



Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo*

Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding

Efectos de una tecnología educativa en la autosuficiencia para amamentar y en la práctica de la lactancia materna exclusiva

Marly Javorski¹, Andreyana Javorski Rodrigues¹, Regina Cláudia Melo Dodt², Paulo César de Almeida³, Luciana Pedrosa Leal¹, Lorena Barbosa Ximenes²

Como citar este artigo:

Javorski M, Rodrigues AJ, Dodt RCM, Almeida PC, Leal LP, Ximenes LB. Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03329. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017031803329>

* Extraído da tese: “Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo”, Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effects of using a flipchart (serial album) on maternal self-efficacy in breastfeeding and its effects on exclusive breastfeeding (EBF) in children's first two months of life. **Method:** Clinical trial in Recife, Northeastern Brazil, with 112 women in the third trimester of gestation, randomly distributed in intervention group (IG) and control group (CG). The intervention was the use of the flipchart in IG. Data collection was performed through interviews in the prenatal period, and telephone contact at second, fourth and eighth weeks postpartum. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short-Form (BSES-SF) was used to measure self-efficacy scores. In the analysis, was used descriptive, bivariate statistics through tests of comparisons of proportions and means, and relative risk assessment. **Results:** There was a statistically significant difference in mean values of self-efficacy scores between women in the IG and CG ($p < 0.001$) and in EBF rates ($p < 0.001$). The probability of exclusively breastfeeding in IG was twice as high than in CG (RR 2.2, CI 1.51-3.21). **Conclusion:** The use of a flipchart as an educational tool had positive effects on self-efficacy scores for breastfeeding and in maintenance of EBF in the IG. Brazilian Registry of Clinical Trials: RBR-5N7K99.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Self Efficacy; Educational Technology; Health Education; Maternal-Child Nursing.

Autor correspondente:

Marly Javorski
Departamento de Enfermagem,
Universidade Federal de Pernambuco
Rua Prof. Moraes Rego, s. n.
CEP 50.670-901 – Cidade
Universitária, Recife, PE, Brasil
marly.11j@gmail.com

Recebido: 13/08/2017
Aprovado: 19/12/2017

INTRODUÇÃO

A interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes dos 6 meses de vida é um evento observado em todo o mundo, independentemente do motivo, apesar dos benefícios dessa prática para a criança e a mãe⁽¹⁾. Nos países de baixa e média renda se evidenciam prevalências abaixo de 37% em menores de 6 meses⁽²⁾, percentual semelhante ao encontrado na avaliação da tendência dos indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas 3 décadas⁽³⁾. Contudo, entre os anos de 2006 e 2013, houve redução na prevalência de AME de 0,3 e 15,1 pontos percentuais entre as crianças de 0 a 2 e de 3 a 5 meses, respectivamente⁽³⁾.

A literatura evidencia a influência de fatores psicossociais no processo de interrupção precoce da amamentação⁽⁴⁻⁵⁾. A confiança materna em amamentar, ou a falta dela, é uma variável importante não só para iniciar a amamentação como também para mantê-la exclusivamente⁽⁶⁻⁷⁾. Escores elevados de autoeficácia para amamentar foram associados positivamente com o aleitamento materno exclusivo entre 4 e 6 semanas pós-parto⁽⁹⁻¹⁰⁾, e mulheres que relatam falta de confiança em amamentar têm cerca de duas a três vezes mais chances de desmamar a criança nesse período⁽⁸⁾.

Expectativas ou crenças na autoeficácia, construídas pelas mulheres, podem influenciar o julgamento sobre sua habilidade para iniciar, vencer as dificuldades e continuar a amamentação⁽⁷⁾. Essas estão relacionadas com experiência pessoal, observação de modelos (entendida como experiência vicária com o aleitamento), persuasão verbal de pessoas influentes em prol da amamentação, além de fatores como dor, ansiedade e fadiga, que podem interferir na confiança da mulher em amamentar⁽⁷⁻⁸⁾ e consequentemente na prevalência do AME.

As recentes evidências na redução da prevalência do AME em menores de 6 meses servem como alerta à necessidade de propor novas estratégias para promovê-lo e para proteger e apoiar a nutriz, que incluam os diversos setores da sociedade e contribuam para a retomada do aumento na duração do aleitamento materno⁽³⁾.

Estudo de metanálise constatou a eficácia das intervenções educativas iniciadas no pré-natal na prevalência do AME aos 6 meses⁽¹¹⁾. A autoeficácia materna é reconhecida como um preditor para a amamentação capaz de ser modificado por meio de intervenções educativas, as quais podem minimizar as influências negativas das crenças na autoeficácia materna para amamentação.

