

ALINE ELIZABETH DA SILVA

**MODELO TRANSTEÓRICO: EFEITO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS
NO COMPORTAMENTO DE NUTRIZES FRENTE À AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2015

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

S586m
2015
Silva, Aline Elizabeth da, 1986-
Modelo Transteórico: efeito de intervenções educativas no
comportamento de nutrizes frente à amamentação / Aline
Elizabeth da Silva. – Viçosa, MG, 2015.
xv, 136f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Raquel Maria Amaral Araújo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Amamentação. 2. Incentivo à amamentação.
3. Comportamento, Mudança. 4. Lactantes - Nutrição.
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição e
Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição.
II. Título.

CDD 22. ed. 649.33

ALINE ELIZABETH DA SILVA
ALINE ELIZABETH DA SILVA

**MODELO TRANSTEÓRICO: EFEITO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS
NO COMPORTAMENTO DE NUTRIZES FRENTE À AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 24 de fevereiro de 2015.



Maria Cristina Passos



Maria do Carmo Fontes de Oliveira
(Coorientadora)



Raquel Maria Amaral Araújo
(Orientadora)

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

Albert Einstein

*Dedico este trabalho à minha querida vó Sanica (in memoriam) e minha amada mãe
Elma, que sempre acreditaram e confiaram em mim.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre presente na minha vida, me dando forças, me iluminando e me guiando.

Aos meus pais Elma e José Flávio pelo apoio, dedicação, por acreditarem nos meus sonhos, aceitarem as minhas escolhas, me incentivarem e se sacrificarem em prol da realização dos meus sonhos.

Ao amor da minha vida Guilherme pela confiança, estímulo constante, amor, carinho, paciência, tolerância nos momentos difíceis e por estar ao meu lado, mesmo de longe. O seu amor foi fundamental para a superação desse desafio.

À minha orientadora Raquel Maria Amaral Araújo pela orientação, conhecimentos transmitidos, paciência e valiosas contribuições.

À professora Maria do Carmo Fontes de Oliveira, minha coorientadora, pela motivação, confiança, carinho e pela participação importantíssima na definição das intervenções educativas.

À professora Andréia Queiroz Ribeiro, minha coorientadora, pelos ensinamentos, paciência, ajuda e carinho.

À professora Rosângela Minardi Mitre Cotta, minha coorientadora, pelos conhecimentos transmitidos durante as disciplinas.

Aos meus irmãos, Vinicius e Amanda, vô Raimundo, tios e primos pelo incentivo e confiança.

A toda família do Guilherme pela torcida e carinho, em especial à Alcione e Dona Célia.

A professora Elizabete Adriana Esteves pela inspiração e incentivo.

Ao grande amigo e companheiro Paulo Augusto, que sempre me impulsiona para enfrentar novos desafios, obrigada pela amizade, conselhos valiosos, atenção e carinho.

À amiga Flávia Xavier pela amizade, acolhimento, conversas, conselhos e por não permitir que eu desistisse do meu sonho.

À companheira Cássia pela amizade, generosidade, ajuda e convivência amiga durante essa caminhada.

Às amigas Poli e Carol pelas trocas de experiências, pela amizade sincera, carinho, paciência, por terem sido irmãs, confidentes e companheiras durante essa

caminhada. Nossas longas conversas, pessoais e profissionais, foram muito importantes para que tudo fosse mais leve e alegre.

Aos afilhados Kelly e Welison pela amizade, carinho, confiança e oportunidade de participar de suas vidas.

Às Chamosas, Fernanda, Gracielle e Lailla, pela amizade, carinho, convivência agradável, momentos em família e de “terapia em grupo”.

À Sarah Vieira pela amizade, carinho, conselhos e apoio.

Às queridas Dayane, Júlia Khéde, Aline Campos, Luiza Veloso, Laís Gusmão, Luana, Naruna, Gabi, Roberta, Marli Rosa, pelos momentos de descontração, alegria, companheirismo e trocas de experiências.

À “irmã” Patrícia pelo companheirismo, apoio e amizade.

À Ariadne pelas conversas, carinho e apoio.

Ao Leandro Cardoso pelo apoio e conselhos quando cheguei à Viçosa.

À Fernanda Franco pelo incentivo, conversas, conselhos e carinho.

Ao Giorgio pelo carinho e pelos momentos alegres que vivemos.

À Marina Santana pelo acolhimento no momento em que mais precisei.

Ao Tiago Honorato, Luisa Penido e aos queridos ex-colaboradores pelas trocas de experiências, amizade, apoio e incentivo.

À Paula Souza e Lidiane Rezende pela amizade e pela contribuição na minha formação profissional.

Às amigas de Diamantina, que mesmo longe se fazem presentes, em especial à Munik.

Às Pimentas do Reino, Tude, Andrea e Fernanda, pela amizade e incentivo.

Ao Saimon pela confiança e incentivo.

Aos amigos de Contagem por entenderem a minha ausência.

Às bolsistas PIBIC, Luma Comini, Thaís Lessa, Natália Alves pela dedicação, compromisso e auxílio na coleta de dados.

À Jéssica Buthers e Mary Anne pela ajuda na coleta de dados.

Às queridas gestantes pela confiança no nosso trabalho e pelo carinho.

Aos funcionários da Policlínica e Unidades de Saúde pela colaboração.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Nutrição e Saúde por contribuírem para minha formação profissional.

À CAPES pelo auxílio financeiro com a bolsa de pesquisa.

BIOGRAFIA

ALINE ELIZABETH DA SILVA, filha de José Flávio da Silva e Elma Elizabete da Silva, nasceu em 20 de janeiro de 1986, em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Em março de 2005, ingressou no Curso de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), graduando-se Nutricionista em dezembro de 2008.

Atuou no setor de alimentação coletiva entre junho de 2009 e novembro de 2012.

Em abril de 2013, iniciou o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição da UFV, submetendo-se à defesa da Dissertação em fevereiro de 2015.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS.....	x
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
1 INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1.1 Referências Bibliográficas.....	3
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1 Aleitamento materno e o processo de decisão da mulher para a amamentação.....	5
2.2 Estratégias educativas em prol da amamentação.....	10
2.3 Modelo Transteórico.....	16
2.4 Referências Bibliográficas.....	22
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	33
4.1 Sujeitos e local do estudo.....	33
4.2 Delineamento e amostra do estudo.....	33
4.3 Coleta de dados.....	34
4.3.1 Pré-intervenção.....	35
4.3.1.1 Identificação dos estágios de mudança de comportamento.....	36
4.3.1.2 Identificação dos processos de mudança de comportamento.....	37
4.3.1.3 Identificação do equilíbrio de decisão (prós e contras).....	37
4.3.2 Intervenção.....	37
4.3.3 Pós-intervenção.....	41
4.3.4 Variáveis do estudo.....	42
4.3.4.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas.....	42
4.3.4.2 Variáveis obstétricas e neonatais.....	42
4.3.4.3 Variáveis sobre aleitamento materno.....	43
4.3.4.4 Variáveis do Modelo Transteórico.....	43
4.3.5 Estudo piloto.....	43
4.4 Análises dos dados.....	43

4.5 Aspectos éticos.....	44
4.6 Referências Bibliográficas.....	45
5 ARTIGO ORIGINAL 1 – Intervenções educativas para mudança de comportamento frente à amamentação: contribuições do Modelo Transteórico...	47
6 ARTIGO ORIGINAL 2 – Influência de intervenções educativas na percepção de prós e contras à amamentação.....	73
7 CONCLUSÕES GERAIS.....	98
8 APÊNDICES.....	99
8.1 Apêndice A – Questionário semiestruturado para coleta de dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e quanto à experiência pregressa com amamentação.....	99
8.2 Apêndice B – Questionário para identificação dos construtos do Modelo Transteórico.....	101
8.3 Apêndice C - Álbum seriado.....	106
8.4 Apêndice D – Folheto explicativo sobre os perigos do uso da mamadeira.....	125
8.5 Apêndice E – Folheto explicativo sobre diferenças entre leite materno, fórmula infantil e mingaus.....	127
8.6 Apêndice F – Folheto explicativo distribuído ao grupo comparação.....	129
8.7 Apêndice G – Questionário semiestruturado para coleta de dados obstétricos, neonatais e sobre alimentação.....	131
8.8 Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	133
9 ANEXO.....	135
9.1 Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DNS	Departamento de Nutrição e Saúde
cm	Centímetro
DPP	Data provável do parto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
g	Gramma
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MG	Minas Gerais
p	Nível de significância estatística
SM	Salário mínimo
SPSS	<i>Statistical Program for Social Science</i>
UAPS	Unidades de Atenção Primária de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TV	Televisão
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA

Modelo Transteórico

Quadro 1 – Processos específicos para cada estágio de mudança.....	19
---	----

METODOLOGIA

Figura 1 - Distribuição dos motivos das perdas de acordo com os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	34
--	----

Figura 2 - Esquema das fases do estudo. Viçosa, MG, 2013-2014.....	35
---	----

Quadro1 - Avaliação dos Estágios de Mudança de Comportamento para a amamentação.....	36
---	----

Tabela 1 - Estratégias de intervenção utilizadas conforme os processos de mudança e sua descrição. Viçosa, MG, 2013.....	40
---	----

ARTIGO ORIGINAL 1

Figura 1 - Distribuição dos motivos das perdas de acordo com os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	52
--	----

Quadro 1 - Afirmativas que representam os processos de mudança de comportamento.....	54
---	----

Tabela 1 - Estratégias de intervenção utilizadas conforme os processos de mudança e sua descrição. Viçosa, MG, 2013.....	57
---	----

Tabela 2 - Características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno de gestantes atendidas pelo sistema público de saúde segundo os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	60
--	----

Tabela 3 - Estágios de mudança de comportamento das mulheres atendidas na rede pública de saúde, nos períodos pré e pós-intervenção, segundo os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	61
--	----

Tabela 4 - Movimento nos estágios de mudança de comportamento de nutrizes dos grupos intervenção e comparação após intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.....	62
---	----

Tabela 5 - Médias dos escores pós-intervenção dos processos de mudança de comportamento de nutrizes dos grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	63
Tabela 6 - Frequência dos tipos de aleitamento materno nos grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	64
 ARTIGO ORIGINAL 2	
Figura 1 - Distribuição dos motivos das perdas de acordo com os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.....	77
Quadro1 - Prós e contras frente à amamentação.....	78
Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno das gestantes atendidas pelo sistema público de saúde. Viçosa, MG, 2013-2014.....	83
Tabela 2 - Médias dos escores gerais de prós e contras à amamentação dos grupos nos períodos pré e pós- intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.....	84
Tabela 3 - Médias dos escores de prós e contras à amamentação dos grupos nos períodos pré e pós- intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.....	86
Tabela 4 - Médias dos escores de prós e contras à amamentação dos grupos nos períodos pré e pós- intervenção, segundo o tipo de aleitamento. Viçosa, MG, 2013-2014.....	87

RESUMO

SILVA, Aline Elizabeth da, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2015. **Modelo Transteórico: efeito de intervenções educativas no comportamento de nutrizes frente à amamentação.** Orientadora: Raquel Maria Amaral Araújo. Coorientadoras: Maria do Carmo Fontes de Oliveira, Andréia Queiróz Ribeiro e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

As atividades educativas implementadas no pré-natal, devem contemplar a discussão e esclarecimento de questões únicas para cada gestante. O Modelo Transteórico proposto por Prochaska e Diclemente, na década de 80, permite o desenvolvimento e implementação de intervenções individualizadas e mais compatíveis com as necessidades específicas de cada mulher. Objetivou-se avaliar o efeito de intervenções educativas direcionadas aos construtos do Modelo Transteórico no comportamento da mulher frente à amamentação, e nas taxas de aleitamento materno exclusivo. Foi conduzido um estudo de intervenção não controlado em que 233 mulheres cadastradas em unidades do sistema público de saúde de Viçosa, Minas Gerais, foram distribuídas em dois grupos, intervenção e comparação. O estudo foi conduzido entre junho de 2013 e setembro de 2014 e ocorreu em três fases. Na fase pré-intervenção foi aplicado um questionário traduzido e adaptado transculturalmente que contemplava três construtos do Modelo Transteórico, a saber: estágios de mudança de comportamento; processos de mudança de comportamento; e equilíbrio de decisão. Foram coletados, também, dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e quanto à experiência anterior em aleitamento materno. Na segunda fase, as mulheres do grupo intervenção foram submetidas a intervenções educativas baseadas em três construtos do Modelo Transteórico. Os temas trabalhados nos encontros mensais foram definidos conforme a identificação do estágio de mudança apresentado pela gestante, dos processos de mudança utilizados e o equilíbrio de decisão. Para implementar as intervenções foi elaborado um álbum seriado. Como material de apoio foram incluídos um boneco de pano, um modelo de mamas (“mama cobaia”); e folhetos informativos. Em cumprimento à ética na pesquisa, ao final da entrevista na primeira fase do estudo, o grupo comparação recebeu um folheto contemplando aspectos gerais do aleitamento materno. Na fase pós-intervenção, no pós-parto, o questionário contendo os três construtos do Modelo Transteórico foi reaplicado, a fim de verificar mudanças no comportamento materno. Foram coletadas, também, informações sobre amamentação por meio de recordatório 24 horas; além de dados obstétricos e neonatais. O efeito da

intervenção foi avaliado pela verificação de mudanças no comportamento materno, ou seja, avaliação dos construtos do Modelo Transteórico (estágios de mudança, processos de mudança e equilíbrio de decisão), antes e após intervenção, e das taxas de aleitamento materno. Das 233 mulheres avaliadas, mais da metade tinham idade entre 20 e 34 anos, mediana de renda per capita acima de ½ salário mínimo, eram primíparas, 72,0% viviam com o companheiro e 62,0% não trabalhavam fora de casa. Em relação ao grupo comparação, o grupo intervenção apresentou maior frequência de nutrízes classificadas no estágio de manutenção (71,7% *versus* 68,3%); menor frequência de recaída (15,0% *versus* 22,5%) e maiores médias dos escores na maioria dos processos de mudança. No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à classificação dos estágios de mudança, movimento nos estágios de mudança, médias dos escores dos processos de mudança, bem como em relação às taxas de aleitamento exclusivo. No tocante ao equilíbrio de decisão, houve diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo intervenção apresentou escores significativamente menores nos contras: “dar de mamar no peito é fora de moda, cafona” ($p=0,021$); “eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito” ($p=0,047$) e “nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito” ($p=0,045$). Esse grupo apresentou, de uma maneira geral, médias dos escores de prós maiores do que as médias dos escores de prós do grupo comparação, em especial, naqueles relacionados aos benefícios do aleitamento materno para a mãe, à proteção fornecida pelo leite materno contra doenças e alergias e à superioridade nutricional do leite materno. Entretanto, as diferenças entre os grupos não foram significativas ($p>0,05$). A intervenção delineada com base na avaliação dos construtos do Modelo Transteórico possibilitou assistir às mulheres de forma individualizada e mostrou efeito positivo na redução da percepção de barreiras à amamentação.

ABSTRACT

SILVA, Aline Elizabeth da, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2015. **Transtheoretical Model: effect of educational interventions on behavior of lactating toward to breastfeeding.** Adviser: Raquel Maria Amaral Araújo. Co-advisers: Maria do Carmo Fontes de Oliveira, Andreia Ribeiro Queiroz and Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Educational activities implemented in prenatal care, should include the discussion and clarification of issues unique to each woman. The Transtheoretical Model proposed by Prochaska and DiClemente, in the 80s, allows the development and implementation of individualized interventions and according to the specific needs of each woman. The objective was to evaluate the effect of educational interventions based on Transtheoretical Model in front of woman's behavior to breastfeeding, and in exclusive breastfeeding rates. We conducted an uncontrolled intervention study in which 233 women registered in units of the public health system of Viçosa, Minas Gerais, were divided into two groups, intervention and comparison. The study was conducted from July 2013 to September 2014 and took place in three phases. In the pre-intervention phase were applied a questionnaire translated and adapted culturally that included three constructs of the Transtheoretical Model: stages of change; processes of change; and decisional balance. Were also collected socioeconomic, demographic, obstetric and on the previous experience in breastfeeding. In the second phase, women in the intervention group were submitted to educational interventions based on three constructs of the Transtheoretical Model. The themes discussed during the monthly meetings were defined as the identification of the stage of change presented by the pregnant woman, the processes of change used and the decisional balance. To implement the interventions we designed an album series. As collateral were included a cloth doll, a model of breasts ("guinea pig mama"); and leaflets. In compliance with ethics in research at the end of the interview in the first phase of the study, the comparison group received a booklet covering general aspects of breastfeeding. In the post-intervention phase, postpartum, the questionnaire containing the three constructs of the Transtheoretical Model was reapplied in order to verify changes in maternal behavior. Were collected also information on breastfeeding through 24-hour recall; in addition to obstetric and neonatal data. The effect of the intervention was evaluated by checking changes in maternal behavior, other words evaluation of the constructs of the Transtheoretical Model, before and after intervention, and breastfeeding rates. Of the

233 women assessed, more than half were aged between 20 and 34 years, median income per capita above ½ minimum wage, were primiparous, 72,0% lived with a partner and 62,0% did not work outside the home. Regarding the comparison group, the intervention group had a higher frequency of nursing mothers classified in the maintenance stage (71.7% versus 68.3%); lower frequency of relapse (15.0% versus 22.5%) and higher average scores in most processes of change. However, there were no significant differences between the groups regarding the classification of the stages of change, movement in the stages of change, mean scores of processes of change as well as in relation to exclusive breastfeeding rates. Regarding the decisional balance, there was a significant difference between the groups, and the intervention group had significantly lower scores in cons "to breastfeed is old fashioned, tacky" ($p=0.021$); "I would be embarrassed if someone saw me giving breastfeed" ($p=0.047$) and "or crosses my mind that I know all about breast feeding chest" ($p=0.045$). This group had, in general, mean scores of major pros than the average of the comparison group pros scores, especially those related to the benefits of breastfeeding for the mother, the protection provided by breast milk against diseases and allergies and the nutritional superiority of breast milk. However, the differences between the groups were not significant ($p>0.05$). The outlined intervention based on the evaluation of the constructs of the Transtheoretical allowed to attend the women individually and showed a positive effect in reducing the perception of barriers to breastfeeding.

1. INTRODUÇÃO GERAL

A amamentação é reconhecida como uma prática complexa, condicionada por aspectos sociais, políticos, históricos e culturais como os mitos, crenças e valores que são repassados através das gerações (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004; MARQUES *et al.*, 2010). Portanto, não se pode restringir a amamentação a um simples ato fisiológico (ALMEIDA 1999; BRASIL, 2009).

