (100%)	54 (100%)		101 (100%)	35 (41%)	

* IG x CG no primeiro contato: p = 0,397; † IG x CG no terceiro contato: p = 0,002; ‡ DP = desvio padrão; § teste Z aplicado para proporções de dados independentes p<0,001.

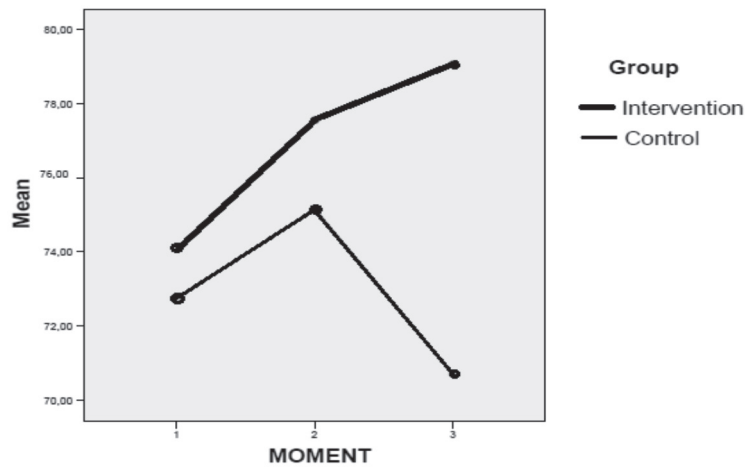


Figura 2 - Evolução da média de autoeficácia na amamentação em ambos os grupos. Fortaleza, CE, Brasil, 2010-2011.

No primeiro contato, 100% das mães em ambos os grupos continuaram a amamentação, sem diferenças entre os dois grupos. No entanto, quando o primeiro contato foi comparado ao terceiro, todos os participantes (100%) no grupo de intervenção continuaram exclusivamente a amamentação, enquanto apenas 41%

dos participantes no grupo de controle ainda ofereceu leite materno para seus filhos (Tabela 1).

No que se refere à influência da autoeficácia na amamentação contínua, podemos inferir que no grupo de intervenção, as pontuações médias da EAA de amamentação exclusiva eram mais elevadas do que a pontuação média na amamentação não exclusiva

Tabela 2 - Comparação dos tipos de alimentos e a média das pontuações da EAA no terceiro contato, de acordo com o grupo. Fortaleza, CE, Brasil, 2010-2011

Grupo			Média	SEM*	p
Intervenção	Total no terceiro contato	Amamentação exclusiva	64,31	0,950	0,003
		Amamentação não exclusiva	58,33	1,563	
Controle	Total no terceiro contato	Amamentação exclusiva	56,96	1,194	0,267
		Amamentação não exclusiva	54,58	1,807	

*SEM = erro padrão da média.

($p = 0,003$). No grupo de controle, a duração média da amamentação exclusiva e não exclusiva foram semelhantes ($p = 0,267$). A duração da amamentação exclusiva no grupo de intervenção (64,31) foi consideravelmente maior do que no grupo de controle (56,96) ($p < 0,05$) (Tabela 2). Assim, a estratégia de educação em saúde promovida pelo *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho" foi bem-sucedida ao aumentar a autoeficácia e a duração da amamentação.

Discussão

A variação nas pontuações da EAA foi mais evidente no grupo de intervenção do que no grupo de controle. Entre primeiro e o segundo contato, a pontuação aumentou 3,4

pontos no grupo de intervenção e 2,3 pontos no grupo de controle. No entanto, entre o segundo e o terceiro contato, as pontuações do grupo de intervenção aumentaram 1,6 pontos, mas diminuíram 4,4 pontos no grupo de controle. Outros estudos também têm demonstrado uma melhoria na pontuação de autoeficácia materna entre as mães que receberam intervenções de especialistas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, aumentando até 15,1 pontos da EAA⁽⁸⁾. Na Austrália, uma intervenção com base na teoria de autoeficácia de Bandura aumentou a autoeficácia da amamentação. Além disso, 4 semanas após o parto, as mulheres do grupo de intervenção apresentaram uma tendência maior a amamentar seus bebês por mais tempo e mais exclusivamente do que as do grupo de controle⁽¹⁵⁾. No Canadá, após uma intervenção de autoeficácia, as mães

no grupo de intervenção tiveram maiores pontuações médias de EAA em 4 e 8 semanas após o parto do que o grupo de controle.

Práticas educativas são consideradas eficazes quando influenciam as crenças que as pessoas têm em suas próprias capacidades. A educação também afeta como as pessoas se comportarão ao enfrentar adversidades e também influencia a duração da adversidade e a quantidade de esforço exercido pelas pessoas para enfrentá-las⁽¹⁷⁾. A autoeficácia materna pode ter sido influenciada também por experiências pessoais, persuasão verbal no momento da intervenção educativa e experiências indiretas, tais como observar outras mulheres amamentando na maternidade onde o estudo foi conduzido⁽¹⁸⁾.

Para ambos os grupos, as pontuações aumentaram para os itens no quesito interpessoal entre o primeiro e o segundo contato, enquanto as pontuações para os itens no quesito técnico diminuíram entre o segundo e o terceiro contato. A prática e a técnica da amamentação são fatores que causam insegurança entre as mães, mesmo no grupo que recebeu a intervenção, e também quando o impacto da intervenção não foi suficiente após as mães terem retornado para casa. As intervenções devem ocorrer além do contexto da maternidade, com uma rede de apoio diário eficaz que ensina, suporta e demonstra as práticas ideais na amamentação para que as mães possam impedir o desmame precoce.