Pelo exposto, justifica-se a realização de intervenções no pré-natal com ferramentas educativas que permitam ao educador em saúde uma abordagem que confira à mulher confiança em suas habilidades para amamentar. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos da utilização, no pré-natal, de um álbum seriado na autoeficácia materna para amamentar e a repercussão desta intervenção educativa no aleitamento materno exclusivo nos primeiros 2 meses de vida da criança.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo de intervenção, controlado e randomizado, que investigou como desfechos primário e secundário a autoeficácia materna para amamentar e a incidência do aleitamento materno exclusivo na segunda, quarta e oitava semanas de vida da criança, respectivamente. A representação gráfica das etapas da pesquisa encontra-se detalhada na Figura 1.

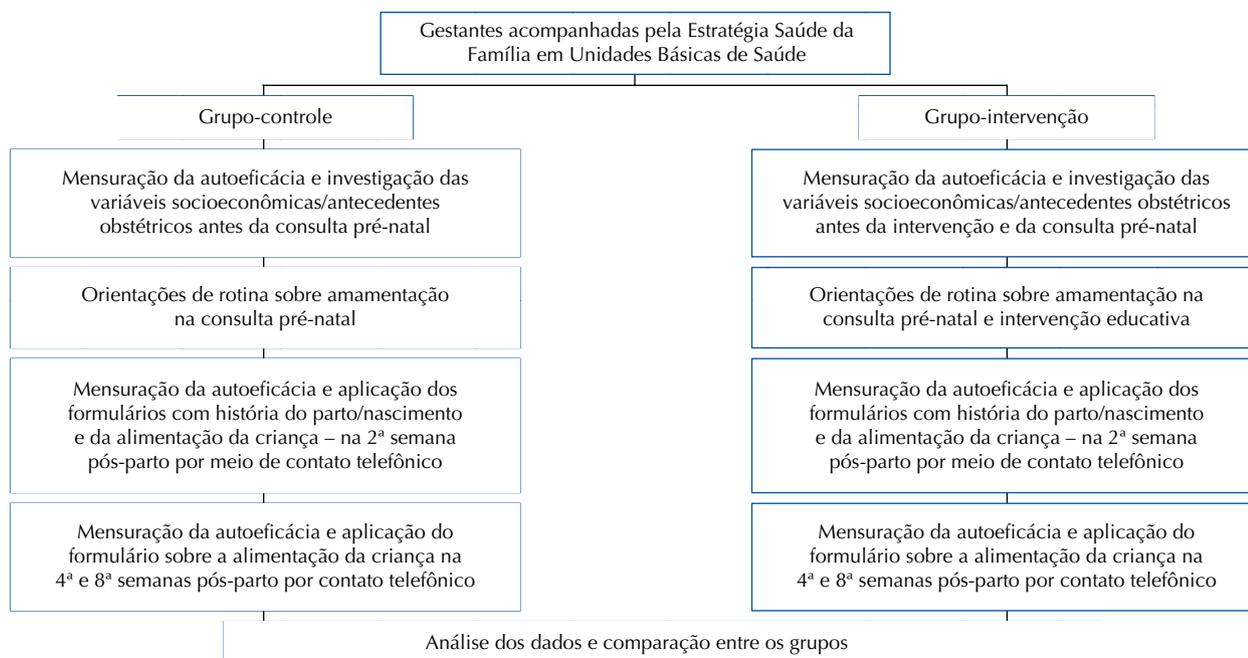


Figura 1 – Fluxograma das etapas da pesquisa.

POPULAÇÃO/CENÁRIO DO ESTUDO

A população foi composta por gestantes. O estudo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário IV na cidade de Recife, Pernambuco, Região Nordeste do Brasil. Esse Distrito foi selecionado por fazer parte da área de abrangência da Universidade Federal de Pernambuco, a qual é responsável pelo desenvolvimento de pesquisas que subsidiem ações que promovam o bem-estar dessa comunidade.

O Distrito Sanitário IV está subdividido em cinco territórios onde estão situadas 15 UBS, nas quais atuam 29 Equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas, médicos e técnicos de enfermagem.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo mulheres que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: grávidas no curso do terceiro trimestre de gestação, acompanhadas durante o pré-natal em consultas realizadas por enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, no período de dezembro de 2012 a agosto de 2013, independentemente da paridade, que verbalizaram desejo de amamentar seus bebês; maiores de 18 anos; alfabetizadas e que possuíam telefone fixo ou celular. Mulheres com gestação múltipla e/ou com restrições clínicas para amamentar foram excluídas.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA/AMOSTRAGEM

O cálculo amostral foi realizado por meio da fórmula para comparação de dois grupos⁽¹²⁾, sendo considerada a proporção de 30% de possibilidade do desfecho primário no grupo-controle e de 55% no grupo-intervenção, erro alfa de 5%, erro beta de 0,84 e percentual de perdas de 15%. A amostra final foi composta por 66 gestantes no grupo-intervenção (GI) e 66 no grupo-controle (GC), totalizando 132 gestantes.