Diante disso, no acompanhamento pré-natal é essencial oferecer auxílio à mulher considerando-a protagonista do ato de amamentar, visto que é comum o sentimento de ansiedade pela gestante, que tem dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar e medo de não poder amamentar (OSIS *et al.*, 2004; RIOS; VIEIRA, 2007).

Entretanto, algumas preocupações das mulheres em relação à quantidade e a qualidade do leite materno, por vezes não são valorizadas pelos profissionais de saúde, podendo levar ao desmame precoce (ICHISATO; SHIMO, 2002; COUTINHO, 2003; MONTEIRO; NAKANO, GOMES, 2011).

Desta forma, deve-se entender e escutar o querer materno, bem como a ambiguidade da mulher na sua tomada de decisão, uma vez que o desejo de amamentar, que geralmente surge antes do nascimento do bebê, é um fator de influência no sucesso do aleitamento (TAKUSHI *et al.*, 2008; ROCHA *et al.*, 2010). Sendo assim, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar na mulher os aspectos envolvidos na tomada de decisão sobre a amamentação (TAKUSHI *et al.*, 2008), e de atuar de forma apropriada para ajudá-la na superação das barreiras identificadas (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009).

As barreiras à amamentação estão bem elucidadas na literatura, porém a intenção de amamentar e o seu comportamento ainda carecem de investigações (KLOEBLEN; THOMPSON; MINER, 1999). Nesta perspectiva, o Modelo Transteórico proposto por Prochaska e Diclemente (1984) torna-se uma ferramenta interessante no auxílio à compreensão do comportamento materno relacionado à amamentação. Este modelo reúne as principais teorias psicológicas objetivando entender como as pessoas mudam seu comportamento. É constituído por quatro construtos: estágios de mudança de comportamento, processos de mudança, equilíbrio de decisão e autoeficácia. Cada construto se relaciona com os estágios de mudança de comportamento, delineando as intervenções que podem ser utilizadas para o avanço nos estágios (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984; PROCHASKA; VELICER, 1997).

Acredita-se que as intervenções são mais eficazes quando direcionadas e respaldadas por um modelo teórico (HUMPHREYS; THOMPSON; MINER, 1998).

Humphreys, Thompson e Miner (1998) desenvolveram um questionário para a aplicação do Modelo Transteórico na mudança de comportamento frente à amamentação e demonstraram a sua viabilidade para tal comportamento.

No entanto, na revisão de literatura não foi encontrado nenhum estudo que tenha implementado intervenções baseadas no Modelo Transteórico para a mudança de comportamento frente à amamentação.

Desta forma, este estudo, propõe novas formas de intervenções com objetivo de promover a mudança de comportamento frente à amamentação, e conseqüentemente, melhora nas taxas de aleitamento materno, sobretudo do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

1.1 Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, J.A.G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1999.
- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.119-125, 2004.
- ANDRADE, M.P.; OLIVEIRA, M.I.V.; FILHO, J.G.B.; ALMEIDA, L.S.; CASTRO E VERAS, M.A. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Fortaleza)**, v.10, n.1, p.104-113, 2009.
- ARANTES, C.L.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.71, n.4, p.195-202, 1995.
- ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v.20 n.4, p.431-438, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**/equipe de elaboração: Janine Schirmer *et al.* - 3ª edição -Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- COUTINHO, S.B. **Aleitamento materno exclusivo: um estudo de intervenção randomizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco**. 2003. 175p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2003.
- HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. **Health Education Research**, v.13, n.3, p.331-341, 1998.
- ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.4, p.578-585, 2002.
- KLOEBLEN, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Predicting Breast-Feeding Intention among Low-Income Pregnant women: A comparison of two Theoretical Models. **Health Education e Behavior**, v.26, p.674-688, 1999.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; MAGALHÃES, K.A.; SANT'ANA, L.F.R.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A influência da rede social da nutriz no

aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1391-1400, 2010.

MONTEIRO, J.C.D.; NAKANO, A.M.S.; GOMES, F.A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y educación en enfermeira**, v.29, n.2, p.315-321, 2011.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; PÁDUA, K.S.; HARDY, E.; SANDOVALC, L.E.M.; BENTO, S.F. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.172-179, 2004.

PRIMO, C.C.; CAETANO, L.C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.75, n.6, p.449-455, 1999.

PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F. The Transtheoretical Model of health behavior change. **American Journal of Health Promotion**, v.12, n.1, p.38-48, 1997.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. **The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy**. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company, 1984.

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

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

ROCHA, N.B.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1293-1305, 2010.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KRUMMER, S.C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A.C.W.; MACHADO, D.B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.74, n.5, p.368-375, 1998.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; MACHADO, M.A.M.P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.5, p.491-502, 2008.

TEIXEIRA, M.M.; VASCONCELOS, V.M.; SILVA, D.M.A.; MARTINS, E.M.C.S.; MARTINS, M.C.; FROTA, M.A. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.1, p.179-186, 2013.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aleitamento materno e o processo de decisão da mulher para a amamentação

É incontestável que o leite materno é o melhor alimento para as crianças nos primeiros meses de vida, tanto do ponto de vista nutricional quanto imunológico (PERCEGONI *et al.*, 2002; BOSI; MACHADO, 2005). Neste sentido, é caracterizado como um alimento funcional pelos seus fatores protetores e de crescimento, hormônios, neuropeptídeos, agentes anti-inflamatórios e imunomoduladores (CARRASCOZA; COSTA JUNIOR; MORAES, 2005).

Em virtude desses aspectos a amamentação desempenha importante papel no crescimento e desenvolvimento infantil, na sobrevivência da criança favorecendo uma menor incidência e gravidade de infecções intestinais e respiratórias com menor risco de mortalidade de crianças amamentadas exclusivamente no peito (VICTORA *et al.*, 1987; REA, 1998; CARRASCOZA; COSTA JUNIOR; MORAES, 2005). Ademais, tem papel relevante na prevenção de doenças crônicas na vida adulta, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes, extremamente prevalentes em nosso meio (SPINELLI *et al.*, 2003; SARNI, 2007; NOVAES *et al.*, 2009; HORTA; VICTORA, 2013).

No tocante aos benefícios psicoafetivos, o ato de amamentar favorece a interação física e psicológica; e aumenta o vínculo entre o binômio mãe-filho (VENÂNCIO; NOGUEIRA-MARTINS; GUIGLIANI, 2010; BRASIL, 2011). Estudos elucidaram o papel da duração da amamentação no quociente de inteligência e desenvolvimento cognitivo do lactente (ZHOU *et al.*, 2007). Da mesma forma, merecem destaque os benefícios econômicos do aleitamento materno para a família e para o Estado (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

É importante ressaltar que o ato de amamentar é reconhecido como um fenômeno multidimensional permeado por condicionantes sociais, históricos e culturais, ultrapassando, assim, o aspecto biológico que lhe é intrínseco (ALMEIDA, 1999; ICHISATO; SHIMO, 2001; ALMEIDA; NOVAK, 2004; BOSI; MACHADO, 2005).

Mesmo com todas as evidências sobre os benefícios da amamentação para o binômio mãe-filho (OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; TAKUSHI *et al.*, 2008), as taxas de aleitamento materno continuam muito aquém do recomendado (GIUGLIANI, 2000; WHO, 2003; VICTORA *et al.*, 2008; BRASIL, 2009).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009) revelou a prevalência de 41% de aleitamento materno

exclusivo até o sexto mês, e em Belo Horizonte, Minas Gerais, o percentual foi de 37,9%, valor abaixo do nacional. Em Viçosa, no período de julho de 2011 a julho de 2012, a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 50,8% (NETTO, 2012). No conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses).

Diante desse panorama, inúmeros programas de incentivo ao aleitamento materno, em todo o Brasil, foram e estão sendo realizados visando o resgate dessa prática, todavia, há pouco avanço em termos de mudança no comportamento das mulheres frente à amamentação (SILVA, 2000a). Possivelmente, por essas ações de incentivo ao aleitamento materno serem centradas no atendimento das necessidades da criança (NAKANO; MAMEDE, 1999; TAKUSHI *et al.*, 2008; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011), tratem o ato de amamentar como uma obrigação da mulher (FROTA *et al.*, 2009) e ressaltarem a nutriz como a única responsável pelas consequências do desmame sem, no entanto, avaliar os motivos dessa decisão (BOSI; MACHADO, 2005).

As razões que acarretam o desmame são complexas (SILVA, 1990; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011) e, em geral, estão relacionadas à quantidade de leite produzida e sua qualidade (GIUGLIANI, 2000; SILVA, 2000a; ICHISATO; SHIMO, 2001), aos problemas mamários (RAMOS; ALMEIDA, 2003; PEREIRA *et al.*, 2007); às interferências externas da rede social da mulher (RAMOS; ALMEIDA, 2003); à conveniência e independência associada ao uso da fórmula infantil (BONIA *et al.*, 2013; GURKA *et al.*, 2014), ao constrangimento de amamentar em público (BONIA *et al.*, 2013), ao cansaço, à preocupação com a estética (SILVA, 2000a) e ao trabalho fora de casa (SILVA, 2000a, SILVEIRA *et al.*, 2008). Em relação ao trabalho, é importante ressaltar que apesar das leis que protegem o direito da mulher de amamentar, muitas não requerem os seus direitos devido à preocupação com a manutenção do emprego (SILVEIRA *et al.*, 2008).

No estudo de Rocha *et al.* (2010), a partir da análise compreensiva das falas foi possível verificar a presença de fatores que podem exercer influência tanto positiva quanto negativa na decisão de amamentar. As mães amamentaram os seus filhos por considerarem um ato de amor e pela proteção fornecida pelo leite materno à criança. Por outro lado, àquelas que desmamaram alegaram a escassez ou falta de leite materno e o trabalho como motivos para a interrupção do aleitamento materno. Ainda, segundo

esses autores, o conhecimento acerca das propriedades do leite materno, não implica no sucesso da prática da amamentação.

Considerando a ambiguidade da mulher na tomada de decisão sobre a amamentação, onde ela deseja em princípio amamentar, porém, num segundo momento, reflete sobre suas conseqüências positivas e negativas (RAMOS; ALMEIDA, 2003), percebe-se que sua tomada de decisão sobre a amamentação nem sempre é vivenciada de forma tranquila (ALMEIDA; NOVAK, 2004; MONTEIRO, 2006).

Elucidar as razões pelas quais as mulheres escolhem amamentar ou não e os indivíduos envolvidos nesse processo podem tornar os programas de promoção, proteção e apoio à amamentação mais eficientes (DAMIÃO, 2008; MARQUES *et al.*, 2010a; GURKA *et al.*, 2014), uma vez que durante a gestação, a mulher encontra-se mais sensível e vulnerável quanto às pressões e opiniões advindas de familiares, profissionais e amigos em relação à sua capacidade de amamentar (BUENO; TERUYA, 2004). Portanto, visto a interferência que essas pessoas exercem sobre a decisão da mulher amamentar ou não, os membros da sua rede social devem ser incluídos nas atividades educativas com a mulher (NARCHI *et al.*, 2005; ICHISATO; SHIMO, 2006; PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2009; MARQUES *et al.*, 2010b; MUEFFELMANN *et al.*, 2014). Assim, o profissional de saúde poderá esclarecer dúvidas e compreender a visão de cada integrante da rede social (MARQUES *et al.*, 2010b).

No âmbito familiar, a decisão da mulher de amamentar ou não, pode receber interferência de alguma figura feminina, representada pelas irmãs, mãe e sogra (JUNGES *et al.*, 2010). As avós da criança, tanto materna quanto paterna, são consideradas a fonte mais importante de informações sobre a amamentação (MARQUES *et al.*, 2010a) e desempenha um papel relevante na decisão da mulher em relação à prática alimentar do seu filho (BONIA *et al.*, 2013).

Essa avó que é vista como educadora e exemplo para as filhas (PRIMO; CAETANO, 1999), pode transmitir valores, tabus, crenças e proibições à nutriz, atuando como desestimuladora ou estimuladora à amamentação (MACHADO *et al.*, 2004). No estudo de Ichisato e Shimo (2001) as avós influenciaram negativamente na prática do aleitamento materno por estimularem, frequentemente, a introdução de chá na alimentação, para evitar as cólicas.

Revisão integrativa com 44 estudos confirmou a importância do apoio do círculo familiar durante a gestação e puerpério; e destacou a participação do pai da criança,

devido a sua forte influência na decisão da mulher em amamentar e na duração do aleitamento materno. Apesar disso, segundo os autores, o homem ainda encontra dificuldades para entender as mudanças que ocorrem com as mulheres ao longo de suas vidas (SILVA; SANTIAGO; LAMOUNIER, 2012).

A influência da rede social na decisão da mulher amamentar pode ser exercida por meio de incentivo e/ou apoio; transmissão de conhecimentos e valores culturais, experiência de vida e tradição familiar; falta de estímulo e pressão à nutriz em relação à forma de alimentar a criança; orientação quanto à fisiologia e benefícios da amamentação; e do compartilhamento de angústias e dúvidas. Desta forma, a rede social pode tanto fornecer apoio quanto gerar possíveis conflitos, que influenciam as atitudes das mulheres em relação à amamentação (MARQUES *et al.*, 2010a).

Além da rede social da mulher, os profissionais de saúde exercem forte influência na decisão da mulher amamentar ou não (MARQUES *et al.*, 2010a; SILVA; SANTIAGO; LAMOUNIER, 2012). Portanto, é recomendado que, durante o pré-natal e o pós-parto, esses profissionais sejam incentivadores do aleitamento materno e incluam nos atendimentos orientações sobre amamentação (ESCOBAR *et al.*, 2002; MACHADO *et al.*, 2004; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA; 2005; CRUZ *et al.*, 2010).

No entanto, apesar da importância do médico na tomada de decisão da mulher para a amamentação, por vezes esse profissional não fornece orientações sobre esse assunto durante a consulta pré-natal, passando assim, a não ter qualquer influência na decisão das mulheres em amamentar (OSIS *et al.*, 2004).

Alguns médicos veem a amamentação a partir de uma ótica reducionista, como obrigação da mulher; e ao orientarem sobre o aleitamento materno verbalizam um discurso científico autoritário, influenciado pelo modelo higienista, focado no aspecto biológico, não contemplando, assim, as reais necessidades dessas mulheres (ARANTES, 1995; OSIS *et al.*, 2004; FROTA *et al.*, 2009; JUNGES *et al.*, 2010; MARQUES *et al.*, 2010a). Assim, essas mulheres seguem algumas orientações médicas e desconsideram outras, passando a decidir e agir conforme suas necessidades e percepções (ARANTES, 1995).

Para a mulher se sentir capaz de amamentar e continuar com a amamentação precisa ser amparada por um profissional capaz de ouvir seus desejos de forma sensível (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; MARQUES *et al.*, 2010a), esclarecer possíveis dúvidas, crenças e tabus; e auxiliá-la na

superação de dificuldades e barreiras (ARANTES, 1995; BOSI; MACHADO, 2005; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006). Destarte, é fundamental que o profissional de saúde saiba compartilhar com as mulheres os seus conhecimentos sobre amamentação (BUENO; TERUYA, 2004), entretanto, deve reconhecer se a mulher está em condições de receber, absorver e aproveitar a informação que lhe foi repassada (REZENDE *et al.*, 2002).

A partir das falas das mulheres nota-se um distanciamento entre as orientações fornecidas pelos médicos e as suas próprias percepções e necessidades (ARANTES, 1995). Neste sentido, Azeredo *et al.* (2008), em estudo realizado em Teixeira, Minas Gerais, encontrou que as mães e os profissionais de saúde concordaram quanto aos benefícios advindos do aleitamento materno. No entanto, discordaram quanto às causas do desmame precoce, sendo que as questões relacionadas à produção do leite e as questões estéticas predominaram entre as mães e profissionais de saúde, respectivamente. Esses resultados diferem dos encontrados no estudo de Junges *et al.* (2010), em que a estética foi apontada como um importante fator para justificar a decisão de algumas mães de não amamentarem. Nesta perspectiva, é necessário que o profissional de saúde conheça e avalie os fatores que influenciam na decisão de amamentar ou não (AZEREDO *et al.*, 2008), visto que dificilmente as mulheres comentam sobre o aspecto estético como determinante no processo de tomada de decisão por amamentar (JUNGES *et al.*, 2010).

A decisão da mulher de adotar ou não a amamentação pode ser influenciada, ainda, por suas crenças e tabus (ANDRADE *et al.*, 2009); pelas orientações médicas recebidas no pré e pós-natal (ICHISATO; SHIMO, 2001; ESCOBAR *et al.*, 2002; ANDRADE *et al.*, 2009), em especial sobre os benefícios do leite materno à saúde do binômio e a vantagem econômica (GURKA *et al.*, 2014; FORNASARO-DONAHUE *et al.*, 2014); por sua determinação pessoal e motivação (OSIS *et al.*, 2004; TAKUSHI *et al.*, 2008); pela experiência de ter sido amamentada (ICHISATO; SHIMO, 2006) ou pela experiência anterior positiva (RAMOS; ALMEIDA, 2003; TAKUSHI *et al.*, 2008) e ainda pelos diversos papéis que a mulher desempenha na sociedade (SILVA, 1990).

Desta forma, nas ações em prol da amamentação, essa prática deve ser abordada de forma ampla, transcendendo o aspecto biológico (ICHISATO; SHIMO, 2006; ARAÚJO; ALMEIDA, 2007), visto que a decisão da mulher de amamentar ou não, é determinada também, por seu psicológico, pela vivência da mulher em sociedade (ARANTES, 1995; SILVA; 2000a; FROTA *et al.*, 2009; MARQUES *et al.*, 2010a);

pelo significado que a mulher confere a essa prática (SILVA, 2000a; ICHISATO; SHIMO, 2001; REZENDE *et al.*, 2002).

Portanto, é necessário que haja um redirecionamento das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, buscando auxiliar a mulher no processo de tomada de decisão, sem julgamento ou imposição, compreendendo os fatores que influenciam a percepção da mulher em relação ao aleitamento materno (NAKANO; MAMEDE, 1999; NARCHI *et al.*, 2005; SILVEIRA *et al.*, 2008; FROTA *et al.*, 2009; MONTEIRO, NAKANO; GOMES, 2011). Neste sentido, considerando que a decisão final de amamentar ou não cabe à mulher, é importante que essa seja vista na sua singularidade e integralidade (ARANTES, 1995; FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006), como protagonista do processo de amamentar (SILVA, 2000b).

Para Rocha *et al.* (2010), o desejo de amamentar o filho ao seio, demonstrado durante a gestação, é um dos fatores mais importantes para o sucesso do aleitamento materno. Sendo assim, para a promoção do aleitamento materno apresentar efeito positivo precisa ocorrer o mais precoce possível, provavelmente, antes da concepção (OSIS *et al.*, 2004; GURKA *et al.*, 2014). Revisão de literatura confirma a importância dessa recomendação, uma vez que 78% das mulheres referiram ter tomado a decisão sobre o padrão alimentar de seus filhos antes da gestação ou no primeiro trimestre gestacional (LOSA-IGLESIAS; RODRÍGUEZ-VÁZQUEZ; BENGOA-VALLEJO, 2013).