Nossa revisão de literatura identificou que os principais fatores que influenciam a amamentação entre os hispânicos são aculturação, apoio interpessoal, autoeficácia e demandas concorrentes imediatas⁽¹⁹⁾. Assim, informações e orientações devem ser oferecidas também à rede de apoio familiar, já que muitas das mulheres perdem a confiança em si mesmas depois de voltarem para casa devido à pressão da família e dos amigos para oferecer fórmulas infantis para seus filhos⁽²⁰⁾.

Um estudo realizado no Chile demonstrou alguns fatores que influenciam negativamente a manutenção da amamentação exclusiva (tais como idade materna acima de 25 anos) e, portanto, a necessidade de estratégias educativas e sociais para esse grupo⁽²¹⁾.

Além de aumentar as pontuações de autoeficácia materna, a intervenção educacional apresentada por meio do *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho" prolonga a duração da amamentação, e 100% das mães no grupo de intervenção continuou a amamentação no estudo de acompanhamento, em comparação a apenas 41% das mães no grupo de controle. Um resultado semelhante foi encontrado no Japão, onde, com o acompanhamento de um mês, a amamentação

declinou em cerca de 24% no grupo de controle, mas apenas em 10% no grupo de intervenção⁽⁹⁾.

No grupo de intervenção, as pontuações médias da EAA em relação à amamentação exclusiva eram maiores do que as pontuações médias na amamentação não exclusiva. As pontuações médias no que se refere à amamentação exclusiva no grupo de intervenção foram significativamente maiores do que os resultados do grupo de controle. Esse resultado corroborou um estudo australiano em que a autoeficácia na amamentação foi maior entre mães que mantiveram a amamentação exclusiva em comparação com aquelas que amamentaram parcialmente e aquelas que já tinham desmamado seus filhos. Orientação sobre amamentação, apoio à duração da amamentação e confiança materna estão associados à amamentação um mês após o parto⁽²²⁾.

Um estudo usando várias estratégias (consulta individual, cursos de preparação para a parentalidade/parto e visitas a domicílio) sem o foco na autoeficácia mostrou que a intervenção de enfermagem não foi determinante para a prevalência da amamentação⁽²³⁾.

Ressaltamos que a autoeficácia deve ser considerada em intervenções relacionadas à amamentação, e devemos identificar o nível de autoeficácia dessas mães antes de desenvolver qualquer estratégia⁽⁷⁾ para implantação durante os períodos pré-natal e pós-parto⁽²⁴⁾. Essa variável é um forte indicador da duração da amamentação, já que a relação de risco de desmame aumenta em cerca de 18% entre as mulheres que têm baixa pontuação de autoeficácia na EAA⁽²⁵⁾.

Conclusão

Apesar dos inúmeros benefícios da amamentação, ainda é uma prática que requer intervenção para assegurar sua continuidade. Este estudo constatou que a intervenção educativa reforçada pelo *flip-chart* intitulado "Eu consigo amamentar meu filho" teve resultados positivos no aumento da autoeficácia materna, relacionada a uma maior aderência e a uma maior duração da amamentação dois meses após o parto. Portanto, é importante que enfermeiros usem estratégias de educação de saúde como este *flip-chart* para promover a amamentação. Mais pesquisas são necessárias, em outras populações e em outros contextos, especialmente durante outras fases da gravidez e parto (por exemplo, durante os períodos pré-natal e pós-parto remoto), para que seja possível avaliar as influências dessa intervenção durante longos períodos de tempo.

A limitação deste estudo foi a dificuldade em reestabelecer contato por telefone com as participantes do estudo durante a fase final de coleta de dados, o que impossibilitou o acompanhamento de algumas mães participantes.

Referências

1. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Rea MF. Benefits of breastfeeding and women's health. *Jornal de Pediatria*. 2004;80(Supl 5):142-6.
3. Warkentin S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Rev Nutr*. 2013;26(3):259-69.
4. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005;365(9463):977-88.
5. Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, Glick DF, Dennis CL. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public Health Nurs*. 2009;26(6):574-83.
6. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB, Dennis CL. Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. *J Nurs Educ Practice*. 2012;2(3):66-73.
7. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2003;32(6):734-44.
8. Awano M, Shimada K. Development and evaluation of a self-care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J*. 2010;5(9):1-10.
9. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*. 2011;11(Supl 3):24-32.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
11. Dennis CL, Faux S. Development, and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409.
12. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):225-30.
13. Kirby A, Gebiski V, Keech AC. Determining the sample size in a clinical trial. *Med J Aust*. 2002;177(5):256-7.
14. Alexandre NMC, Marina ZOC. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
15. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis CL, Price I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Educ Behav*. 2009;36(2):250-9.
16. McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2011;40(1):35-46.
17. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: New terms. *Health Promotion Int*. 2006;21(4):340-5.
18. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variables that influence the maintenance of exclusive breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):87-94.
19. Schlickau JM, Wilson ME. Breastfeeding as a health-promoting behavior for Hispanic women: literature review. *J Adv Nurs*. 2005;52(2):200-10.
20. Bueno LGS, Teruya KM. The practice of breastfeeding counseling. *J Pediatria*. 2004;80(supl 5):126-30.
21. Pino VJL, López EMA, Medel IAP, Ortega SA. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev. chil. nutr*. 2013;40(1):48-54.
22. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, Vries MD. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 2002;29(4):278-84.
23. Graça LCC, Figueiredo MCB, Conceição MTCC. Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):429-36.
24. Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health*. 2008;31(5):428-41.
25. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Redding E, Antoniou G. Breastfeeding self-efficacy, and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*. 2009;23(4):382-91.

Recebido: 8.7.2014

Aceito: 1.3.2015