Para distribuir as participantes de forma aleatória nos grupos de pesquisa, optou-se pela randomização em *cluster*, na qual grupos preexistentes de pacientes ou unidades sociais são alocados randomicamente nos grupos de intervenção e controle. Neste estudo, a opção por utilizar a randomização em *cluster* foi para evitar a contaminação, uma vez que essa técnica é adequada para situações em que se torna difícil aplicar a intervenção apenas nos sujeitos do grupo-intervenção sem que esta influencie os sujeitos do grupo-controle, minimizando o viés de contágio⁽¹²⁾.

Inicialmente, foram identificados os conglomerados constituídos por cinco territórios do Distrito Sanitário IV. Levando-se em consideração o número de Equipes da Saúde da Família, foram agrupados os conglomerados A (território cinco), B (quatro), C (três) e D (um e dois). Em seguida, por meio de amostragem aleatória simples, foi realizado sorteio para alocação dos conglomerados/territórios nos grupos de intervenção e controle. O grupo-intervenção foi composto por gestantes acompanhadas por enfermeiros de 14 Equipes da Saúde da Família dos territórios três e cinco, denominados conglomerados A e C. O

grupo-controle foi formado pelas gestantes atendidas por 15 Equipes da Saúde da Família nos territórios um, dois e quatro, conglomerados B e D.

A partir da alocação das equipes de saúde da família nos GI e GC, foi realizado sorteio de uma equipe de cada grupo para iniciar a coleta de dados. Fizeram parte da amostra as mulheres que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, identificadas pelos enfermeiros das equipes de saúde da família. Concluída a coleta nas equipes sorteadas, realizava-se novo sorteio para alocação das gestantes no GI e GC, e assim sucessivamente até alcançar o número amostral.

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para caracterizar a linha de base da pesquisa, tanto para as mulheres do grupo-controle como para as do grupo-intervenção, foram utilizados formulários para investigar: condições socioeconômicas (idade, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar); antecedentes obstétricos (número de gestações) e experiência anterior com amamentação (tempo de AME do último filho, orientações no pré-natal sobre aleitamento materno). Após o nascimento da criança, eram investigadas as variáveis relacionadas à história do parto/nascimento e da alimentação da criança.

A autoeficácia materna para amamentar, em todas as etapas do estudo, foi avaliada aplicando-se a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short-Form* (BSES-SF). A BSES-SF é uma escala Likert, contém 14 itens, organizados em dois domínios, técnico e pensamentos intrapessoais⁽⁶⁾. A escala foi validada no Brasil com coeficiente alfa de Cronbach de 0,7, sendo considerada um instrumento capaz de medir a confiança das mulheres brasileiras em sua capacidade de amamentar⁽¹³⁾. As mulheres atribuíram escores que variavam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), de modo que a pontuação mínima era de 14 e a máxima de 70 pontos, quanto maior a soma dos escores, maior a autoeficácia materna para amamentar.

ESTUDO-PILOTO

O estudo-piloto foi realizado com a finalidade de averiguar a adequação dos instrumentos de coleta de dados e dos formulários para caracterizar as condições socioeconômicas; a segurança e a habilidade dos entrevistadores para aplicar a BSES-SF; os antecedentes obstétricos e a experiência anterior da gestante com amamentação; e a utilização do álbum seriado no GI. Participaram 12 gestantes no GI e nove no GC, acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde em Distrito Sanitário distinto do local de realização da pesquisa. Todas foram avaliadas até a segunda semana pós-parto. Tais procedimentos garantiram maior segurança e rigor metodológico na coleta de dados.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em cinco etapas, sendo as duas primeiras realizadas por meio de entrevistas individuais conduzidas em salas reservadas, nos dias destinados às consultas de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. Na terceira, quarta e quinta etapas, as mulheres dos grupos controle e intervenção foram entrevistadas por contato telefônico.

Na primeira etapa, a duração das entrevistas nos dois grupos foi de aproximadamente 20 minutos. Na ocasião, foram coletadas informações para caracterizar a linha de base da pesquisa e mensurar a autoeficácia para amamentar, antes da consulta de rotina no pré-natal no GC e antes da intervenção educativa e da consulta de rotina no GI.

As gestantes dos dois grupos foram orientadas sobre o significado dos escores da BSES-SF, a autoaplicação da escala com atribuição de valores, que poderiam variar de 1 a 5, para cada item. Esclareceu-se que não haveria respostas certas ou erradas, e que a avaliação deveria ser feita a partir de sua própria percepção em relação aos itens sobre a amamentação. Para facilitar a compreensão dos itens da escala, foi solicitado que a gestante fizesse a primeira leitura em voz baixa seguida da leitura em voz alta de cada item da escala. Caso ela ainda verbalizasse dificuldade com o texto, eram fornecidas informações para possibilitar-lhe maior segurança na autoavaliação.