Quando se trata da primeira gestação a mulher vive um misto de curiosidade e insegurança quanto a sua capacidade de amamentar. Já aquelas que tiveram uma experiência anterior de sucesso, possuem além do desejo, a certeza que o aleitamento será iniciado naturalmente (OSIS *et al.*, 2004). Contudo, quando a mulher decide por não amamentar não podemos culpabilizá-la. Se o seu verdadeiro desejo é não amamentar, isso deve ser respeitado (ARANTES, 1995).

2.2 Estratégias educativas em prol da amamentação

Tendo em vista que o nível de consciência da mulher, durante a gestação e amamentação, pode estar bastante alterado e sua sensibilidade aflorada, é importante que as informações em relação ao aleitamento materno sejam oferecidas em vários encontros e momentos (ICHISATO; SHIMO, 2006; BERTOLDO; SANTOS, 2008; SILVA *et al.*, 2014). Neste sentido, os programas de promoção, proteção e apoio são

estratégias eficazes para o aumento das taxas de aleitamento materno, que podem incluir atividades direcionadas tanto às gestantes e às puérperas, quanto aos profissionais de saúde, no pré-natal e no pós-parto (LAMOUNIER; LEÃO, 1998).

No que concerne ao pré-natal, preconiza-se que todas as gestantes devam ser informadas sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno, uma vez que a orientação auxilia a prática da amamentação (COUTINHO; 2003; BRASIL, 2011; FIGUEIREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

O conhecimento em amamentação e o recebimento de apoio estão diretamente relacionados à confiança da mulher na sua capacidade de amamentar. No período imediatamente após o parto, essa confiança materna e a calma são fundamentais para o estabelecimento da lactação com sucesso (ANDRADE *et al.*, 2009).

Nesta perspectiva, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) compreende ações que visam favorecer a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, ao nascimento e após o parto (BRASIL, 2011).

Diversos estudos comprovam o efeito positivo da IHAC nas taxas de aleitamento materno exclusivo (SAMPAIO *et al.*, 2011; ROCCI; FERNANDES, 2014), mostrando a necessidade de ampliar a cobertura dessa estratégia para todo o território nacional, com vistas à redução da morbimortalidade infantil (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Há evidências de que apesar das recomendações da WHO/UNICEF ainda é insuficiente o número de mulheres que são orientadas sobre a prática da amamentação (COUTINHO, 2003; OSIS *et al.*, 2004). Em São Paulo, no estudo realizado por Toma e Monteiro (2001) ao avaliarem maternidades públicas e privadas em relação à promoção da amamentação, tendo como referência os “Dez Passos” propostos pela IHAC, observaram que a orientação sobre aleitamento materno nesses serviços (Passo 3) foi mais comum nos hospitais públicos (50,0%) em relação aos privados (37,5%).

Resultado semelhante foi encontrado em estudo transversal, conduzido por Giuglini *et al.* (1995), em Porto Alegre, onde 50% das mães relataram nunca terem sido orientadas sobre como amamentar o seu bebê. Os autores desse estudo concluíram que a qualidade da orientação, também deve ser considerada, uma vez que não houve relação entre conhecimentos da mãe em aleitamento materno e orientação recebida nas maternidades e nas consultas pediátricas. Entretanto, o acompanhamento pré-natal associou-se ao nível de conhecimento da mãe em aleitamento materno, evidenciando que esse período é útil na divulgação dos conhecimentos.

Dado preocupante foi revelado em estudo longitudinal de intervenção, com 22 gestantes cadastradas nas unidades de atenção primária à saúde, onde 22,7% receberam orientações sobre o aleitamento materno, sendo repassadas principalmente pelo nutricionista (40,0%). As orientações mais citadas pelas gestantes foram sobre o aleitamento materno exclusivo e cuidados com a mama. Apesar de todas as gestantes afirmarem que planejavam amamentar e terem conhecimentos das vantagens e importância do aleitamento materno, a mediana de aleitamento materno exclusivo pretendida foi de quatro meses. O motivo mais alegado pelas mulheres foi considerar esse tempo suficiente (40,9%). Os resultados encontrados nesse estudo alertam para uma possível lacuna na atenção à saúde direcionada às gestantes (REIS *et al.*, 2010).

Um estudo, em Porto Alegre, mostrou que embora a maioria das mulheres tenham comparecido em cinco ou mais consultas de assistência pré-natal, apenas um terço delas recebeu orientação sobre aleitamento materno. Essa situação denota a inércia dos serviços de saúde com relação à promoção da amamentação (SUSIN *et al.*, 1998). Em outro estudo, realizado em Fortaleza, a maioria das mulheres, apesar de ter recebido, dos profissionais de saúde, informação sobre a importância da amamentação exclusiva para o bebê, não se sentia segura a ponto de adotá-lo como único alimento durante o período em que ele é indicado (ANDRADE *et al.*, 2009).

Em relação à qualidade da assistência prestada pela unidade básica de saúde no apoio à mulher para amamentar, os estudos evidenciam que estas mulheres se mostram insatisfeitas, expressando em suas falas o descaso, a visão reducionista dos profissionais de saúde, a auto-culpabilização da mulher pela falta de apoio ou pelo insucesso com a amamentação, e a utilização de material informativo ao invés do diálogo. Esses achados mostram a urgência de assegurar que a rede básica de saúde se constitua em um espaço onde a mulher seja assistida a partir de uma visão holística e efetivamente apoiada para amamentar (LANA; LAMOUNIER; CÉSAR, 2004; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; BERNARDI; GAMA; VITOLO, 2011).

Para isto, torna-se essencial que os profissionais de saúde dominem tanto as técnicas de manejo da amamentação, quanto de aconselhamento. O aconselhamento em amamentação é proposto pela WHO (1993) em substituição ao termo consulta, o qual implica em ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, sabendo ouvi-la, compreendê-la, apoiá-la, tornando-a mais autoconfiante (WHO, 1993; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005).

A partir de 1993, o curso de Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento, da WHO/UNICEF, tem sido implementado em vários países. Essa iniciativa valoriza a mulher enquanto protagonista da amamentação e, tem como objetivo a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na assistência à amamentação para ajudá-las a superarem dificuldades (WHO, 1993).

As habilidades recomendadas pela WHO/UNICEF para aconselhar em amamentação envolve ouvir atentamente a mãe e aprender como a mulher se sente. Para isso, é necessário usar comunicação não verbal e útil (remover barreiras, tocar de forma apropriada, prestar atenção, dedicar tempo); fazer questões abertas; usar expressões e gestos que demonstrem interesse; refletir sobre o que a mãe diz e repetir com suas próprias palavras; mostrar empatia; evitar palavras que implicam julgamento. As habilidades para desenvolver a autoconfiança da mulher e lhe dar apoio envolve aceitar o que ela pensa e sente; reconhecer e elogiar o que mãe e bebê estão fazendo certo; dar ajuda prática; dar pouca informação, mas relevante para o momento vivido; usar linguagem simples; fazer uma ou duas sugestões, não dar ordens (WHO, 1993; REA; VENÂNCIO, 1999; BUENO; TERUYA, 2004).

Ainda com relação à capacitação profissional, em Porto Alegre, um programa de atualização dos profissionais de saúde em alimentação infantil mostrou impacto positivo no tempo de duração do aleitamento materno exclusivo no grupo intervenção (BERNARDI; GAMA; VITOLLO, 2011). Em contrapartida, o despreparo dos profissionais de saúde para apoiar e orientar às mães durante o período da amamentação foi evidenciado em um estudo realizado no interior de São Paulo, no qual as mães relataram que a indicação do pediatra foi a principal responsável pela introdução da mamadeira (GARCIA-MONTRONE; ROSE, 1996).

A literatura aponta que o retorno ao trabalho é um dos principais motivos para a interrupção do aleitamento materno (SILVEIRA *et al.*, 2008). Nesta perspectiva, um estudo realizado por Brasileiro *et al.* (2010), em Piracicaba, investigou se programas de incentivo ao aleitamento materno ajudam a prevenir o desmame precoce entre filhos de mães trabalhadoras. Os autores observaram que as taxas de amamentação e amamentação exclusiva, durante os primeiros seis meses, foram estatisticamente superiores entre as crianças cujas mães participaram do programa ($p < 0,001$). As mães que não participaram do programa tinham 8,84 vezes mais chances de interromper a amamentação antes de quatro meses de vida se comparadas com as mães participantes do programa de incentivo. Quando se comparou a época de retorno ao trabalho entre os

dois grupos observou-se que as mães que receberam apoio em relação à amamentação ficaram mais tempo afastadas do ambiente de trabalho, proporcionando uma maior permanência com a criança.

Ainda é assunto controverso na literatura qual intervenção tem mais impacto no aumento da prevalência e na duração do aleitamento materno. Entretanto, estudos e revisões sistemáticas mostram que quando as intervenções são realizadas, conjuntamente, durante todo o ciclo gravídico-puerperal, mostram-se mais efetivas (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001; COUTINHO, 2003; HANNULA *et al.* 2008; NARCHI *et al.*, 2009; HARRON, 2013). Já Skouteris *et al.* (2014), em revisão sistemática, mostraram que em países ricos, embora as intervenções por um longo período (3 semanas a 6 meses), foram as mais eficazes para o aumento das taxas de início e duração do aleitamento materno exclusivo, essas foram realizadas somente no pós-parto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998), no desenvolvimento de estratégias educativas para a promoção do aleitamento materno deve-se considerar que os temas a serem discutidos variam conforme a fase da gestação, discutir os benefícios da amamentação pode ser mais eficaz durante o primeiro trimestre; discutir os medos e as crenças e demonstrações práticas podem ser mais úteis no segundo e terceiro trimestres de gestação.

Neste sentido, Kistin *et al.* (1990), nos Estados Unidos, avaliaram os efeitos da educação pré-natal nas taxas de aleitamento materno em mulheres pobres e observaram que o início da amamentação no hospital foi maior nos grupos de intervenção (45% e 50%) contra 22% no controle, e concluíram que entre os aspectos da intervenção que podem ter exercido um papel importante estava à discussão em grupo sobre os mitos, dúvidas e problemas comuns, e o apoio entre as participantes.

Revisão sistemática mostrou que as intervenções mais efetivas na extensão do período de amamentação exclusiva e não exclusiva combinaram procedimentos como: escutar as preocupações e barreiras das mulheres com a amamentação, oferecer ajuda no manejo e na resolução de problemas; orientar sobre as vantagens do aleitamento materno nas primeiras horas de vida da criança, sob livre demanda, exclusivo até o sexto mês e complementado até dois anos ou mais; informar sobre como o leite materno é produzido; alertar quanto aos riscos do uso de substitutos do leite materno, de mamadeiras e chupetas; e orientar quanto aos métodos de contracepção adequados. Este estudo apontou, ainda, grupos de pré-natal, grupos de mães, visitas domiciliares, e

consultas individuais conduzidas no pré e pós-natal, que proporcionaram apoio face a face à amamentação e que envolveram a rede social da mulher, foram as estratégias mais efetivas na condução desses procedimentos (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001).

Demitto (2010), em revisão integrativa, encontrou resultados semelhantes e ressaltou a importância dos grupos de gestantes, que proporcionam troca de experiências, atividades práticas, usando bonecos e “mama cobaia”, com o objetivo de se trabalhar o manejo da amamentação; bem como do aconselhamento individual, palestras com recursos audiovisuais e cartilhas. Além desses meios, as intervenções podem, ainda, serem realizadas via contato telefônico (HANNULA *et al.*, 2008; LAVENDER *et al.*, 2013). Essas estratégias simples podem aumentar o conhecimento das mães em amamentação (SUSIN *et al.*, 1998).

Um ensaio clínico realizou intervenção que consistiu de sessão de vídeo, na qual foram abordados tópicos sobre a amamentação, folheto explicativo e discussão em grupo com as mães. Nesse estudo, todas as mães foram acompanhadas por meio de visitas domiciliares. Ao avaliar o conhecimento das mães em aleitamento materno antes e após orientação fornecida no período pós-parto, constatou-se, no período de seis meses, aumento do nível de informação e melhora das taxas de aleitamento materno (SUSIN *et al.*, 1998).

Outras estratégias com resultados positivos sobre as taxas de início e duração do aleitamento são as visitas domiciliares (BARROS *et al.* 1994; SKOUTERIS *et al.*, 2014) e os programas de apoio de pares, no qual mulheres da própria comunidade são capacitadas em aleitamento materno e realizam a promoção desta prática (FAIRBANK *et al.*, 2000; ANDERSON *et al.*, 2005). Contudo, no estudo de Ingram (2013), no Reino Unido, os programas de apoio de pares não aumentaram significativamente as taxas de aleitamento materno, em especial o aleitamento materno exclusivo.

As intervenções educativas podem favorecer mudanças de comportamento, principalmente quando se trabalha com conceitos específicos como a autoeficácia, a qual proporciona confiança do indivíduo em si mesmo para superar situações contrárias ao comportamento desejável (DODT *et al.*, 2013). No estudo de Shorey *et al.* (2015), em Cingapura, foi observado que um programa pós-natal de psicoeducação, baseado nos princípios da autoeficácia, aumentou a confiança de primíparas na sua capacidade de cuidar do filho recém-nascido e de amamentar.

2.3 Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico ou Modelo de Estágios de Mudança foi proposto por Prochaska e Diclemente, na década de 80 (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982), com objetivo de descrever como as pessoas modificam um comportamento indesejável ou adquirem um comportamento desejável (VELICER; PROCHASKA, 1999). Esse modelo, que incorpora aspectos temporais, cognitivos e comportamentais, é de entendimento simples, abrangente e fácil aplicação. O prefixo “trans” é utilizado, pois esse modelo integra conceitos de diferentes teorias psicológicas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; NIGG *et al.*, 2010).

Esse modelo abrange quatro dimensões: os estágios de mudança de comportamento, os processos de mudança, o equilíbrio de decisão, também identificado como prós e contras da mudança, e a autoeficácia do indivíduo (VELICER *et al.*, 1998).

No Modelo Transteórico a mudança comportamental é descrita como um processo dinâmico que envolve avanço através dos estágios de mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; DI NOIA; PROCHASKA, 2010). É proposto, também, que as barreiras que as pessoas enfrentam na tentativa de mudar o seu comportamento são diferentes em cada estágio de mudança (BRIDLE *et al.*, 2005). Desta forma, os indivíduos possuem necessidades específicas de aconselhamento (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011).

Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra tanto quando a mudança ocorre como qual é seu grau de prontidão para realizá-la (GREENE *et al.*, 1999; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). De acordo com esse modelo, as alterações no comportamento ocorrem por meio de cinco estágios distintos, que são os componentes centrais do Modelo Transteórico: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011).

No estágio pré-contemplativo, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo, ou seja, não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las nos próximos seis meses. De modo geral, esse indivíduo é resistente a mudanças, não quer lidar com o problema, não o reconhece e tende a não ler, falar ou pensar sobre o seu comportamento de risco. Embora sua família, amigos e vizinhos sejam conscientes do problema. Frequentemente, são resistentes, tem pouca motivação e são classificados como não prontos pelos programas de promoção de saúde

(PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELICER; PROCHASKA, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; TORAL *et al.*, 2006; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2013).

No estágio de contemplação, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental nos próximos seis meses, porém não assumiu, ainda, o compromisso de agir. Esse estágio é caracterizado por uma ambivalência entre os benefícios e as barreiras de mudar de comportamento. Os indivíduos podem permanecer no estágio de contemplação por longos períodos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELICER; PROCHASKA, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; TORAL *et al.*, 2006; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2013).

Na preparação, o indivíduo já decidiu alterar seu comportamento no próximo mês, e são experimentadas pequenas mudanças de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELICER; PROCHASKA, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; TORAL *et al.*, 2006; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2013).

O estágio de ação está relacionado ao indivíduo que alterou seu comportamento, experiências e/ou ambiente recentemente, nos últimos seis meses, e as mudanças ocorridas são visíveis e reconhecidas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELICER; PROCHASKA, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; TORAL *et al.*, 2006; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2013).

No estágio de manutenção, o indivíduo já mudou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses. Nesse estágio o indivíduo deve dedicar-se bastante para estabilizar a mudança de comportamento e evitar recaídas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELICER; PROCHASKA, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; TORAL *et al.*, 2006; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011; PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2013).

Inicialmente, acreditava-se que a mudança de comportamento ocorria apenas de forma linear. Contudo, no Modelo Transteórico o padrão de mudança ocorre de forma espiral, ou seja, as pessoas normalmente circulam através destes estágios por várias vezes antes da cessação de comportamentos indesejáveis. Este movimento de transição, frequentemente envolve um processo de avanço e retrocesso de um estágio para o outro. Durante a recaída, alguns indivíduos sentem-se constrangidos, envergonhados e

culpados, tornando-se resistentes à mudança de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; NORCROSS; DICLEMENTE, 2013).

O construto processos de mudança de comportamento permite compreender sobre como a mudança de comportamento ocorre entre os estágios (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Cada processo engloba uma variedade de técnicas, estratégias e intervenções que permitem o avanço entre os estágios de mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE, NORCROSS, 1992; OLIVEIRA; DUARTE, 2006). Segundo Humphreys, Thompson e Miner (1998), esse construto é o mais correlacionado com a intenção de amamentar.

Os Processos de Mudança são dez, divididos em duas categorias: cognitivos e comportamentais (HOWARTH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006).

Os processos cognitivos são mais utilizados nos estágios iniciais e envolvem mudanças nas atitudes dos indivíduos (HOWARTH, 1999; OLIVEIRA; DUARTE, 2006; TORAL *et al.*, 2006).

- Alívio dramático: experimentação e expressão de sentimentos sobre si e seu comportamento e as possíveis soluções;
- Aumento de consciência: aumento da consciência sobre o próprio indivíduo e sobre as causas e consequências do problema de comportamento;
- Autorreavaliação: avaliação de si mesmo sobre a mudança de comportamento;
- Liberação social: aumento das oportunidades ou alternativas sociais para que ocorra a mudança de comportamento;
- Reavaliação ambiental: avaliação de como um problema comportamental afeta outras pessoas ou o ambiente.

Já os processos comportamentais são mais utilizados nos estágios finais e compreendem ações e estratégias executadas para a mudança do comportamento (HOWARTH, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

- Administração de contingências: o indivíduo se auto recompensa ou é recompensado pelos outros por realizar mudanças;
- Autoliberação: o indivíduo reconhece opções, se compromete a agir ou aumenta a confiança para realizar as mudanças;

- **Contracondicionamento:** transferência do comportamento não desejável para um alternativo;
- **Controle de estímulos:** visa impedir estímulos que levam a escolhas indesejáveis;
- **Suporte social:** refere-se a confiança em pessoas importantes e o apoio das mesmas para a mudança.