Ao término da primeira etapa, foi acordado com cada participante o horário mais adequado para as entrevistas por telefone, para o seguimento da pesquisa. Uma cópia da escala BSES-SF foi entregue a todas as mulheres dos grupos controle e intervenção, sem nenhuma anotação dos escores obtidos na primeira avaliação, para orientar as entrevistas por contato telefônico, durante o seguimento da pesquisa.

Em seguida, as mulheres dos dois grupos realizaram a consulta de rotina no pré-natal. O Ministério da Saúde do Brasil, recomenda que as consultas devem ser quinzenais da 28ª até a 36ª semana de gestação e semanais da 36ª até a 41ª semana; e que todas as gestantes recebam orientações acerca da importância do aleitamento materno para a mulher e a criança⁽¹⁴⁾.

Na segunda etapa, as mulheres do grupo-intervenção, depois de terem realizado a consulta de rotina no pré-natal, receberam a intervenção. A tecnologia educacional utilizada foi o álbum seriado intitulado "Eu posso amamentar meu filho", elaborado a partir do conceito de autoeficácia para amamentar. O álbum foi construído com base na literatura sobre a prática do aleitamento materno e a partir dos itens da BSES-SF, estruturado com sete ilustrações e suas respectivas fichas-roteiro. Dez juízes, com experiência clínica em amamentação e conhecimento em educação em saúde, validaram a aparência e o conteúdo do álbum. O Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,92 para as figuras e de 0,97 para as fichas-roteiro⁽¹⁵⁾.

O álbum possui 40 centímetros de largura, 32 centímetros de altura e nove folhas assim distribuídas: capa, sete figuras com as respectivas fichas-roteiro e ficha técnica. As figuras são expostas ao grupo durante a intervenção educativa, e a ficha-roteiro, no anverso, é voltada para o profissional⁽¹⁵⁾. A estrutura do material é apropriada para intervenções individualizadas.

As ilustrações do álbum contemplam as fontes de informações relacionadas às crenças na autoeficácia para amamentar⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. As figuras e fichas-roteiro viabilizam que o profissional de saúde resgate com cada mulher a experiência pessoal com a amamentação. A experiência vicária é vivenciada pela visualização de imagens de outra mulher amamentando e as fichas-roteiro orientam a persuasão verbal com mensagens positivas emitidas para a mulher. Além disso, a utilização do álbum possibilita minimizar o impacto dos estados somáticos e emocionais na mulher no início do processo de lactação.

As figuras orientam a prevenção de problemas, como fissuras e ingurgitamento mamário, esclarecem as causas do choro e os sinais de saciedade do bebê que mama exclusivamente.

A intervenção educativa foi o aconselhamento individual em único momento, com duração entre 30 e 40 minutos. Os escores pontuados pelas mulheres em cada item da BSES-SF, na primeira etapa do estudo, foram avaliados para identificar aqueles que possuíam menor eficácia para amamentar. As figuras/fichas-roteiro do álbum, relacionadas a esses itens, eram discutidas com cada mulher, direcionando a intervenção educativa às necessidades delas.

Durante a intervenção, o álbum seriado foi utilizado para construir, modelar e/ou alterar as crenças na autoeficácia para amamentar. As imagens do álbum ajudaram a reforçar as experiências positivas com amamentação e remodelar as negativas. A persuasão verbal foi mediada pelo enfoque positivo na capacidade de cada mulher de nutrir seu filho, e a experiência vicária foi acessada com imagens do álbum que apresentavam a mulher amamentando, os sinais da pega correta e o manejo da mama puerperal. As figuras que abordaram a prevenção de fissuras, o ingurgitamento e o choro do bebê possibilitaram minimizar o impacto do estresse, dor e fadiga nos estados somáticos e emocionais.

Na terceira, quarta e quinta etapas, que corresponderam à segunda, quarta e oitava semanas pós-parto, as entrevistas foram realizadas por contato telefônico, tanto com as mulheres do grupo-controle como com as do grupo-intervenção, por uma auxiliar de pesquisa, previamente capacitada por meio de um protocolo-padrão, elaborado para guiar a coleta de dados. A auxiliar de pesquisa desconhecia a alocação das mulheres nos grupos, para possibilitar o cegamento do estudo.

Na terceira etapa, foram aplicados dois instrumentos, um para coletar informações sobre as condições do parto, nascimento e tipo de alimentação do recém-nascido na alta hospitalar, e outro para investigar a situação do aleitamento materno da criança na segunda semana de vida. Na quarta e quinta etapas, foi reaplicado o instrumento sobre a situação da amamentação na quarta e oitava semanas de vida da criança. A escala BSES-SF foi aplicada em todas as entrevistas no seguimento da pesquisa.

Para a análise, os dados foram digitados em dupla entrada, validados no programa Epi Info versão 6.0. e posteriormente exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) versão 14.0. Para testar a homogeneidade das características socioeconômicas, obstétricas e experiência com amamentação no GI e GC, foram utilizados os testes Qui-quadrado para homogeneidade e Exato de Fisher para comparação de proporções nas variáveis categóricas.

A análise da distribuição da normalidade das variáveis contínuas idade e autoeficácia para amamentar no pré-natal, na segunda, quarta e oitava semanas pós-parto foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Nas distribuições normais, foi utilizado o teste t-student para comparação das médias. Quando a distribuição não atendia ao critério de normalidade, foi adotado o teste de Mann-Whitney. O risco relativo foi estimado para analisar o efeito da intervenção educativa na incidência do AME no GI e GC. Todas as análises foram realizadas adotando-se o nível de significância de 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer n. 299.734, seguindo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e registrada no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob o identificador RBR-5n7k99.

RESULTADOS

Das 132 gestantes elegíveis, 112 completaram as quatro etapas da pesquisa. Ao longo do seguimento, houve perda de 20 mulheres, 10 mulheres do GI, nove do GC participaram apenas da primeira etapa por não responderem aos contatos telefônicos, e uma do GC foi acompanhada até a segunda etapa e solicitou sair da pesquisa. Dessa forma, o seguimento da pesquisa, até a oitava semana pós-parto, foi realizado com 56 mulheres no GI e 56 no GC.

Os grupos, intervenção e controle, foram homogêneos na maioria das variáveis, uma vez que não houve diferença estatística significativa em relação ao estado civil, ocupação *p*, escolaridade *p*, renda familiar, número de gestações, experiência anterior com amamentação, tempo de aleitamento materno exclusivo do último filho e orientações de rotina durante o pré-natal sobre aleitamento materno. Entretanto, a variável faixa etária não foi semelhante entre os grupos (*p*=0,002) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas das gestantes segundo os grupos de pesquisas –Recife, PE, Brasil, 2014.

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

*1 caso ignorado no GC.

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

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

O teste de comparação das médias dos escores da BSES-SF não se mostrou significativo entre os dois grupos de pesquisa (*p*=0,408), no momento basal, antes da intervenção educativa. Na ocasião, as mulheres se encontravam no último trimestre gestacional. Após a intervenção educativa, constatou-se diferença estatística significativa nas médias dos escores da BSES-SF entre as mulheres do GI e do GC (*p*<0,001) na segunda, quarta e oitava semanas pós-parto. Os escores de autoeficácia materna para amamentar se mantiveram elevados no GI até a oitava semana pós-parto (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das médias dos escores da BSES-SF entre os grupos e entre os momentos da avaliação – Recife, PE, Brasil, 2014.

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

¹p-valor do teste de Mann-Whitney para comparação de médias. ^{a,b,c,d}Não há diferença significativa entre as médias.

O AME apresentou tendência decrescente nos dois grupos, com menor redução no GI. No GC, a redução foi de 35,2% entre a segunda e a quarta semana pós-parto e de 35,6% entre a quarta e a oitava semana; o declínio ao longo do estudo foi 58,2%. No GI, a redução foi de 10,9% entre a segunda e a quarta semana e de 10,2% entre a quarta e a oitava semana, a redução total do AME no GI durante o seguimento foi de 20% (Figura 2).

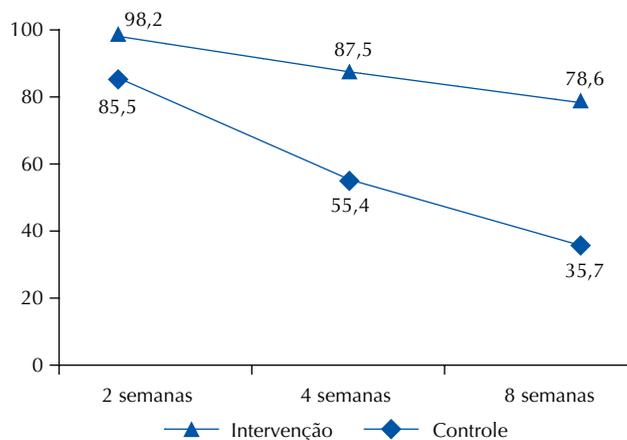


Figura 2 – Comportamento do AME entre os grupos na segunda, quarta e oitava semanas pós-parto – Recife, PE, Brasil, 2014.