Os indivíduos utilizam processos de mudança de comportamento específicos a depender do estágio de mudança em que se encontram (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982; ADAMS; WHITE, 2005; OLIVEIRA; DUARTE, 2006), isto é, certos processos de mudança são mais eficazes em certos estágios de mudança (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Isso torna a relação entre os estágios e os processos de mudança (Quadro 1) o elemento-chave no planejamento de intervenções baseadas no Modelo Transteórico (OLIVEIRA; DUARTE, 2006).

Quadro 1: Processos de mudança específicos para cada estágio de mudança.

Estágio de Mudança	Processos de Mudança
Pré-contemplação	Aumento de consciência Alívio dramático Reavaliação ambiental
Contemplação	Aumento de consciência Alívio dramático Reavaliação ambiental Autorreavaliação
Preparação	Contracondicionamento Controle de estímulos Auto-liberação Liberação social
Ação	Contracondicionamento, Administração de contingências Suporte social Auto-liberação Controle de estímulos

Continua

Quadro 1: continuação

Manutenção	Contracondicionamento, Controle de estímulos Suporte social
------------	---

Fonte: PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992.

A principal vantagem do Modelo Transteórico é a possibilidade da aplicação de intervenções individualizadas e direcionadas às necessidades dos indivíduos, as quais são mais eficazes na mudança de comportamento do que àquelas não direcionadas ao estágio de mudança do indivíduo (BRIDLE *et al.*, 2005).

Os primeiros estudos que utilizaram a metodologia do Modelo Transteórico foram desenvolvidos com tabagistas, onde os princípios do modelo explicariam a estrutura da mudança de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Prochaska (1994) realizou um estudo integrativo com a finalidade de comprovar a generalização do Modelo Transteórico para outros problemas comportamentais além do tabagismo e concluiu que há características comuns entre os indivíduos, independentemente, do tipo de problema comportamental enfrentado, ou seja, os construtos podem ser aplicados às mais diversas situações e comportamentos.

Diante disso, intervenções baseadas no Modelo Transteórico têm sido amplamente utilizadas para facilitar a mudança de vários comportamentos relacionados a vícios ou à saúde como: uso de drogas lícitas e ilícitas (EVERS *et al.*, 2012), uso de preservativos em relações sexuais (REDDING *et al.*, 2011), realização de exame ginecológico (ABDULLAH; SU, 2013), realização de mamografia (CARNEY *et al.*, 2005; LIN; EFFKEN, 2010), prática de atividade física (JOHNSON *et al.*, 2006; TUAH *et al.*, 2011; ZHU *et al.*, 2014), controle do peso (JOHNSON *et al.*, 2008), estresse (MAURIELLO *et al.*, 2011), mudança de hábitos alimentares (OLIVEIRA; DUARTE, 2006; DI NOIA; CONTENTO; PROCHASKA, 2008; TORAL; SLATER, 2012; KUSHIDA; MURAYAMA, 2014; MENEZES *et al.*, 2015) e amamentação (HUMPHREYS, THOMPSON E MINER, 1998).

Em relação à amamentação, Humphreys, Thompson e Miner (1998) foram as pioneiras na aplicação do Modelo Transteórico para esse comportamento, demonstrando que o desenvolvimento de pesquisas utilizando o modelo irá auxiliar na promoção do aleitamento materno.

Durante a revisão de literatura não foram encontrados, no Brasil, estudos que avaliaram o comportamento de amamentar utilizando o Modelo Transteórico. Tendo em vista que a intenção de amamentar correlaciona-se com amamentação real, a aplicação do Modelo Transteórico torna-se factível e pode ser uma ferramenta útil na compreensão de tal comportamento (HUMPHREYS, THOMPSON E MINER, 1998).

O construto equilíbrio de decisão reflete a ponderação da percepção das consequências positivas (prós) e negativas (contras) da mudança de comportamento. Os prós são as razões para o indivíduo alterar o comportamento indesejável e são considerados facilitadores da mudança, representando assim, os benefícios que favorecem a mudança de comportamento. Em contraste, os contras podem ser pensados como razões para o indivíduo não mudar o comportamento indesejável e representam as barreiras da mudança de comportamento (PROCHASKA, 1994; HUMPHREYS, THOMPSON E MINER, 1998; VELICER; PROCHASKA, 1999; ROSSI, 2001).

O equilíbrio entre os prós e contras varia entre os estágios. Nos estágios de pré-contemplação e contemplação, há maior número de contras à mudança e, nos estágios finais de ação e manutenção, há um decréscimo nos contras e aumento nos prós à mudança de comportamento. A avaliação deste construto auxilia na elaboração de estratégias para que o indivíduo progrida de estágio e adote o comportamento desejável (PROCHASKA, 1994; DI NOIA; PROCHASKA, 2010).

Por fim, a autoeficácia refere-se a crença que o indivíduo tem em si mesmo para executar com sucesso as ações desejadas (BANDURA *et al.*, 1988; HOWARTH, 1999).

2.4 Referências Bibliográficas

ADAMS, J.; WHITE, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? **Health Education Research**, v.20, n.2, p.237-243, 2005.

ALMEIDA, J.A.G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.119-125, 2004.

ANDERSON, A.K.; DAMIO, G.; YOUNG, S.; CHAPMAN, D.J.; PÉREZ-ESCAMILLA. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly latina low-income community. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v.159, p.836-841, 2005.

ANDRADE, M.P.; OLIVEIRA, M.I.V.; FILHO, J.G.B.; ALMEIDA, L.S.; CASTRO E VERAS, M.A. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Fortaleza)**, v.10, n.1, p.104-113, 2009.

ARANTES, C.L.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**(Rio de Janeiro) v.71, n.4, p.195-202, 1995.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v.20 n.4, p.431-438, 2007.

AZEREDO, C.M.; MAIA, T.M.; ROSA, T.C.A.; SILVA, F.F.; CECON, P.R.; COTTA, R.M.M. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Revista Paulista de Pediatria**, v.26, n.4, p.336-344, 2008.

BARROS, F.C.; HALPERN, R.; VICTORA, C.G.; TEIXEIRA, A.M.B.; BÉRIA, J.U. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Revista de Saúde Pública**, v.28, n.4, p.277-283, 1994.

BANDURA, A.; CIOFFI, D.; TAYLOR, C.B.; BROUILLARD, M.E. Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.55, n.3, p.479-488, 1988.

BERNARDI, J.R.; GAMA, C.M.; VITOLO, M.R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1213-1222, 2011.

BERTOLDO, I.E.B.; SANTOS, M.L. Aleitamento Materno: Aspectos maternos. Benefícios biopsicossociais do aleitamento materno para a mãe. In: ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual: Políticas, Prática e Bases Científicas**. 627p. São Paulo: Sarvier, 2008.

BONIA, K.; TWELLS, L.; HALFYARD, B.; LUDLOW, V.; NEWHOOK, L.A. A qualitative study exploring factors associated with mother's decisions to formula-feed

their infants in Newfoundland and Labrador, Canada. **BMC Public Health**, v.645, n.13, p.1-9, 2013.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**, Ceará, v.1, n.1, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASILEIRO, A.A.; POSSOBON, R.F.; CARRASCOZA, K.C.; AMBROSANO, G.M.B.; MORAES, A.B.A. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, p.1705-1713, 2010.

BRIDLE, C.; RIEMSMA R.P.; PATTENDEN, J.; SOWDEN, A.J.; MATHER, L.; , I. S. WATT, I.S.; WALKER, A. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the Transtheoretical Model. **Psychology and Health**, v.20, n.3, p.283-301, 2005.

BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.80, n.5, p.126-130, 2004.

CARNEY, P.A.; HARWOOD, B.G.; GREENE, M.A.; GOODRICH, M.E. Impact of a telephone counseling intervention on transitions in stage of change and adherence to interval mammography screening (United States). **Cancer Causes and Control**, v.16, p.799–807, 2005.

CARRASCOZA, K.C.; COSTA JUNIOR, A.L.; MORAES, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos da Psicologia**, v.22, n.4, p.433-440, 2005.

COLLEEN A. REDDING, PAMELA BROWN-PETERSIDE, SETH M. NOAR, JOSEPH S. ROSSI, BERYL A. KOBLIN. One session of TTM-tailored condom use feedback: a pilotstudy among at risk women in the Bronx. **AIDS Care**, v.23, n.1, p.10–15, 2011.

COUTINHO, S.B. **Aleitamento materno exclusivo: um estudo de intervenção randomizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco**. 2003. 175p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2003.

CRUZ, M.C.C.; ALMEIDA, J.A.G.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.2; p.201-210, 2010.

- DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p.442-452, 2008.
- DEMITTO, M.O.; SILVA, T.C.; PÁSCHOA, A.R.Z.; MATHIAS, T.A.F.; BERCIN, L.O. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, número especial, p.223-229, 2010.
- DI NOIA, J.; CONTENTO, I.R.; PROCHASKA, J.O. Computer-mediated intervention tailored on Transtheoretical Model stages and processes of change increases fruit and vegetable consumption among urban african-american adolescents. **American Journal Health Promotion**, v.22, n.5, p.336-341, 2008.
- DI NOIA, J.; PROCHASKA, J.O. Dietary stages of change and decisional balance: a meta-analytic review. **American Journal Health Behavior**, v.34, n.5, p.618-632, 2010.
- DODT, R.C.M.; FERREIRA, A.M.V.; NASCIMENTO, L.A.; MACÊDO, A. C.; JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.BARBOSA. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.3, p.610-608, 2013.
- ESCOBAR, A.M.U.; OGAWA, A.R.; HIRATSUKA, M.; KAWASHITA, M.Y.; TERUYA, P.Y.; GRISI, S.; TOMIKAWA, S.O. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.2, n.3, p.253-261, 2002.
- EVERS, K.E.; PAIVA, A.L.; JOHNSON, J.L.; CUMMINS, C.O.; PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M.; PADULA, J.; GÖKBAYRAK, N.S. Results of a Transtheoretical Model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. **Addictive Behaviors**, v.37, p.1009-1018, 2012.
- FAIRBANK, L.; O'MEARA, S.; RENFREW, M.J.; WOOLRIDGE, M.; SOWDEN, A.J.; LISTER-SHARP, D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. **Health Technology Assessment**, v.25, n.4, 2000.
- FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.5, 623-630, 2006.
- FAUZIAH ABDULLAH, F.; SU, T.T. Applying the Transtheoretical Model to evaluate the effect of a call-recall program in enhancing Pap smear practice: A cluster randomized trial. **Preventive Medicine**, v.57, p.83-86, 2013.
- FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRAO, A.C. F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.
- FORNASARO-DONAHUE, V.M.; TOVAR, A.; SEBELIA, L.; GREENE, G.W. Increasing breastfeeding in WIC participants: cost of formula as a motivator. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v.46, p.560-569, 2014.

FROTA, M.A.; MAMEDE, A.L.S.; VIEIRA, L.J.E.S.; ALBUQUERQUE, C.M.; MARTINS, M.C. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, p.895-901, 2009.

GARCIA-MONTRONE, V., ROSE, J.C. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.61-68, 1996.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**(Rio de Janeiro), v.76, n.3, p.238-252, 2000.

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

GIUGLIANI, E.R.J.; ROCHA, V.L.L.; NEVES, J.M.; POLANSCKY, C.A.; SUSIN L.R.O. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal dePediatria** (Rio de Janeiro),v.71, n.2, p.77-81, 1995.

GREENE, G.W.; ROSSI, S.R.; ROSSI, J.S.; VELICER, W.F. Dietary applications of the Stages of Change Model. **Journal of the American Dietetic Association**, v.99, n.6, p.673- 678, 1999.

GURKA, K.K.; HORNSBY, P.P; DRAKE, E.; MULVIHILL, E.M.; KINSEY, E.N.; YITAYEW, M.S; LAUER, C.; CORRIVEAU, S.; COLEMAN, V.; GULATI, G.; KELLA, A.L.Exploring intended infant feeding decisions among low-income women. **Breastfeeding Medicine**, v.9, n.8, 377-384, 2014.

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

HAROON, S.; DAS, J.K.; SALAM, R.A.; IMDAD, A.; BHUTTA, Z.A. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**, v.20, n.3, p.1-18, 2013.

HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. **Long-term effects of breastfeeding: a systematic review**. Geneva: WHO; 2013.

HORWATH, C.C. Applying the Transteoretical Model to eating behaviour change: challenges and opportunities. **Nutrition Research Reviews**, New York, v.12, p.281-317, 1999.

HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. **Health Education Research**, v.13, n.3, p.331-341, 1998.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.5, p.70-76, 2001.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Vivência da amamentação: lactogogos e rede de suporte. **Revista Ciência Saúde e Cuidado**, Maringá, v.5, n.3, p.355-362, 2006.

INGRAM, J. A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mother's, midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.192, n.13, p.1-10, 2013.

JOHNSON, S.S.; PAIVA, A.L.; CUMMINS, C.O.; JOHNSON, J.L.; DYMENT, S.J.; WRIGHT, J.A.; PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M.; SHERMAN, K. Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. **Preventive Medicine**, v.46, n.3, p.238-246, 2008.

JOHNSON, S.S.; DRISKELL, M.M.; JOHNSON, J.L.; DYMENT, S.J.; PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M.; BOURNE, L. Transtheoretical Model intervention for adherence to lipid-lowering drugs. **Disease Management**, v.9, n. 2, p.102-114, 2006.

JUNGES, C.F.; RESSEL, L.B.; BUDÓ, M.L.D.; PADOIN, S.M.M.; HOFFMANN, I.C.; SEHNEM, G.D. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.343-350, 2010.

KISTIN, N.; BENTON, D.; RAO, S.; SULLIVAN, M. Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. **Pediatrics**, v.86, n.5, p.741-746, 1990.

KUSHIDA, O.; MURAYAMA, N. Effects of environmental intervention in workplace cafeterias on vegetable consumption by male workers. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v.46, p.350-358, 2014.

LAMOUNIER, J.A.; LEÃO, E. Estratégias para aumentar a prática da amamentação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.74, n.5, p. 355-356, 1998.

LANA, A.P.B.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.80, n.3, p.235-240, 2004.

LAVENDER T, RICHENS Y, MILAN SJ, SMYTH RMD, DOWSWELL T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.7, p.1-104, 2013.

LIN, Z-C.; EFFKEN, J.A. Effects of a tailored web-based educational intervention on women's perceptions of and intentions to obtain mammography. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p.1261-1269, 2010.

LOSA-IGLESIAS, M.E.; RODRÍGUEZ-VÁZQUEZ, R.; BENGOA-VALLEJO, R.B. Papel de la abuela en la lactancia materna. **Aquichan**, v. 13, n.2, p.270-279, 2013.

MACHADO, A.R.M.; NAKANO, A.M.S.; ALMEIDA, A.M.; MAMEDE, M.V. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.2, p.183-187, 2004.

- MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; MAGALHÃES, K.A.; SANT'ANA, L.F.R.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R.A. influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1391-1400, 2010a.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; BOTELHO, M.I.V.; FRANCESCHINI, S.C.C.; ARAÚJO, R.M.A., LOPES, L.L. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 261-280, 2010b.
- MAURIELLO, L.; DYMENT, S.; PROCHASKA, J.; GAGLIARDI, A.; WEINGRAD-SMITH, J. Acceptability and feasibility of a multiple-behavior, computer-tailored intervention for underserved pregnant women. **Journal Midwifery Womens Health**, v.56, p.75-80, 2011.
- MENEZES, M.C.; MINGOTI, S.A.; CARDOSO, C.S.; MENDONÇA, R.D.; LOPES, A.C.S. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements: A randomized controlled trial. **Eating Behaviors**, v.17, 37-44, 2015.
- MONTEIRO, J.C.D.; NAKANO, A.M.S.; GOMES, F.A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y educación en enfermeira**, v.29, n.2, p. 315-321, 2011.
- MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.19, n.5, p. 354-362, 2006.
- MUEFFELMANN, R.E.; RACINE, E.F.; WARREN-FINDLOW, J.; COFFMAN, M.J.; Perceived infant feeding preferences of significant family members and mother's intention to exclusively breastfeed. **Journal of Human Lactation**, v.13, p.1-13, 2014.
- NAKANO, A.M.S.; MAMEDE, M.V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.69-76, 1999.
- NARCHI, N.Z.; FERNANDES, R.A.Q.; DIAS, L.A.; NOVAIS, D.H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.1, p.87-94, 2009.
- NARCHI, N.Z.; FERNANDES, R.A.Q.; GOMES, M.M.F.; QUEIROZ, M.L.; HIGASA, D.N. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.1, p.87-92, 2005.
- NETTO, A.G. Avaliação de marcadores nutricionais e do aleitamento materno de lactentes do município de Viçosa-MG. Relatório de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. Universidade Federal de Viçosa-MG, 2012.
- NIGG, C.R.; GELLER, K.S.; MOTL, R.W.; HORWATH, C.C.; WERTIN, K.K.; DISHMAN, R.K. **Psychology of Sport and Exercise**, v.12, p.7-12, 2011.

NORCROSS, J.C.; KREBS, P.M.; PROCHASKA, J.O. Stages of change. **Journal of clinical psychology**, v.67, n.2, p.143-154, 2011.

NOVAES, J.F.N.; LAMOUNIER, J.A.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E. Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v. 34, n.2, p.139-160, 2009.

OLIVEIRA, M.C.F.; DUARTE, G.K. O Modelo Transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.19, n.1, p.57-64, 2006.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O. Breastfeeding promotion, protection, and support in primary health care in the State of Rio de Janeiro, Brazil: a case of evidence-based public health policy. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1901-1910, 2005.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; TEDSTONE, A.E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. **Journal of Human Lactation**, v.17, p. 326-343, 2001.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; PÁDUA, K.S.; HARDY, E.; SANDOVALC, L.E.M.; BENTO, S.F. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 172-179, 2004.

PERCEGONI, N.; ARAÚJO, R.M.A.; SILVA, M.M.S.; EUCLYDES, M.P.; TINOCO, A.L.A. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas inscritas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v.15, n.1, p.29-35, 2002.

PEREIRA, E.J.; PEREIRA, E.C.; SILVA, CAVALCANTE, M.A.A. Apoio à amamentação no puerpério imediato. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 25, n.3, 221-228, 2007.

PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A.C.; OSÓRIO, M.M. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, n.4, p.399-408, 2009.

PRIMO, C.C.; CAETANO, L.C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.75, n.6, p.449-455, 1999.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.19, n.3, p.276-288, 1982.