O efeito da intervenção educativa em relação à incidência do AME foi positivo nas mulheres do GI. Os resultados indicam que houve diferença estatística significativa (*p*<0,001)

nas taxas de AME entre o GI e o GC. A probabilidade de as mulheres do GI estarem amamentando exclusivamente, na oitava semana pós-parto, foi cerca de duas vezes maior que as do GC (Tabela 3).

Tabela 3 – Efeito da intervenção na incidência de AME entre os grupos de pesquisa na oitava semana – Recife, PE, Brasil, 2014.

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

DISCUSSÃO

A intervenção educativa com o álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho”, elaborado com base no conceito da autoeficácia para amamentar⁽¹⁵⁾, foi capaz de elevar os escores de autoeficácia a partir da segunda até a oitava semana pós-parto. Além disso, as mulheres do GI tiveram duas vezes mais chances de manter o AME até os 2 meses de vida do lactente. Esse resultado evidencia a associação de maiores escores de autoeficácia para amamentar e maior duração do AME⁽⁴⁾.

Tecnologias embasadas na Teoria Social Cognitiva, em especial nos constructos da autoeficácia para amamentar^(7,16), podem apoiar ações educativas, uma vez que nesta perspectiva contemplam a motivação individual e as fontes de construção de crenças maternas para amamentar.

A intervenção educativa testada neste estudo com mulheres no ciclo gravídico-puerperal atuou como ferramenta pedagógica eficaz, permitindo que as gestantes do GI fossem protagonistas do processo de aprendizagem na prática da amamentação. O sucesso dessa intervenção está respaldado na utilização de ferramentas educativas, neste caso o álbum seriado – fundamentado na teoria da autoeficácia para amamentar⁽⁷⁾ –, e na aplicação da BSES-SF para mensuração da autoeficácia, uma vez que esta é um fator modificável e fortemente associado ao AME⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Os escores de autoeficácia obtidos pelas mulheres antes da intervenção orientaram a ação educativa individualizada.

A partir das convicções das mulheres quanto às suas habilidades para amamentar, avaliadas pela BSES-SF, as quatro fontes de crenças para construção de autoeficácia^(7,16) foram trabalhadas na intervenção educativa. A identificação da percepção individual das crenças na autoeficácia orientou o diálogo e a abordagem da ação educativa, de maneira que as necessidades individuais de cada mulher fossem consideradas. Assim, foi possível qualificar as habilidades das gestantes do GI com base na autoeficácia percebida e, com a intervenção educativa, construir ou consolidar crenças na autoeficácia positivas em relação à confiança em amamentar.

A análise na linha de base demonstrou que a amostra foi homogênea para a maioria das variáveis socioeconômicas consideradas como fatores que interferem na prática do aleitamento materno, as quais poderiam atuar como

confundidoras nos desfechos da pesquisa, com exceção da idade materna. Contudo, estudos indicam que a idade materna nem sempre tem se comportado como fator de risco para o desmame precoce^(9,18).

A experiência prévia em aleitamento materno é uma das fontes do desenvolvimento das crenças na autoeficácia materna para amamentar⁽⁷⁾ e importante fator para prática do AME^(4,8). Essa experiência foi semelhante nos dois grupos de pesquisa, respaldando os resultados da intervenção. A homogeneidade na linha de base também foi constatada pela comparação das médias dos escores da BSES-SF entre os grupos. Esta observação é importante, visto que escores elevados de autoeficácia para amamentar estão associados com maior chance de a mulher iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo^(6,8-9). Assim, é possível inferir que os escores da BSES-SF nas gestantes do GI e GC, no início do estudo, não interferiram nos resultados. Logo, os desfechos positivos com relação à autoeficácia materna para amamentar e ao AME nos dois primeiros meses de vida da criança, observados no GI, podem ser atribuídos à intervenção educativa.

A análise das médias dos escores da BSES-SF, antes da intervenção e durante o seguimento do estudo, na segunda, quarta e oitava semanas pós-parto, demonstrou que a intervenção educativa foi capaz não só de aumentar os escores da autoeficácia como também de mantê-los elevados até a oitava semana nas mulheres do GI. Dados semelhantes foram relatados em estudo experimental no Irã, realizado com gestantes no último trimestre de gravidez, o qual examinou o efeito de uma intervenção educativa na autoeficácia para amamentar. Os escores da BSES antes e após a realização do experimento constataram que as mulheres que receberam a intervenção obtiveram maiores escores de autoeficácia para amamentar na quarta semana pós-parto⁽¹⁹⁾.

A autoeficácia para amamentar é uma variável que pode ser modificada por intervenções de enfermagem elaboradas a partir dos conceitos da Teoria Social Cognitiva^(7,9). Essa recomendação foi observada na elaboração do álbum seriado denominado “Eu posso amamentar meu filho”, validado com puérperas, e neste estudo testado com gestantes⁽¹⁵⁾.