PROCHASKA, J.O. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. **Health Psychology**, v.13, n.1, p.1-5, 1994.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**. v. 47, p.1102-1114, 1992.

PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C.; DICLEMENTE, C.C. Applying the stages of change. **Psychotherapy in Australia**, v.19, n.2, p.10-15, 2013.

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

REA, M.F. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. **Jornal de Pediatria**, v.74, n.3, p.171-173, 1998.

REA, M.F.; VENÂNCIO, S.I. Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.75, n.2, p.112-118, 1999.

REIS, R.S.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A.; FRANCESCHINI, S.C.C.; SANTOS, D.V. Perfil socio-sanitário, gestacional e de aleitamento materno das gestantes cadastradas nas unidades de atenção primária à saúde de Viçosa – MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.1, p.299-308, 2010.

REZENDE, M.A.; SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.D.L.Ó.R.; CHIESA, A.N.; BERTOLOZZI, M.R. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p.234-238, 2002.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.1, p. 22-27, 2014.

ROCHA, N.B.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p.1293-1305, 2010.

ROSSI, S.R.; GREENE, G.W.; ROSSI, J.S.; PLUMMER, B.A.; BENISOVICH, S.V.; KELLER, S.; VELICER, W.F.; REDDING, C.A.; PROCHASKA, J.O.; PALLONEN, U.E.; MEIER, K.S. Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. **Eating Behaviors**, v.2, 1-18, 2001.

SAMPAIO, P.F.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E.; OLIVEIRA, A.S.D.; LOBATO, G. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1349-1361, 2011.

SARNI, R.O.S. Alimentação no primeiro ano de vida. **Pediatria Moderna**, v. 43, n.3, p.121-129, 2007.

SHOREY, S.; CHAN, S.W.; CHONG, Y.S.; HE, H-G. Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: the process evaluation. **Midwifery**, v.31, n.1, p.155–163, 2015.

SILVA, I.A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.4, p.362-369, 2000a.

- SILVA, I.A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.241-249, 2000b.
- SILVA, A.A.M. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira**. 1990. 228p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, 1990.
- SILVA, B.T.; SANTIAGO, L.B.; LAMOUNIER, J.A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, v.30, n.1, p.122-130, 2012.
- SILVA, N.M.; WATERKEMPER, R.; SILVA, E.F.; CORDOVA, F.P.; BONILHA, A.L.L. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.2, p.290-295, 2014.
- SILVEIRA, V.G., MARTINS, M.C., ALBUQUERQUE, C.M.; FROTA, M.A. Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.4, p.523-529, 2008.
- SKOUTERIS, H.; NAGLE, C.; FOWLER, M.; KENT, B.; SAHOTA, P.; MORRIS, H. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review. **Breastfeeding Medicine**, v.9, n.3, p.113-127, 2014.
- SPINELLI, M. G. N.; GOULART, R. M. M.; SANTOS, A. L. P.; GUMIERO, L. C.; FARHUD, C. C.; FREITAS, E.B.; DANTAS, L. F. Consumo alimentar de crianças de 6 a 18 meses em creches. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.4, p. 409-414, 2003.
- SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KRUMMER, S.C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A.C.W.; MACHADO, D.B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.74, n.5, p. 368-375, 1998.
- TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; MACHADO, M.A.M.P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.5, p.491-502, 2008.
- TOMA, T.S.; MONTEIRO, C.A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.5, p.409-414, 2001.
- TORAL, N.; SLATER, B. Intervention based exclusively on stage-matched printed educational materials regarding healthy eating does not result in changes to adolescents' dietary behavior. **The Scientific World Journal**, p.1-8, 2012.
- TORAL, N.; SLATER, B.; CINTRA, I.S.; FISBERG, M. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.3, p.331-340, 2006.

TUAH, N.A.A.; AMIEL, C.; QURESHI, S.; CAR, J.; KAUR, B.; MAJEED, A. Transtheoretical Model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults (Review). **The Cochrane Library**, p.1-59, 2011.

VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O.; FAVA, J. L.; NORMAN, G. J.; REDDING, C.A. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. **Homeostasis**, v.38, p.216-233, 1998.

VELICER, W.F.; PROCASKA, J.O. An expert system intervention for smoking cessation. **Patient Education and Counseling**, v.36, p.119-29, 1999.

VENÂNCIO, S.I.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; GIUGLIANI, E.R.J. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento com a Política Nacional de humanização. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.4, n.4, p.129-41, 2010.

VICTORA, C.G.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; HORTA, B.L.; BARROS, F.C. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.409-416, 2008.

VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S.M.C.; GIGANTE, L.P.; SMITH, P.G.; TEIXEIRA, A.M.B.; MOREIRA, L.B.; BARROS, F.C. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, p.319-322, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Breastfeeding counselling: a training course**. Geneva: WHO; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**. Ginebra: WHO; 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO; 2003.

ZHOU, S. J.; BAGHURST, P.; GIBSON, R. A.; MAKRIDES, M. Home environment, not duration of breast-feeding, predicts intelligence quotient of children at four years. **Nutrition**, v.23, n.3, p. 236-241, 2007.

ZHU, L-X.; HO, S-C.; SIT, J.W.H.; HE, H-G. The effects of a Transtheoretical Model-based exercise stage-matched intervention on exercise behavior in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, v.95, p.384-92, 2014.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o efeito de intervenções educativas delineadas com base na avaliação dos construtos do Modelo Transteórico no comportamento de nutrizes frente à amamentação.

3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das gestantes, e as condições neonatais;
- Identificar os Estágios de Mudança frente à amamentação;
- Identificar os Processos de Mudança frente à amamentação;
- Identificar o Equilíbrio de Decisão, ou seja, os prós e contras no processo decisório para a amamentação;
- Desenvolver materiais educativos, considerando os construtos: Estágios de Mudança, Processos de Mudança e Equilíbrio de Decisão;
- Implementar intervenções educativas direcionadas ao Estágio de Mudança apresentado, bem como aos Processos de Mudança e ao Equilíbrio de Decisão identificados;
- Verificar, no pós-parto, o efeito das intervenções no comportamento da mulher frente à amamentação, e nas taxas de aleitamento materno exclusivo.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Sujeitos e Local de Estudo

O presente estudo foi realizado com mulheres (gestantes e nutrizes) cadastradas na Policlínica Municipal e nas Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) do município de Viçosa, Minas Gerais.

O município de Viçosa possui uma área geográfica de 299 418 km². Localiza-se na região da Zona da Mata, entre as Serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade. Limita-se ao norte com os municípios de Teixeiras e Guaraciaba, ao sul com Paula Cândido e Coimbra, a leste com Cajuri e São Miguel do Anta e a oeste com Porto Firme (PREFEITURA DE VIÇOSA, 2013).

Segundo o censo demográfico do ano de 2010, a população do município é de 72 220 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino. O município apresenta 32 estabelecimentos de saúde na rede pública e 19 649 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), sendo 18407 residentes na área urbana do município (IBGE, 2010).

4.2 Delineamento e Amostra do Estudo

Tratou-se de um estudo de intervenção não controlado, com avaliação pré e pós-intervenção de três construtos do Modelo Transteórico, conduzido no pré-natal com gestantes e no pós-parto com nutrizes cadastradas em unidades do sistema público de saúde.

As participantes do estudo foram distribuídas em dois grupos: um grupo intervenção e um grupo comparação. Por questões éticas, o grupo comparação foi composto por gestantes atendidas em uma única unidade de saúde, ou seja, na Policlínica Municipal. Assim, o grupo intervenção foi constituído por gestantes atendidas nas UAPS da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O critério de exclusão foi o teste positivo para HIV na gestação, por se tratar de uma condição impeditiva para a amamentação (WHO, 2009).

Os encontros com as participantes do estudo ocorreram na própria UAPS e na Policlínica Municipal que atende às gestantes sem cobertura pela ESF no seu bairro. Nesses encontros foram realizadas as entrevistas para coleta de dados e as intervenções educativas.

A amostragem foi por conveniência, e para o cálculo da amostra foi considerada a prevalência nacional de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de

41% (BRASIL, 2009); um aumento de 20% nesta prevalência para o grupo que recebeu a intervenção (SUSIN *et al.*, 1998; BARROS *et al.*, 2002; WEIGERT *et al.*, 2005); nível de significância de 5% e poder do estudo igual a 80%. Acrescentou-se ao número estimado 30% para prováveis perdas e 20% para o controle de fatores de confusão, resultando em 147 participantes em cada grupo. Dessas, 113 mulheres do grupo intervenção e 120 mulheres do grupo comparação concluíram o estudo, representando 76,9% e 81,6% de seguimento, respectivamente. Os motivos das perdas estão apresentados na Figura 1.

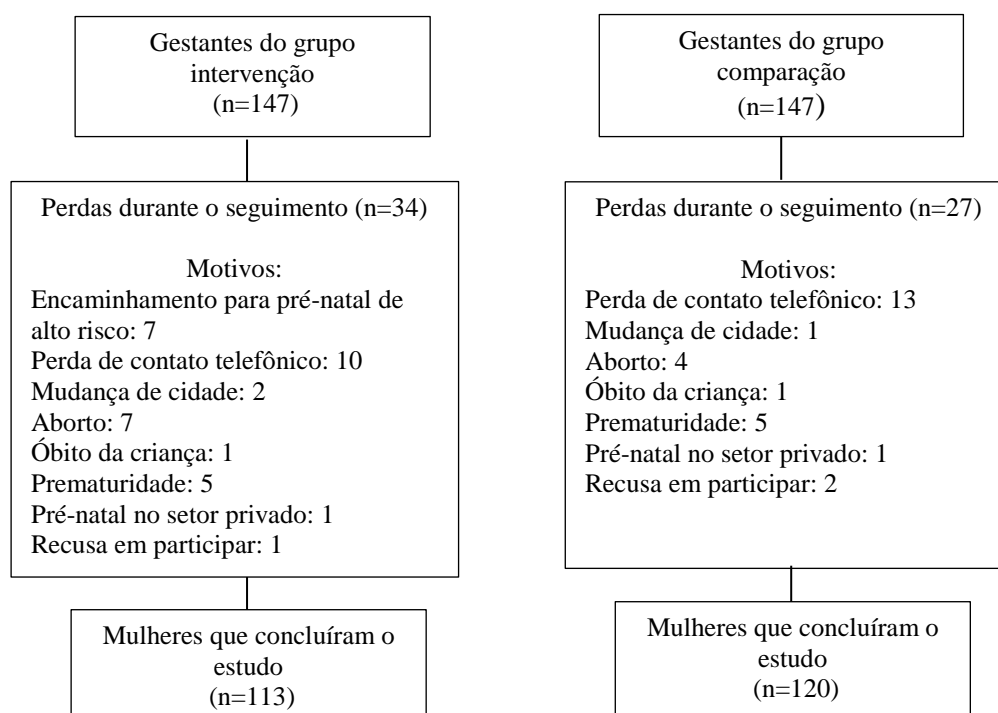


Figura 1: Distribuição dos motivos das perdas de acordo com os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

4.3 Coleta de dados

O estudo ocorreu em três fases: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção; e foi conduzido por uma equipe de cinco pesquisadoras treinadas para a coleta dos dados (Figura 2). A primeira e terceira fases do estudo foram realizadas com as participantes tanto do grupo intervenção quanto do grupo comparação. A coleta de dados foi realizada entre junho de 2013 e setembro de 2014.

Pré-intervenção: UAPS e Policlínica Municipal

- Explicação sobre os objetivos do estudo e convite para participar do mesmo;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Coleta de dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e quanto à experiência pregressa com amamentação;
- Avaliação de três construtos do Modelo Transteórico, a saber: estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão.



Intervenção: UAPS

- Implementação das intervenções educativas.



Pós-intervenção: Setor de imunização, visitas domiciliares ou contato telefônico

- Reavaliação de três construtos do Modelo Transteórico: estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão;
- Coleta de informações sobre alimentação, dados obstétricos e neonatais;
- Reforço das orientações, em especial, sobre a pega e posicionamento;
- Encaminhamento para tratamento especializado, quando necessário.

Figura 2: Esquema das fases do estudo. Viçosa, MG, 2013-2014.

4.3.1 Pré-intervenção

Na primeira fase, período pré-intervenção, os dados foram coletados nas Unidades de Atenção Primária de Saúde e na Policlínica do município, preferencialmente, antes da consulta do ginecologista/obstetra. Para a realização das entrevistas foram utilizados dois questionários previamente testados em estudo piloto. As informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e quanto à experiência pregressa com amamentação foram obtidas por meio de um questionário semiestruturado (Apêndice A). Já os construtos do Modelo Transteórico foram investigados utilizando um questionário constituído por três sessões: a primeira avaliava os estágios de mudança de comportamento, a segunda, os processos de mudança utilizados pelas gestantes, e a última, o equilíbrio de decisão, ou seja, os prós e contras à amamentação (Apêndice B).

4.3.1.1 Avaliação dos estágios de mudança de comportamento

Para a avaliação dos estágios de mudança de comportamento frente à amamentação, a saber: pré-contemplação; contemplação; preparação; ação; e manutenção, utilizou-se o construto traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998). Foi solicitado às participantes que escolhessem uma dentre as cinco afirmações apresentadas (APÊNDICE B) e, em seguida, as mesmas foram classificadas quanto ao seu estágio de mudança de comportamento (Quadro 1). Desta forma, as gestantes informaram sobre o seu planejamento em amamentar e qual o período que desejavam fazê-lo exclusivamente.

Quadro 1: Avaliação dos Estágios de Mudança de Comportamento para a amamentação.

Afirmação	Estágio de Mudança de Comportamento
Eu vou oferecer a mamadeira ao meu filho, pois não quero dar de mamar no peito exclusivamente.	Pré-contemplação
Eu penso em dar de mamar no peito exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.	Contemplação
Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.	Preparação
Eu desejo tentar dar de mamar no peito exclusivamente por, pelo menos, um mês, mas não acredito que vai durar 6 meses.	Ação
Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente ao meu filho por, pelo menos, seis meses.	Manutenção

Fonte: Humphreys, Thompson e Miner (1998).

4.3.1.2 Identificação dos processos de mudança de comportamento

A identificação dos Processos de Mudança de Comportamento foi realizada utilizando o construto traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998). O questionário era composto por dez processos de mudança contendo duas afirmações cada (Apêndice B). Solicitou-se à gestante que apontasse seu grau de concordância ou discordância para as afirmações, utilizando para isso uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, e concordo totalmente). Escore superior ou igual a 4, em pelo menos uma das afirmações que representam o processo, significou a utilização de tal processo na mudança de comportamento.

4.3.1.3 Identificação do equilíbrio de decisão (prós e contras)

Para a identificação do equilíbrio de decisão foi utilizado o construto traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998), respondido por meio de uma escala Likert de cinco pontos (discordo plenamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente), onde a gestante escolhia a opção da escala Likert que melhor descrevia sua opinião e sentimentos sobre as afirmações contidas no construto (Apêndice B).

4.3.2 Intervenção

As intervenções com as gestantes ocorreram de julho de 2013 a julho de 2014, em encontros mensais, ao longo do pré-natal, antes do atendimento médico, nas unidades de saúde. Foram realizados em média três encontros, variando de um a oito encontros durante o pré-natal.

A estratégia educacional utilizada foi o diálogo, desenvolvido de forma individual entre a pesquisadora e a gestante e, sempre que possível com a presença de algum representante da sua rede social de apoio. Desta forma, a equipe foi treinada para utilizar a postura de aconselhamento, a qual é preconizada pela WHO (1993) e visa ouvir a mulher, compreendê-la, apoiá-la e ajudá-la na tomada de decisões, aumentando sua autoconfiança e auto-estima.

Os temas trabalhados nos encontros foram definidos conforme o estágio de mudança, processos de mudança e equilíbrio de decisão identificados no questionário respondido pela gestante no pré-natal. Este procedimento baseia-se no conhecimento de

que cada construto se relaciona com os estágios de mudança de comportamento, delineando as intervenções que podem ser utilizadas para o avanço nos estágios (PROCHASKA; VELICER, 1997). Além disso, o elemento-chave do Modelo Transteórico é a relação entre os estágios e os processos de mudança (OLIVEIRA; DUARTE, 2006). Desta forma, o indivíduo utiliza processos de mudança específicos de acordo com o estágio de mudança em que se encontra (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982; ADAMS; WHITE, 2005; OLIVEIRA; DUARTE, 2006), isto é, certos processos de mudança são mais eficazes em certos estágios de mudança. Assim, para a promoção de uma mudança comportamental bem sucedida é necessário identificar o estágio de mudança que a mulher se encontra e estimular o uso dos processos de mudança específicos daquele estágio (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011).

Os processos de mudança possibilitam compreender sobre como a mudança de comportamento ocorre entre os estágios (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011), pois esse construto envolve estratégias, técnicas e intervenções que permitem o avanço entre os estágios de mudança, (PROCHASKA; DICLEMENTE, NORCROSS, 1992; OLIVEIRA; DUARTE, 2006). Diante disso, as intervenções do presente estudo foram focadas nos processos de mudança necessários para que a gestante avançasse ao longo dos estágios de mudança, preferencialmente, para o estágio de manutenção. Ademais, segundo Humphreys, Thompson e Miner (1998), entre os construtos do Modelo Transteórico, o processo de mudança é o mais correlacionado com a intenção de amamentar.

De acordo com cada estágio de mudança de comportamento identificado foi reforçado um tema que trabalhasse a mudança da mulher e elucidasse suas dúvidas e receios. As estratégias de intervenção foram planejadas considerando as afirmações presentes no questionário traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998) e/ou na descrição dos processos de mudança (Tabela 1).

Para as mulheres classificadas no estágio de preparação foram usadas estratégias relacionadas aos processos de autoliberação, liberação social, controle de estímulos e contracondicionamento. Para as gestantes classificadas no estágio de ação foi privilegiado o uso de estratégias relacionadas aos processos de administração de contingências, suporte social, autoliberação, contracondicionamento e controle de estímulos. As estratégias relacionadas aos processos de contracondicionamento, controle de estímulos e suporte social foram usadas para as mulheres classificadas em manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Em relação ao equilíbrio de decisão, ao identificar que a gestante concordava com um contra e/ou discordava de um pró à amamentação, buscou-se auxiliá-la na superação das barreiras identificadas.

Também, levou-se em consideração as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1998) de que para uma maior eficácia das intervenções em amamentação no pré-natal, no primeiro trimestre de gestação sejam realizadas atividades educativas voltadas para a importância do leite materno e suas vantagens para o binômio mulher-bebê. Já no segundo e no terceiro trimestre, recomenda que as intervenções sejam para o manejo da amamentação, resolução de dúvidas, crenças e estímulo da confiança materna em amamentar.

Para implementação das intervenções foi elaborado um álbum seriado com figuras e linguagem adequadas ao público-alvo (Apêndice C). O material contemplava os seguintes temas: benefícios do aleitamento materno para a díade mãe-bebê; diferenças entre leite materno, fórmula infantil e leite de vaca; processo fisiológico da produção do leite materno; amamentação em livre demanda; capacidade gástrica do bebê; posições para a amamentação e pega; prevenção e resolução dos problemas do mamilo; ordenha manual; leis que protegem as mães que amamentam; mitos em relação à amamentação; colaboradores da amamentação e alimentação da nutriz.

Como material de apoio foram incluídos um boneco de pano, um modelo de mamas (“mama cobaia”); e folhetos informativos sobre os perigos do uso da mamadeira (Apêndice D) e sobre as diferenças nutricionais entre o leite materno, fórmula infantil e mingaus (Apêndice E). Tanto o álbum seriado quanto os folhetos foram elaborados especialmente para esse estudo.

Para o grupo comparação, em cumprimento à ética na pesquisa, ao final da entrevista na primeira fase do estudo, foi entregue um folheto contemplando os benefícios do aleitamento materno para a mãe e o filho; as desvantagens do uso das fórmulas infantis; os riscos do uso do leite de vaca no primeiro ano de vida; e o posicionamento e pega corretos (Apêndice F). Esse folheto não foi direcionado aos construtos do Modelo Transteórico.

Tabela 1: Estratégias de intervenção utilizadas conforme os processos de mudança e sua descrição. Viçosa, MG, 2013.

Processos de Mudança	Descrição do processo	Estratégias de intervenção
Liberação Social	Aumento das oportunidades ou alternativas sociais para que ocorra a mudança de comportamento.	Apresentar à gestante as leis que protegem a amamentação.
Autoliberação	O indivíduo reconhece as opções para agir, acreditando na sua capacidade de mudança de comportamento.	Reforçar a sua capacidade de amamentar por meio do conhecimento sobre a anatomia da mama e a fisiologia da lactação; Perguntar à gestante se ela poderia fazer o seguinte compromisso: Você é capaz de falar com essa pessoa (alguém da rede social) que você vai amamentar exclusivamente até os 6 meses?
Controle de estímulos	O indivíduo evita ou controla estímulos que provoquem o comportamento indesejável.	Realizar o aconselhamento à gestante visando a não aquisição da mamadeira; Apontar os perigos do uso da mamadeira.
Contracondicionamento	Aprendizagem de comportamentos mais saudáveis que podem substituir comportamentos problemas.	Apontar as diferenças dos atributos de qualidade entre os leites e seus substitutos; Apontar os perigos do uso da mamadeira; Apontar as diferenças na composição nutricional de alguns mingaus; Apresentar à gestante o cálculo do gasto financeiro usando a fórmula infantil realizado a partir da média entre duas marcas; Apresentar à gestante o aumento do volume gástrico do bebê ao longo do primeiro ano de vida, uma vez que muitas vezes a mulher está condicionada que o bebê tem que mamar muito; Demonstrar o posicionamento e pega corretos com o auxílio de um boneco de pano e “mama cobaia”.
Administração de contingências	O indivíduo se auto recompensa ou é recompensado pelos outros por realizar mudanças.	Perguntar a gestante se ela se sentirá orgulhosa e recompensada ao exercer a amamentação.
Suporte social	O indivíduo aceita ou procura ajuda de outras pessoas para mudança de comportamento.	Solicitar a presença de algum representante da rede social da gestante que possa ajudá-la na realização da amamentação.

4.3.3 Pós-intervenção - Avaliação da mudança de comportamento e das taxas de aleitamento materno

A terceira fase do estudo, pós-intervenção, ocorreu durante o puerpério, preferencialmente até 15 dias de vida do recém-nascido, já que nesse período podem surgir intercorrências que contribuem para o insucesso da amamentação e podem levar ao desmame precoce.

A entrevista para coleta de dados ocorreu no setor de imunização do município, por ocasião da realização do teste do pezinho. O questionário contendo os três construtos do Modelo Transteórico foi reaplicado a fim de verificar mudanças no comportamento materno. Foram coletadas, também, informações sobre alimentação, dados obstétricos e neonatais, por meio de questionário semiestruturado (Apêndice G). Na impossibilidade da ida da mãe ao teste, a entrevista foi realizada em visitas domiciliares ou por telefone, a critério da nutriz.

Nessa fase foram reforçadas as orientações, em especial sobre a pega e posicionamento durante as mamadas. Quando necessário, a nutriz foi encaminhada para tratamento especializado.

As informações sobre o tipo de aleitamento materno foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas (BRASIL, 2009).

Para a categorização da prática da amamentação foi utilizada a classificação da WHO (2007):

- Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança só recebe leite materno e nenhum outro tipo de sólido ou líquido, com exceção de gotas ou xaropes de suplementos de vitaminas e minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento Materno Predominante: quando a fonte predominante de nutrição da criança é o leite materno, entretanto, a criança recebe água ou bebidas à base de água (água adoçada, infusões, chás), suco de frutas, soluções de sais de reidratação oral, vitaminas, minerais e medicamentos na forma de gotas ou xaropes. Nenhum outro alimento, exceto suco de frutas e bebidas à base de água, é permitido nesta categoria.
- Aleitamento Materno: quando a criança recebe leite materno, independente de estar recebendo ou não outros alimentos.

4.3.4 Variáveis do estudo

4.3.4.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas

As variáveis socioeconômicas e demográficas avaliadas foram idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho materno e renda per capita.

Foi solicitada à gestante que informasse sua data de nascimento. Para a análise dos dados essa variável foi classificada em três categorias, baseadas nos riscos obstétricos: menor de 20 anos, 20-34 anos e maior de 35 anos.

Para a análise dos dados a escolaridade da mulher foi classificada em quatro categorias: 0-4 anos, 5-8 anos, 9-11 anos e mais de 12 anos de estudo,

As gestantes foram questionadas quanto à situação conjugal de acordo com as seguintes categorias: solteira, casada, amigada, separada, viúva. Para a análise dos dados essa variável foi categorizada de forma dicotômica em: com companheiro (gestantes casadas ou amigadas) e sem companheiro (gestantes solteiras, separadas e viúvas).

A variável “trabalho materno fora de casa” foi analisada como variável dicotômica: sim e não. A variável “renda per capita” foi categorizada conforme a mediana da renda per capita das mulheres estudadas: menor ou igual a $\frac{1}{2}$ salário mínimo e maior do que $\frac{1}{2}$ salário mínimo, respectivamente. Uma vez que a coleta dos dados socioeconômicos ocorreu em 2013, considerou-se o valor do salário mínimo correspondente a R\$ 678,00.

4.3.4.2 Variáveis obstétricas e neonatais

As variáveis obstétricas e neonatais analisadas foram o número de consultas de pré-natal, tipo de parto, idade gestacional, sexo e peso ao nascer.

O número de consultas de assistência pré-natal, idade gestacional (semanas) e peso ao nascer (gramas) foram analisados como variáveis contínuas.

O tipo de parto (vaginal e cesáreo) e o sexo dos recém-nascidos foram analisados como variável dicotômica.

Os dados de idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP) foram coletadas do cartão de acompanhamento pré-natal. Nessa data a equipe entrou em contato com as gestantes para verificar a ocorrência do parto, para posterior, realização da terceira fase do estudo.

4.3.4.3 Variáveis sobre o aleitamento materno

As variáveis sobre o aleitamento materno avaliadas foram: experiência de ter sido amamentada e experiência anterior com amamentação. A primeira variável foi categorizada em: sim, não e não sabe. A segunda variável foi classificada em duas categorias: menos de 24 meses e 24 meses ou mais, considerando para tal a recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003).

A prática de aleitamento materno foi avaliada segundo a classificação da WHO (2007), que considera aleitamento materno exclusivo quando os recém-nascidos são alimentados somente com leite materno; sendo admitidos medicamentos ou suplementos de vitaminas e minerais na forma de gotas ou xaropes. Aleitamento materno predominante quando o leite materno é a principal fonte de alimento da criança, mas a mãe já ofereceu chás, água e/ou sucos ao recém-nascido; e aleitamento materno quando a mãe oferta leite materno ao seu filho, independente de estar oferecendo ou não outros alimentos.

4.3.4.4 Variáveis do Modelo Transteórico

Os estágios de mudança foram analisados em cinco categorias: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O movimento entre os estágios foi categorizado em: permanência, evolução e recaída. Os processos de mudança e equilíbrio de decisão foram analisados como variáveis contínuas (médias dos escores).

4.3.5 Estudo piloto

Foi conduzido estudo piloto com 5% da amostra para teste da logística do estudo e dos instrumentos de coleta de dados, a fim de realizar os ajustes necessários. As participantes do estudo piloto não compuseram a amostra do estudo.

4.4 Análises dos dados

Os dados foram digitados em duplicata no *Microsoft Office Excel*[®], e validados no comando *validate* do programa Epi Info 6.04 para conferência. O programa estatístico *Statistical Program for Social Science (SPSS) for Windows* versão 22.0 foi utilizado para análise de dados. A verificação da normalidade das variáveis foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão foram utilizadas para apresentação dos dados e descrição das características da amostra. Para comparação das características entre os grupos intervenção e comparação foi empregado o teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas não-paramétricas.

O efeito da intervenção foi avaliado por meio da verificação de mudanças no comportamento materno, ou seja, avaliação dos construtos do Modelo Transteórico (estágios de mudança, processos de mudança e equilíbrio de decisão), antes e após intervenção; e das taxas de aleitamento materno.

A distribuição dos estágios de mudança do grupo intervenção e do grupo comparação foi comparada utilizando o teste Exato de Fisher. Para comparar o movimento nos estágios de mudança e as taxas de aleitamento materno foi realizado o teste do Qui-quadrado. Os escores dos processos de mudança e equilíbrio de decisão foram comparados utilizando o teste de Mann-Whitney.

Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo é parte do projeto: “O Modelo Transteórico na Mudança de Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua promoção nos serviços de saúde” aprovado pelo Comitê de Ética para seres humanos da Universidade Federal de Viçosa sob o parecer 412.814 /2013 (Anexo 1).

O desenvolvimento da pesquisa seguiu os requisitos da “Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil”.

Todas as gestantes foram orientadas sobre os objetivos do estudo. Para aquelas que concordaram em participar foi solicitado à assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que para as gestantes com menos de 18 anos, não casadas, foi solicitado a assinatura do responsável (Apêndice H).

Todas as mulheres receberam, além da assistência à amamentação, orientação para uma nutrição adequada na gestação, na lactação e para a alimentação do seu filho no primeiro ano de vida.

4.6 Referências Bibliográficas

ADAMS, J.; WHITE, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? **Health Education Research**, v.20, n.2, p. 237-243, 2005.

BARROS, F. C.; SEMER, T.C.; TONIOLI FILHO, S.; VICTORA, C.G. Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.1, p. 5-14, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. **Health Education Research**, v.13, n.3, p.331-341, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 de abr. 2013.

NORCROSS, J.C.; KREBS, P.M.; PROCHASKA, J.O. Stages of change. **Journal of clinical psychology**, v.67, n.2, p.143-54, 2011.

OLIVEIRA, M.C.F.; DUARTE, G.K. O Modelo Transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.19, n.1, p.57-64, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA. Localização. Disponível em: <http://www.vicosamg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=57>. Acesso em: 20 de abr. 2013.

PROCHASKA JO, VELICER WF. The Transtheoretical Model of health behavior change. **American Journal of Health Promotion**, v.12, n.1, p. 38-48, 1997.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v.19, n.3, p.276-88, 1982.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, p.1102-1114, 1992.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KRUMMER, S.C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A.C.W.; MACHADO, D.B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.74, n.5, p. 368-375, 1998.

WEIGERT, E.M.; GIUGLIANI, E.R.; FRANÇA, M.C.; DE OLIVEIRA, L.D.; BONILHA, A.; DO ESPÍRITO SANTO, L.C.; KÖHLER, C.V.F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.81, n.4, p.310-316, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Breastfeeding counselling: a training course**. Geneva: WHO; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**. Ginebra, WHO; 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactente y del niño pequeño**. Geneva: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes**. Geneva, WHO; 2009.

5. ARTIGO ORIGINAL 1

Intervenções educativas para mudança de comportamento frente à amamentação: contribuições do Modelo Transteórico

Resumo: Os indivíduos utilizam processos de mudança de comportamento específicos a depender do estágio de mudança em que se encontram, o que torna a relação entre os estágios e os processos de mudança o elemento-chave no planejamento de intervenções baseadas no Modelo Transteórico. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito de intervenções educativas baseadas no Modelo Transteórico no comportamento de nutrizes frente à amamentação e nas taxas de aleitamento materno. Trata-se de um estudo de intervenção não controlado, em que 233 mulheres cadastradas em unidades do sistema público de saúde foram alocadas em dois grupos, intervenção e comparação. Foi aplicado um questionário traduzido e adaptado transculturalmente, que incorporava os construtos do Modelo Transteórico, aplicado no pré-natal e no pós-parto. A intervenção foi realizada de forma individualizada a partir da avaliação de três construtos; e implementada por meio de um álbum seriado. No pós-parto, as informações sobre o tipo de aleitamento materno foram coletadas por meio de recordatório 24 horas. O efeito da intervenção foi avaliado pela verificação de mudanças no comportamento materno, ou seja, avaliação dos construtos do Modelo Transteórico, estágios de mudança e processos de mudança, antes e após intervenção, e das taxas de aleitamento materno, as quais foram comparadas pelo teste do Qui-quadrado. Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à classificação dos estágios de mudança, movimento nos estágios de mudança, médias dos escores dos processos de mudança e taxas de aleitamento exclusivo. No entanto, em relação ao grupo comparação, o grupo intervenção apresentou maior frequência de mulheres classificadas no estágio de manutenção (71,7% *versus* 68,3%); menor frequência de recaída (15,0% *versus* 22,5%) e maiores médias dos escores na maioria dos processos de mudança. No grupo intervenção, a taxa de aleitamento materno exclusivo foi 69,0% e no grupo comparação, 75,8%. A realização de intervenção no pré-natal, baseada no Modelo Transteórico, têm reflexos positivos na evolução dentro dos estágios de mudança de comportamento, embora não tenha havido diferenças significativas entre os grupos em todos os parâmetros avaliados.

Palavras Chaves: Intervenções educativas, Modelo Transteórico, Aleitamento Materno, Nutriz, Mudança de Comportamento.

Abstract 1

Educational interventions to change behavior towards breastfeeding: the Transtheoretical Model contributions

Individuals use specific behavior change processes depending on the stage of change where they are, which makes the relationship between the stages and processes of change the key element in the planning of interventions based on the Transtheoretical Model. The objective of this study was to investigate the effect of educational interventions based on the Transtheoretical Model the behavior of lactating front of breastfeeding and the breastfeeding rates. Not controlled intervention study in which 233 women enrolled in the public health system were divided into two groups, intervention and comparison. After agreeing to participate in the study, pregnant women answered a questionnaire translated and adapted culturally incorporating constructs of Transtheoretical Model. The intervention was carried out on an individual basis based on the evaluation of three constructs; and implemented by a flipchart. Postpartum, the information about the type of breastfeeding was collected through 24-hour recall. The effect of the intervention was evaluated by checking changes in maternal behavior, in other words evaluation of the constructs of the Transtheoretical Model, stages of change and processes of change before and after intervention, and breastfeeding rates, which were compared by test Pearson's chi-square. There were no significant differences between the groups regarding the classification of the stages of change, movement in the stages of change, mean scores of the processes of change and exclusive breastfeeding rates. However, compared to the comparison group, the intervention group had a higher frequency of women classified in the maintenance stage (71.7% versus 68.3%); lower frequency of relapse (15.0% versus 22.5%) and higher average scores in most processes of change. In the intervention group, the exclusive breastfeeding rate was 69.0% and the comparison group, 75.8%. The realization of intervention in the prenatal, based on Transtheoretical Model, have a positive impact on developments within the behavior change stages, although no significant differences between groups in all parameters.

Keywords: Educational interventions, Transtheoretical Model, Breastfeeding, Nursing Mother, Behavior Change.

Introdução

O sentimento de ansiedade e o medo de não poder amamentar são comuns durante a gestação (BUENO; TERUYA, 2004; RIOS; VIEIRA, 2007). No acompanhamento pré-natal, é preciso entender e escutar o querer materno, bem como a ambiguidade da mulher na sua tomada de decisão, já que a intenção de amamentar, que geralmente surge antes do nascimento do bebê, é um fator de influência no sucesso do aleitamento (TAKUSHI *et al.*, 2008; ROCHA *et al.*, 2010).

O profissional de saúde deve ser capaz de identificar na mulher os aspectos envolvidos na tomada de decisão sobre a amamentação (TAKUSHI *et al.*, 2008), e de atuar de forma apropriada para ajudá-la na superação das barreiras identificadas (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009).

O período pré-natal é oportuno para promoção do aleitamento materno e implementação de atividades com a mulher, de forma individualizada, que incluam discussão e esclarecimento de questões únicas para cada uma delas (BRASIL, 2000; ANDRADE *et al.*, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2013).

As iniciativas de intervenção em aleitamento materno têm sido desenvolvidas nos mais variados espaços e áreas do conhecimento. No campo da saúde, as unidades de atenção primária em saúde são reconhecidamente os locais elegíveis para tais ações (RITO; OLIVEIRA; BRITO, 2013), pois constitui espaço de amplo contato com a mulher, configurado pela assistência pré-natal e pós-natal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

Em relação à qualidade da assistência prestada pela unidade básica de saúde no apoio à mulher para amamentar, os estudos evidenciam que estas mulheres se mostram insatisfeitas, expressando em suas falas o descaso, a visão reducionista dos profissionais de saúde, a auto-culpabilização da mulher pela falta de apoio ou pelo insucesso com a amamentação, e a utilização de material informativo ao invés do diálogo. Esses achados mostram a urgência de assegurar que a rede básica de saúde se constitua em um espaço onde a mulher seja assistida a partir de uma visão holística e efetivamente apoiada para amamentar (LANA; LAMOUNIER; CÉSAR, 2004; OLIVEIRA; CAMACHO; SOUZA, 2005; BERNARDI; GAMA; VITOLLO, 2011).

A aplicação de teorias comportamentais para o desenvolvimento de intervenções para a promoção da amamentação é limitada. Identificar bases teóricas que descrevam os fatores modificáveis que influenciam a intenção de amamentar pode resultar em estratégias mais bem sucedidas (HUMPHREYS; THOMPSON; MINER, 1998). Nesta perspectiva, uma possibilidade é a adoção de intervenções baseadas em teorias comportamentais, como o Modelo Transteórico (TORAL; SLATER, 2012).