O alicerce teórico utilizado⁽⁷⁾ sustenta as quatro fontes de crenças imbricadas na construção da confiança da mulher em amamentar: a experiência direta ou anterior com a amamentação, as experiências vicárias, a persuasão verbal e as reações físicas e emocionais. O álbum seriado, tecnologia educacional utilizada neste estudo, construído a partir de tal referencial teórico, possibilitou resgatar com as gestantes as fontes de elaboração e/ou consolidação da confiança em amamentar.

Os resultados evidenciam que a intervenção educativa, neste estudo, possibilitou corrigir ou minimizar as crenças negativas e consolidar as crenças positivas na autoeficácia materna para amamentar no GI. Os profissionais da saúde devem substituir fontes de informações negativas e valorizar as positivas para aumentar a confiança materna⁽⁷⁾. Possivelmente, mulheres do GI com experiências negativas conseguiram reconstruir suas crenças na prática do aleitamento materno. Destaca-se que a média dos escores de autoeficácia para amamentar foi maior e estatisticamente

significante para o GI ($p < 0,001$), a partir da segunda semana pós-parto, sendo a diferença mantida até a oitava semana pós-parto.

A relação entre AME e escores elevados de autoeficácia materna para amamentar está bem documentada em pesquisas que analisaram esta variável^(8,10). O estudo que investigou o papel dos fatores psicossociais no AME até os 6 meses de vida da criança, constatou que a autoeficácia para amamentar é um forte preditor tanto para a intenção de amamentar como para a duração do aleitamento⁽⁴⁾.

Tal relação foi encontrada neste estudo. O declínio do aleitamento materno exclusivo na segunda, quarta e oitava semanas pós-parto foi maior entre as mulheres do GC, cujos escores de autoeficácia também eram menores quando comparados aos das mulheres do GI. Os resultados reafirmam a relação entre baixos escores de autoeficácia para amamentar e risco para o desmame precoce, associação que vem sendo relatada desde os primeiros estudos⁽⁶⁾ e confirmada por outros pesquisadores^(4,8-10).

Ações educativas devem instrumentalizar a mulher para melhorar sua confiança em superar as dificuldades iniciais do processo de lactação. Neste estudo, o álbum seriado intitulado “Eu posso amamentar meu filho”, validado em puérperas⁽¹⁵⁾, mostrou-se eficaz na abordagem da amamentação no último trimestre gestacional. Revisões sistemáticas sobre os efeitos das intervenções educativas na promoção do aleitamento materno concluíram que estas, quando desenvolvidas no pré-natal, foram significativas para manter o AME entre a quarta e a sexta semana pós-parto. As ações educativas

que se mostraram mais eficientes foram aquelas capazes de melhorar a autoeficácia para amamentar⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A utilização do álbum seriado denominado “Eu posso amamentar meu filho”⁽¹⁵⁾, elaborado à luz do constructo da autoeficácia para amamentar⁽⁷⁾, aumentou os escores de autoeficácia materna para amamentar e a incidência do AME nos dois primeiros meses de vida das crianças de mulheres do GI. A heterogeneidade entre os grupos intervenção e controle em relação à idade materna pode ter se constituído como limitação na interpretação dos resultados, tendo em vista que o GC foi formado por maior percentual de mulheres adolescentes e conseqüentemente com menos experiência pessoal na amamentação.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que o uso de uma tecnologia educacional, pautada no conceito da autoeficácia para amamentar, é capaz de elevar os escores da autoeficácia para amamentar, e o aumento desses escores repercute positivamente na incidência do AME em curto prazo. A autoeficácia materna para amamentar pode ser modificada ou consolidada mediante a intervenção educativa com o álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho”, já que foi possível verificar um aumento nos escores aferidos pela BSES-SF nas mulheres que receberam a intervenção. Além disso, constatou-se que o aumento da autoeficácia para amamentar ao longo do seguimento do estudo repercutiu positivamente no AME até os 2 meses de vida da criança.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os efeitos do uso de um álbum seriado sobre a autoeficácia materna na amamentação e suas repercussões no aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 2 meses de vida da criança. **Método:** Ensaio clínico realizado em Recife, Região Nordeste do Brasil, com 112 mulheres no terceiro trimestre de gestação, distribuídas de forma aleatória em grupo-intervenção (GI) e grupo-controle (GC). A intervenção caracterizou-se pelo uso do álbum seriado no GI. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no pré-natal e contato telefônico na segunda, quarta e oitava semanas pós-parto. Foi utilizada a BSES-SF para mensurar os escores de autoeficácia. Na análise, utilizou-se de estatística descritiva, bivariada por meio de testes de comparação de proporções e médias e avaliação do risco relativo. **Resultados:** Houve diferença estatisticamente significativa nas médias dos escores de autoeficácia entre as mulheres do GI e GC ($p < 0,001$) e nas taxas de AME ($p < 0,001$), a probabilidade de amamentar exclusivamente no GI foi duas vezes maior do que no GC (RR 2,2 IC 1,51-3,21). **Conclusão:** O uso do álbum seriado como ferramenta educacional repercutiu positivamente nos escores de autoeficácia para amamentar e na manutenção do AME no GI. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: RBR-5N7K99

DESCRIPTORIOS

Aleitamento Materno; Autoeficácia; Tecnologia Educacional; Educação em Saúde; Enfermagem Materno-Infantil.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los efectos del uso de un álbum seriado acerca de la autoeficacia materna en la lactancia y sus repercusiones en la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros dos meses de vida del niño. **Método:** Ensayo clínico realizado en Recife, Región Nordeste de Brasil, con 112 mujeres en el tercer trimestre de gestación, distribuidas de modo aleatorio en grupo-intervención (GI) y grupo-control (GC). La intervención se caracterizó por el uso del álbum seriado en el GI. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas en el prenatal y contacto telefónico en la segunda, cuarta y octava semanas post parto. Se utilizó la BSES-SF para mensurar los scores de autoeficacia. En el análisis, se utilizó estadística descriptiva, bivariada por medio de pruebas de comparación de proporciones y promedios y evaluación del riesgo relativo. **Resultados:** Hubo diferencia estadísticamente significativa en los promedios de los scores de autoeficacia entre las mujeres del GI y GC ($p < 0,001$) y en las tasas de LME ($p < 0,001$), la probabilidad de amamentar exclusivamente en el GI fue dos veces mayor que en el GC (RR 2,2 IC 1,51-3,21). **Conclusión:** El empleo del álbum seriado como herramienta educativa repercutió positivamente en los scores de autoeficacia para amamentar y en el mantenimiento del LME en el GI. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: RBR-5N7K99

DESCRIPTORIOS

Lactancia Materna; Autoeficacia; Tecnología Educacional; Educación en Salud; Enfermería Materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Dowling S, Brown A. An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter? *Breastfeed Med.* 2013;8(1):45-52. DOI:10.1089/bfm.2012.0057
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
3. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venância SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:108. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000029
4. Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery.* 2014;30(6):657-66. DOI: 10.1016/j.midw.2013.07.008
5. Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors Influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health.* 2014;105(3):e179-85.
6. Dennis CL. The Breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(6): 734-44.
7. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact.* 1999;15(3):195-201. DOI: 10.1177/089033449901500303.
8. Bartle NC, Harvey, K. Explaining infant feeding: the role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy and breastfeeding outcomes. *Brit J Health Psychol.* 2017;22(1):763-85. DOI: 10.1111/BJHP.12254
9. Ip WY, Gao LL, Choi KC, Chau JPC, Xiao Y. The short form of the breastfeeding self-efficacy scale as a prognostic factor of exclusive breastfeeding among mandarin-speaking Chinese mothers. *J Hum Lact.* 2016;32(4):711-20. DOI:10.1177/0890334416658014.
10. Yang X, Gao LL, Ip WY, Chan WCL. Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: a cross-sectional study. *Midwifery* 2016;41:1-8. DOI: 10.1016/j.midw.2016.07.011
11. Oliveira IB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW, Santos AH, Horta BL, Pontes CM. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *J Adv Nurs.* 2017;73(2):323-35. DOI: 10.1111/jan.13104
12. Hulley S. *Delineando a pesquisa clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2015.
13. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MO, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale: short form in a Brazilian sample. *J Nurs Educ Pract.* 2012;2(3):66-73. DOI: 10.5430/jnep.v2n3p66.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres* [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2017 jul. 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
15. Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validação de album seriado para promoção do aleitamento materno. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):225-30. DOI: 10.1590/S0103-2100201200020011.
16. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Manag.* 2012;38(1): 9-44. DOI: 10.1177/0149206311410606
17. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. *J Hum Lact.* 2017;32(1):35-45. DOI: 10.1177/0890334415599533
18. Glassman ME, McKearney K, Saslaw M, Sirota DR. Impact of breastfeeding self-efficacy and sociocultural factors on early breastfeeding in an urban, predominantly Dominican Community. *Breastfeed Med.* 2014;9(6):301-7. DOI: 10.1089/bfm.2014.0015
19. Ansari S, Abedi P, Hasanpoor S, B. The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant woman in ahvaz, Iran. *Int Scholarly Res Notices.* 2014;2014:1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/510793>