Este modelo foi proposto por Prochaska e Diclemente (1984) e utiliza o prefixo “trans”, por integrar conceitos de diferentes teorias psicológicas. Ele descreve a mudança de comportamento como um processo dinâmico no qual os indivíduos progridem por meio dos estágios de mudança de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA; DI CLEMENTE; NORCROSS, 1992; DI NOIA; PROCHASKA, 2010).

Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra tanto quando a mudança ocorre como qual é seu grau de motivação para realizá-la (GREENE *et al.*, 1999; NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011).

O Modelo Transteórico abrange, também, os processos de mudança; o equilíbrio de decisão também identificado como prós e contras da mudança; e a autoeficácia do indivíduo. Cada construto se correlaciona com o estágio de mudança de comportamento, delineando as intervenções que podem ser utilizadas para que o indivíduo progrida de estágio (VELICER, *et al.*, 1998).

Para Humphreys, Thompson e Miner (1998) os construtos do Modelo Transteórico podem prever e explicar a intenção de amamentar de maneira consistente, não precisando do comportamento real. Tendo em vista que a intenção de amamentar é preditora da amamentação real, a aplicação do Modelo Transteórico torna-se viável.

Essas autoras demonstraram que o desenvolvimento de pesquisas utilizando o modelo auxilia na compreensão do comportamento materno relacionado à amamentação e, portanto na promoção desta prática. Assim, elucidar os fatores relacionados à decisão de amamentar é fundamental para o desenvolvimento de novas formas de intervenções e promoção da amamentação visando à melhora nas taxas de aleitamento materno, sobretudo do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi verificar o efeito de intervenções educativas baseadas no Modelo Transteórico no comportamento de nutrizes frente à amamentação, bem como nas taxas de aleitamento materno.

Métodos

Desenho do estudo e amostra

Foi realizado um estudo de intervenção não controlado, com avaliação pré e pós-intervenção de dois construtos do Modelo Transteórico, entre junho de 2013 e setembro de 2014. O estudo foi conduzido no pré-natal com gestantes e no pós-parto com nutrízes do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

O grupo intervenção foi constituído por gestantes atendidas nas Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) e o grupo comparação, que por questões éticas, recebeu uma intervenção mínima, foi composto por gestantes atendidas em uma única unidade de saúde (Policlínica Municipal de Viçosa). O critério de exclusão adotado foi apresentar alguma condição que impedisse o aleitamento materno (WHO, 2009).

A amostragem foi por conveniência, e para o cálculo da amostra foi considerada a prevalência nacional de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de 41% (BRASIL, 2009); um aumento de 20% nesta prevalência para o grupo que recebeu a intervenção (SUSIN *et al.*, 1998; BARROS *et al.*, 2002; WEIGERT *et al.*, 2005); nível de significância de 5% e poder do estudo igual a 80%. Acrescentou-se ao número estimado 30% para prováveis perdas e 20% para o controle de fatores de confusão, resultando em 147 participantes em cada grupo. Dessas, 113 mulheres do grupo intervenção e 120 mulheres do grupo comparação concluíram o estudo, representando 76,9% e 81,6% de seguimento, respectivamente. Os motivos das perdas estão apresentados na Figura 1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética para seres humanos da Universidade Federal de Viçosa, de acordo com o protocolo 412.814/2013. Todas as gestantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo e a participação foi mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

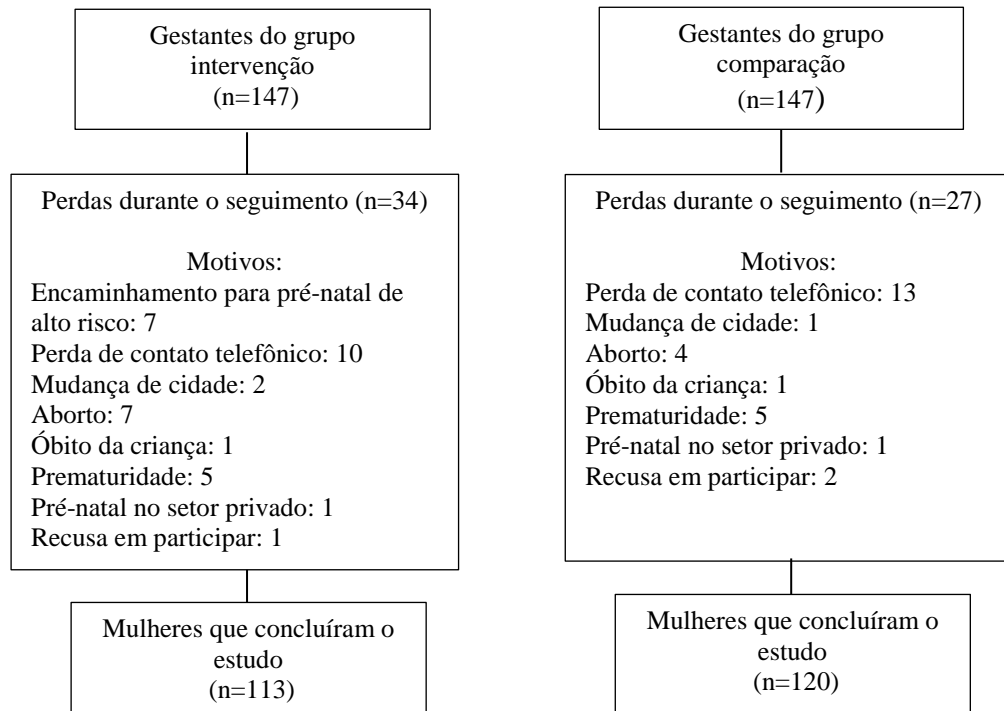


Figura 1: Distribuição dos motivos das perdas de acordo com os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

Coleta de dados

O estudo ocorreu em três fases: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção; e foi conduzido por uma equipe de cinco pesquisadoras devidamente treinadas para a coleta dos dados. As fases pré e pós-intervenção foram realizadas com as participantes tanto do grupo intervenção quanto do grupo comparação.

Na primeira fase, período pré-intervenção, os dados foram coletados na unidade de saúde por meio de entrevista utilizando dois questionários previamente testados em estudo piloto. No primeiro questionário foram coletadas informações sobre dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e quanto à experiência anterior em aleitamento materno. O questionário traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998) foi aplicado para a avaliação dos construtos do Modelo Transteórico.

A segunda fase do estudo, a qual foi conduzida por duas pesquisadoras da equipe, foi de implementação das intervenções educativas.

Na terceira fase, pós-intervenção, o questionário que abrange os construtos do Modelo Transteórico foi reaplicado, a fim de avaliar a mudança de comportamento da mulher frente à amamentação.

Pré-intervenção – Identificação dos Estágios de Mudança de Comportamento e Processos de Mudança de Comportamento

Para a identificação dos estágios de mudança de comportamento, as gestantes informaram sobre o seu planejamento em amamentar e qual o período que desejavam fazê-lo exclusivamente. Foi solicitado às participantes que escolhessem uma dentre cinco afirmações apresentadas e, em seguida, as mesmas foram classificadas quanto ao seu estágio de mudança de comportamento. A gestante foi classificada em pré-contemplação quando desejava oferecer a mamadeira ao seu filho, pois não queria amamentá-lo exclusivamente; em contemplação, quando pensava na amamentação de forma exclusiva, mas não tinha certeza se queria fazer isto; quando a gestante planejava amamentar exclusivamente, mas sem definição da duração de tempo, a mesma foi classificada em preparação; em ação quando planejava a amamentação exclusiva, por pelo menos um mês, mas sem atingir o sexto mês; e em manutenção, se a gestante planejava amamentar exclusivamente por seis meses.

Processos de mudança de comportamento

A segunda sessão do questionário era composta por dez processos de mudança contendo duas afirmações cada (Quadro 1). Foi solicitado à gestante que apontasse seu grau de concordância ou discordância para as afirmações, utilizando para isso uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, e concordo totalmente).

Quadro 1: Afirmativas que representam os processos de mudança de comportamento.

Processo de Mudança	Afirmativa 1	Afirmativa 2
Aumento de consciência	Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito.	Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito.
Liberação social	Dar de mamar no peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde).	Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia.
Autorreavaliação	Eu fico chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira.	Eu sentirei melhor comigo mesma se eu der de mamar no peito.
Reavaliação ambiental	Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente.	Pessoas que dão de mamar no peito ajudam a melhorar o meio ambiente.
Alívio dramático	Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.	Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam.
Autoliberação	Eu penso comigo mesma que sou capaz de dar de mamar no peito se eu quiser.	Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar de mamar no peito ou não.
Contracondicionamento	Quando eu tenho vontade de dar a mamadeira, penso que o bebê vai ser mais saudável se eu der de mamar no peito.	Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito.
Controle de estímulos	Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicações sobre dar de mamar no peito.	Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira.
Administração de contingências	As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu der de mamar no peito.	Eu ficarei feliz comigo mesma se eu der de mamar no peito.
Suporte social	Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando de mamar no peito.	Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu der de mamar no peito ou se eu der a mamadeira.

Fonte: Adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998).

Intervenção

As intervenções com as gestantes ocorreram de julho de 2013 a julho de 2014, em encontros mensais, ao longo do pré-natal, antes do atendimento médico, nas unidades de saúde. Foram realizados em média três encontros, variando de um a oito encontros durante o pré-natal.

A estratégia educacional utilizada foi o diálogo, desenvolvido de forma individual entre a pesquisadora e a gestante e, sempre que possível com a presença de algum representante da sua rede social de apoio. Desta forma, a equipe foi treinada para utilizar a postura de aconselhamento, a qual é preconizada pela WHO (1993) e visa ouvir a mulher, compreendê-la, apoiá-la e ajudá-la na tomada de decisões, aumentando sua autoconfiança e auto-estima.

A intervenção foi realizada de forma individualizada a partir da avaliação do estágio de mudança, processos de mudança e equilíbrio de decisão identificados no questionário respondido pela gestante no pré-natal. Este procedimento baseia-se no conhecimento de que cada construto se relaciona com os estágios de mudança de comportamento, delineando as intervenções que podem ser utilizadas para o avanço nos estágios (PROCHASKA; VELICER, 1997). Ademais, o elemento-chave do Modelo Transteórico é a relação entre os estágios e os processos de mudança (OLIVEIRA; DUARTE, 2006). Desta forma, o indivíduo utiliza processos de mudança específicos de acordo com o estágio de mudança em que se encontra (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982; ADAMS; WHITE, 2005; OLIVEIRA; DUARTE, 2006), isto é, certos processos de mudança são mais eficazes em certos estágios de mudança (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Assim, para a promoção de uma mudança comportamental bem sucedida é necessário identificar o estágio de mudança que a mulher se encontra e estimular o uso dos processos de mudança específicos daquele estágio.

Os processos de mudança consistem na segunda dimensão do Modelo Transteórico e possibilitam compreender sobre como a mudança de comportamento ocorre entre os estágios, pois esse construto envolve estratégias, técnicas e intervenções que permitem o avanço entre os estágios de mudança, (NORCROSS; KREBS; PROCHASKA, 2011). Diante disso, as intervenções do presente estudo foram focadas nos processos de mudança necessários para que a gestante avançasse ao longo dos estágios de mudança, preferencialmente, para o estágio de manutenção. Ademais, segundo Humphreys, Thompson e Miner (1998), entre os construtos do Modelo Transteórico, o processo de mudança é o mais correlacionado com a intenção de amamentar.

De acordo com cada estágio de mudança de comportamento identificado foi reforçado um tema que trabalhasse a mudança da mulher e elucidasse suas dúvidas e receios. As estratégias de intervenção foram planejadas considerando as afirmações

presentes no questionário traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998) e/ou na descrição dos processos de mudança (Tabela 1).

Para as mulheres classificadas no estágio de preparação foram usadas estratégias relacionadas aos processos de autoliberação, liberação social, controle de estímulos e contracondicionamento. Para as gestantes classificadas no estágio de ação foi privilegiado o uso de estratégias relacionadas aos processos de administração de contingências, suporte social, autoliberação, contracondicionamento e controle de estímulos. As estratégias relacionadas aos processos de contracondicionamento, controle de estímulos e suporte social foram usadas para as mulheres classificadas em manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Em relação ao equilíbrio de decisão, ao identificar que a gestante concordava com um contra e/ou discordava de um pró à amamentação, buscou-se auxiliar a mulher na superação das barreiras identificadas.

Também, levou-se em consideração as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1998) sobre o preparo da mulher para a amamentação na atenção pré-natal.

Para implementação das intervenções foi elaborado um álbum seriado com figuras e linguagem adequadas ao público-alvo. O material contemplava os seguintes temas: benefícios do aleitamento materno para a díade mãe-bebê, posicionamento e pega, problemas mamários, ordenha manual, leis que protegem as mães que amamentam, colaboradores da amamentação e alimentação da nutriz. Como material de apoio foram incluídos um boneco de pano, um modelo de mamas (“mama cobaia”) e folhetos informativos sobre os perigos do uso da mamadeira e sobre as diferenças nutricionais entre o leite materno, fórmula infantil e mingaus. Tanto o álbum seriado quanto os folhetos foram elaborados especialmente para esse estudo.

Para o grupo comparação, em cumprimento à ética na pesquisa, ao final da entrevista na primeira fase do estudo, foi entregue um folheto contemplando os benefícios do aleitamento materno para a mãe e o filho; as desvantagens do uso das fórmulas infantis; os riscos do uso do leite de vaca no primeiro ano de vida; e o posicionamento e pega corretos. Esse folheto não foi fundamentado nos construtos do Modelo Transteórico.

Tabela 1: Estratégias de intervenção utilizadas conforme os processos de mudança e sua descrição. Viçosa, MG, 2013.

Processos de Mudança	Descrição do processo	Estratégias de intervenção
Liberação Social	Aumento das oportunidades ou alternativas sociais para que ocorra a mudança de comportamento.	Apresentar à gestante as leis que protegem a amamentação.
Autoliberação	O indivíduo reconhece as opções para agir, acreditando na sua capacidade de mudança de comportamento.	Reforçar a sua capacidade de amamentar por meio do conhecimento sobre a anatomia da mama e a fisiologia da lactação; Perguntar à gestante se ela poderia fazer o seguinte compromisso: Você é capaz de falar com essa pessoa (alguém da rede social) que você vai amamentar exclusivamente até os 6 meses?
Controle de estímulos	O indivíduo evita ou controla estímulos que provoquem o comportamento indesejável.	Realizar o aconselhamento à gestante visando a não aquisição da mamadeira; Apontar os perigos do uso da mamadeira.
Contracondicionamento	Aprendizagem de comportamentos mais saudáveis que podem substituir comportamentos problemas.	Apontar as diferenças dos atributos de qualidade entre os leites e seus substitutos; Apontar os perigos do uso da mamadeira; Apontar as diferenças na composição nutricional de alguns mingaus; Apresentar à gestante o cálculo do gasto financeiro usando a fórmula infantil realizado a partir da média entre duas marcas; Apresentar à gestante o aumento do volume gástrico do bebê ao longo do primeiro ano de vida, uma vez que muitas vezes a mulher está condicionada que o bebê tem que mamar muito; Demonstrar o posicionamento e pega corretos com o auxílio de um boneco de pano e “mama cobaia”.
Administração de contingências	O indivíduo se auto recompensa ou é recompensado pelos outros por realizar mudanças.	Perguntar a gestante se ela se sentirá orgulhosa e recompensada ao exercer a amamentação.
Suporte social	O indivíduo aceita ou procura ajuda de outras pessoas para mudança de comportamento.	Solicitar a presença de algum representante da rede social da gestante que possa ajudá-la na realização da amamentação.

Pós-intervenção - Avaliação da mudança de comportamento e das taxas de aleitamento materno

A terceira fase do estudo, pós-intervenção, ocorreu durante o puerpério, preferencialmente até 15 dias de vida do recém-nascido; no setor de imunização do município, por ocasião da realização do teste do pezinho. O questionário contendo os dois construtos do Modelo Transteórico foi reaplicado a fim de verificar mudanças no comportamento materno. Utilizou-se um questionário semiestruturado para coleta de informações sobre alimentação, dados obstétricos e neonatais.

Na impossibilidade da ida da mãe ao teste, a coleta de dados foi realizada em visitas domiciliares ou por telefone, a critério da nutriz. Nessa fase foram reforçadas as orientações, em especial sobre a pega e posicionamento corretos. Quando necessário a nutriz foi encaminhada para tratamento especializado.

As informações sobre o tipo de aleitamento materno foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas (BRASIL, 2009). Considerou-se aleitamento materno exclusivo quando os recém-nascidos eram alimentados somente com leite materno; sendo admitido medicamentos ou suplementos de vitaminas e minerais na forma de gotas ou xaropes. Aleitamento materno predominante quando o leite materno era a principal fonte de alimento da criança, mas a mãe já havia oferecido chás, água e/ou sucos ao recém-nascido; e aleitamento materno quando a mãe estava ofertando leite materno ao seu filho, independente de estar oferecendo ou não outros alimentos (WHO, 2007).

Análises dos dados

Os dados foram digitados em duplicata no *Microsoft Office Excel*[®], e validados no comando *validate* do programa Epi Info 6.04 para conferência. O programa estatístico *Statistical Program for Social Science (SPSS) for Windows* versão 22.0 foi utilizado para análise de dados. A verificação da normalidade das variáveis foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

A análise descritiva foi utilizada para apresentação dos dados e caracterização da amostra. Para comparação das características entre os grupos intervenção e comparação foi empregado o teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas não-paramétricas.

O efeito da intervenção foi avaliado por meio da verificação de mudanças no comportamento materno, ou seja, avaliação dos construtos do Modelo Transteórico (estágios de mudança e processos de mudança) antes e após intervenção; e das taxas de aleitamento materno.

A distribuição dos estágios de mudança do grupo intervenção e do grupo comparação foi comparada utilizando o teste Exato de Fisher. Para comparar o movimento nos estágios de mudança e as taxas de aleitamento materno foi realizado o teste do Qui-quadrado. Os escores dos processos de mudança foram comparados utilizando o teste de Mann-Whitney. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Na Tabela 2 estão descritas as características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno do grupo intervenção e do grupo comparação. Conforme recomendado, não houve diferença significativa entre os grupos quanto a essas características basais ($p > 0,05$), evidenciando a semelhança entre os mesmos. A média de idade das gestantes foi 24,1 (6,7) e 25,3 (6,5), no grupo intervenção e comparação, respectivamente, variando de 14 a 41 anos nos dois grupos. Em relação à escolaridade, no grupo intervenção as gestantes tinham em média 9,2 (2,7) anos de estudo e no grupo comparação 9,3 (2,8). A mediana da renda per capita no grupo intervenção e no grupo comparação foi R\$ 339,0 e R\$ 362,0, respectivamente. Das 233 gestantes avaliadas, mais da metade eram primíparas, e 44,2% estavam no segundo trimestre de gestação.

No pós-parto, as variáveis de assistência pré-natal e tipo de parto foram significativamente diferentes entre os grupos. A média de consultas pré-natais no grupo intervenção foi sete consultas, enquanto no grupo comparação foi seis consultas ($p < 0,001$). O parto cesáreo foi mais frequente do que o vaginal, correspondendo a 64,6% e 79,2%, no grupo intervenção e comparação, respectivamente ($p = 0,013$).

Os recém-nascidos dos dois grupos apresentaram características semelhantes. A mediana da idade gestacional foi 39 semanas ($p = 0,227$) e 55,0% dos recém-nascidos eram do sexo masculino ($p = 0,984$). A mediana do peso ao nascer foi 3160 g no grupo intervenção e 3292 g no grupo comparação ($p = 0,345$).

A Tabela 3 mostra a classificação dos estágios de mudança pré e pós-intervenção. Na avaliação pré-intervenção, mais de dois terços das gestantes foram classificadas no estágio de manutenção. No grupo intervenção, nenhuma gestante foi classificada nos estágios de pré-contemplação e contemplação. Já no grupo comparação, aproximadamente, 2,0% das gestantes foram classificadas em contemplação.

Tabela 2: Características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno de gestantes atendidas pelo sistema público de saúde segundo os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

	Total		Grupo comparação		Grupo intervenção		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
<20	65	27,9	26	21,7	39	34,5	0,088
≥ 20 a 34	149	63,9	84	70,0	65	57,5	
≥ 35	19	8,2	10	8,3	9	8,0	
Escolaridade (anos)							
0-4	11	4,7	6	5,0	5	4,4	0,789
5-8	71	30,5	33	27,5	38	33,6	
9-11	131	56,2	70	58,3	61	54,0	
≥12	20	8,6	11	9,2	9	8,0	
Situação conjugal							
Com companheiro	168	72,1	87	72,5	81	71,7	0,889
Sem companheiro	65	27,9	33	27,5	32	28,3	
Trabalho materno							
Sim	89	38,2	41	34,2	48	42,5	0,192
Não	144	61,8	79	65,8	65	57,5	
Renda per capita							
≤ ½ SM	113	49,3	53	44,9	60	54,1	0,167
> ½ SM	116	50,7	65	55,1	51	45,9	
Foi amamentada							
Sim	195	83,7	98	81,7	97	85,8	0,688
Não	24	10,3	14	11,7	10	8,8	
Não sabe	14	6,0	8	6,6	6	5,4	
Experiência anterior em aleitamento materno)							
< 24 meses	70	65,4	38	66,7	32	64,0	0,772
≥ 24 meses	37	34,6	19	33,3	18	36,0	

SM - salário mínimo; SM: R\$ 678,00. Teste do Qui-quadrado.

Como pode ser observado, no momento pós-intervenção, o grupo intervenção apresentou maior proporção, 72,0%, de nutrizes classificadas no estágio de manutenção; no grupo comparação, 68,0% das nutrizes foram classificadas neste estágio. Entretanto, não houve diferença significativa entre os grupos quanto à classificação dos estágios de mudança, indicando que a intervenção não resultou em mudança significativa no comportamento das mulheres em relação ao grupo comparação.

Tabela 3: Estágios de mudança de comportamento das mulheres atendidas na rede pública de saúde, nos períodos pré e pós-intervenção, segundo os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

Estágio de mudança	Pré-intervenção					Pós-intervenção				
	Grupo comparação (n=120)		Grupo intervenção (n=113)		p	Grupo comparação (n=120)		Grupo intervenção (n=113)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Pré-contemplação	--	--	--	--	0,683	--	--	--	--	0,562
Contemplação	2	1,7	--	--		1	0,9	--	--	
Preparação	30	25,0	33	29,2		24	20,0	25	22,1	
Ação	4	3,3	4	3,5		13	10,8	7	6,2	
Manutenção	84	70,0	76	67,3		82	68,3	81	71,7	
Total	120	100,0	113	100,0		120	100,0	113	100,0	

Teste Exato de Fisher.

A influência da intervenção foi também verificada por meio da investigação da ocorrência de modificações na classificação das mulheres nos estágios de mudança de comportamento após a intervenção. Assim, compararam-se os estágios de mudança de comportamento pós-intervenção em relação ao pré-intervenção. O movimento entre os estágios de mudança foi categorizado em evolução quando houve avanço de pelo menos um estágio de mudança e recaída quando a mulher migrou para um estágio inferior ao inicial (Tabela 4). Houve permanência, especialmente, no estágio de manutenção, sendo 53,1% no grupo intervenção e 49,2% no grupo comparação. Nos dois grupos, 17,0% das mulheres, evoluíram do estágio de preparação para o estágio de manutenção. A maioria das mulheres, 11,5% e 14,2%, no grupo intervenção e comparação, respectivamente, recaiu do estágio de manutenção para o estágio de preparação. Os dois grupos não diferiram significativamente quanto à mudança de comportamento frente à amamentação após a intervenção, evidenciada na classificação dos estágios de mudança de comportamento ($p>0,05$).

Tabela 4: Movimento nos estágios de mudança de comportamento de nutrizes dos grupos intervenção e comparação após intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.

Movimento nos estágios	Grupo comparação (n=120)		Grupo intervenção (n=113)		p
	n	%	N	%	
Permanência	66	55,0	72	63,7	0,834
Evolução	27	22,5	24	21,3	
Recaída	27	22,5	17	15,0	
Total	120	100,0	113	100,0	

Teste do Qui-quadrado.

Como pode ser observado na Tabela 5, de uma maneira geral, no momento pós-intervenção, o grupo intervenção apresentou médias dos escores dos processos de mudança superiores ao grupo comparação. Entretanto, as diferenças não foram significativas ($p>0,05$), mostrando que não houve efeito da intervenção nos processos de mudança. As afirmativas que representam cada processo de mudança foram apresentadas no Quadro 1.

Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,486$) em relação às taxas de aleitamento materno, indicando que não houve efeito da intervenção na prática de aleitamento materno dessas mães (Tabela 6). No grupo intervenção, entre as nutrizes classificadas no estágio de manutenção, 70,4%, 9,8% e 19,8% estavam em aleitamento materno exclusivo, aleitamento predominante, e aleitamento materno mais fórmula infantil, respectivamente. No grupo comparação as frequências de aleitamento materno exclusivo, aleitamento predominante, e aleitamento materno mais fórmula infantil foram 75,6%, 8,5% e 15,9%, respectivamente.

No tocante ao oferecimento de outros alimentos em algum momento, 9,7% no grupo intervenção e 11,7% no grupo comparação, já haviam oferecido fórmula à criança. O chá foi oferecido por 15,0% das mães do grupo intervenção e 9,2% do grupo comparação.

Tabela 5: Médias dos escores pós-intervenção dos processos de mudança de comportamento de nutrizes dos grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

Processos de mudança de Comportamento	Grupo comparação (n=120)		Grupo intervenção (n=113)		p
	Média (escore)	Desvio padrão	Média (escore)	Desvio padrão	
Cognitivos					
Aumento de consciência 1	4,16	0,47	4,17	0,40	0,939
Aumento de consciência 2	4,15	0,48	4,21	0,41	0,463
Liberação social 1	4,12	0,60	4,14	0,52	0,961
Liberação social 2	3,72	0,90	3,91	0,73	0,126
Autorreavaliação 1	3,73	0,92	3,74	0,85	0,930
Autorreavaliação 2	4,23	0,46	4,26	0,46	0,663
Reavaliação ambiental 1	3,67	0,86	3,79	0,80	0,259
Reavaliação ambiental 2	3,88	0,69	3,96	0,65	0,297
Alívio dramático 1	3,96	0,67	3,94	0,64	0,778
Alívio dramático 2	3,88	0,73	3,94	0,69	0,594
Comportamentais					
Autoliberação 1	3,94	0,86	3,88	0,91	0,583
Autoliberação 2	3,53	1,01	3,38	1,05	0,249
Contracondicionamento 1	4,00	0,83	4,03	0,80	0,864
Contracondicionamento 2	3,79	0,81	3,81	0,79	0,890
Controle de estímulos 1	4,03	0,58	4,06	0,64	0,598
Controle de estímulos 2	3,14	1,06	2,97	1,02	0,216
Administração de contingências 1	4,00	0,61	4,10	0,60	0,152
Administração de contingências 2	4,17	0,48	4,19	0,42	0,807
Suporte social 1	3,96	0,71	3,94	0,69	0,770
Suporte social 2	3,75	0,86	3,56	1,03	0,210

Teste Mann-Whitney. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente).

Tabela 6: Frequência dos tipos de aleitamento materno nos grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

Tipo de aleitamento	Grupo comparação (n=120)		Grupo intervenção (n=113)		p
	n	%	n	%	
Aleitamento materno exclusivo	91	75,8	78	69,0	0,486
Aleitamento materno predominante	11	9,2	12	10,6	
Aleitamento materno e fórmula	18	15,0	23	20,4	
Total	120	100,0	113	100,0	

Teste do Qui-quadrado.

Discussão

A ausência de diferença significativa entre os grupos desperta para alguns fatores que possivelmente influenciaram nesse resultado. Primeiramente, não foi possível estabelecer um grupo controle, ou seja, aquele que não receberia intervenção, já que por questões éticas foi distribuído a este grupo um folheto com informações sobre a importância do aleitamento materno e orientações sobre como amamentar, o que pode ter contribuído para essa ausência de diferença significativa. Os achados de Susin *et al.* (1998) podem confirmar essa suposição, já que esses autores mostraram que uma intervenção simples utilizando vídeo abordando tópicos básicos sobre aleitamento materno, um folheto explicativo e livre discussão após o vídeo, pode aumentar o conhecimento das mães sobre aleitamento materno; e conseqüentemente ter efeito positivo nas taxas de amamentação.

Ainda com relação à ausência de diferença significativa entre os grupos, Bridle *et al.* (2005), em revisão sistemática sobre a efetividade de intervenções pautadas no Modelo Transteórico, encontraram que metade dos estudos analisados chegaram a conclusão de que não houve diferença significativa entre o grupo intervenção e o grupo que recebeu uma intervenção não direcionada aos estágios de mudança de comportamento. No entanto, segundo Matta (2012), é possível que a ausência de efeito dessas intervenções seja devido ao modo como o modelo foi operacionalizado, sendo o uso de instrumentos não validados um dos principais motivos para tal (BRIDLE *et al.*, 2005).

A eficácia de uma intervenção direcionada aos estágios de mudança de comportamento depende da classificação precisa dos estágios de mudança, ou seja, da prontidão para a mudança e, por essa razão, Bridle *et al.* (2005) recomenda que esses

estágios sejam reavaliados com frequência. No presente estudo, o estágio de mudança de comportamento foi avaliado uma vez no pré-natal e uma vez no pós-parto. Considerando que a idade gestacional mínima e máxima no recrutamento foi de cinco e 40 semanas, respectivamente; e que 74% das gestantes estavam no primeiro e segundo trimestres de gestação, o efeito da intervenção poderia ser melhor identificado se as avaliações dos estágios de mudança ocorressem logo após finalizada as intervenções. Entretanto, o que se pretendeu neste estudo foi verificar a influencia tardia, ou seja, no pós-parto, da intervenção realizada no pré-natal e balizada pelo Modelo Transteórico de mudança de comportamento.

A verificação do efeito da intervenção realizada no pré-natal ocorreu nos primeiros quinze dias pós-parto. Este momento é reconhecidamente crítico devido às dificuldades enfrentadas pela mulher relacionadas à sua confiança na capacidade de amamentar (BUENO; TERUYA, 2004). Conseqüentemente, o desejo de amamentar exclusivamente, manifestado pelas gestantes no pré-natal, pode não ter permanecido o mesmo neste período pós-parto. No entanto, a avaliação no pós-parto é importante para identificar o real efeito de uma intervenção realizada no período pré-natal no estabelecimento da amamentação exclusiva.

Vale destacar nos resultados do estudo a observação de que numa população em que praticamente todas as mulheres pretendiam amamentar de forma exclusiva tanto a intervenção baseada no Modelo Transteórico quanto o folheto explicativo distribuído ao grupo comparação tiveram efeito positivo na evolução das mulheres nos estágios de mudança. Huang *et al.* (2013), em estudo que avaliou a eficácia de intervenções baseadas no Modelo Transteórico para prevenção do fumo passivo em gestantes e mães, encontraram no grupo intervenção taxa de evolução nos estágios semelhante à encontrada neste estudo. Deve-se destacar que, no presente estudo, aproximadamente, 72,0% das mulheres do grupo intervenção foram classificadas no estágio de manutenção, ou seja, sem possibilidade de progressão nos estágios. Desta forma, a proporção de evolução pode ser considerada um excelente resultado.

O Modelo Transteórico prevê que as pessoas tenham recaída de pelo menos um estágio de mudança de comportamento quando surgem novas dificuldades ou barreiras (PROCHASKA, DICLEMENTE, NORCROSS, 1992; VELICER *et al.*, 1998; HUANG *et al.*, 2013). No presente estudo, as recaídas ocorreram predominantemente do estágio de manutenção para preparação, o que significa que estas mulheres que, no período pré-natal, pretendiam amamentar de forma exclusiva até o sexto mês, no pós-parto

reavaliaram sua intenção. Considerar a recaída como um fracasso da mulher ou da intervenção significa ignorar a complexidade do processo de mudança de comportamento (ZIMMERMAN; OLSEN; BOSWORTH, 2000), visto que a recaída é prevista pelo Modelo Transteórico. Desta forma, para alcançar o sucesso na mudança de comportamento, as pessoas têm alguns retrocessos ao longo do processo (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Adicionalmente, o ato de amamentar é permeado de incertezas para a mulher que o protagoniza, evidenciadas pela dúvida quanto à sua capacidade de amamentar e de seu leite satisfazer as necessidades do filho (RAMOS; ALMEIDA, 2003; BUENO; TERUYA, 2004).

Os processos de mudança que foram identificados neste estudo com menores escores favorecem a compreensão do comportamento materno evidenciado pela classificação nos estágios de mudança e pela prática de aleitamento materno.

Após a intervenção, os escores dos processos de mudança autoliberação, controle de estímulos e suporte social foram menores do que no grupo comparação. O processo de mudança de “autoliberação” está relacionado ao compromisso em agir e à confiança da mulher na sua capacidade de amamentar (HUMPHREYS; THOMPSON; MINER, 1998). Esta falta de confiança pode interferir no processo de lactação, por prejudicar o reflexo da ocitocina e/ou sua produção normal (SERAFIM; LINDSEY, 2002). Um estudo realizado no Rio de Janeiro encontrou um resultado diferente ao encontrado no presente estudo. Naquele estudo, as puérperas que receberam orientação sobre aleitamento materno explicitaram segurança para amamentar, demonstraram autoconfiança e apresentaram-se firmes em relação à decisão de permanecer amamentando (BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Os indivíduos que utilizam o processo de mudança “controle de estímulos” buscam reestruturar o seu ambiente a fim de favorecer o comportamento desejado (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). O baixo valor de escore encontrado para a segunda afirmativa deste processo mostra que as mulheres, mesmo após a intervenção, não pretendiam retirar de suas casas coisas que as estimulassem a usar a mamadeira na alimentação dos filhos. Um estudo realizado em Fortaleza encontrou que a maioria das mulheres, apesar de ter recebido dos profissionais de saúde, informação sobre a importância da amamentação exclusiva para o bebê, não se sentia segura a ponto de adotá-lo como único alimento durante o período em que ele é indicado (ANDRADE *et al.*, 2009). Muitas vezes o uso da mamadeira está associado ao uso de fórmula e chá no primeiro dia em casa (BUCINNI; BENÍCIO; VENÂNCIO,

2014). Para Nakano (1996), a mulher cumpre vários papéis na sociedade e nem sempre consegue conciliar a prática da amamentação com as outras atividades do seu cotidiano. A mamadeira é utilizada, então, como uma alternativa da função nutriz da mulher. Outras razões para o uso da mamadeira são a influência de terceiros, o nervosismo e o trabalho maternos (REA; CUKIER, 1998).

No processo de mudança “suporte social” a mulher aceita ou procura ajuda de outras pessoas para a mudança de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). O baixo escore encontrado para ambas afirmativas deste processo revela que as mulheres tiveram dificuldade para identificar pessoas de sua rede social que pudessem lhe servir de apoio. É importante a inclusão de alguém que influencia sobre a decisão de amamentar no ambiente social da mãe, como o pai, avós e amigas, já que há um aumento da eficácia da ação educativa (WHO, 1998; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2014). Machado e Bosi (2008), ao estudarem mulheres que vivenciaram a amamentação de forma exclusiva por seis meses, apontaram a influência das redes sóciofamiliares, que atuam como construtoras de autoconfiança.

Esperava-se que as mulheres classificadas no estágio de manutenção, no pós-intervenção, estivessem todas em aleitamento materno exclusivo, o que não ocorreu. Nesta perspectiva, este trabalho evidencia a diferença entre aquilo que a mulher pretende realizar e aquilo que ela efetivamente realiza, o que pode ser justificado pela complexidade do ato de amamentar (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Para estudos futuros, sugere-se incorporação de visitas domiciliares como estratégia de intervenção, a fim de um maior alcance da rede social da nutriz e oferecimento de apoio para superação de dificuldades que podem comprometer o estabelecimento da lactação. Também, recomenda-se que sejam conduzidos estudos que utilizem a metodologia da pesquisa qualitativa para um maior entendimento dos motivos pelos quais as mulheres no estágio de manutenção não ofereceram o leite de forma exclusiva aos seus filhos.

Uma limitação do estudo foi a dificuldade para manter uma periodicidade dos encontros com as gestantes, devido ao período de férias dos médicos e encerramento do contrato de alguns médicos que atendiam nas UAPS.

Conclusão

A mudança de comportamento materno frente à amamentação é um grande desafio para os profissionais de saúde. Neste sentido, o presente estudo foi pioneiro ao desenvolver e implementar, nos serviços de saúde, intervenções direcionadas aos construtos do Modelo Transteórico. A aplicação deste modelo para a promoção da mudança de comportamento frente à amamentação permitiu, a partir da identificação dos estágios e processos de mudança de comportamento, definir intervenções individualizadas e mais compatíveis com as necessidades específicas de cada mulher.

Destaca-se que a realização de intervenção no pré-natal, baseada no Modelo Transteórico, teve reflexos positivos na evolução dentro dos estágios de mudança de comportamento, podendo indicar mudança positiva na intenção materna de amamentação exclusiva.

Contudo, é importante avaliar o comportamento não somente por meio dos construtos do modelo, mas também, por meio da prática do aleitamento materno, já que a progressão nos estágios não equivale, necessariamente, à realização do comportamento desejado, ou seja, o aleitamento materno exclusivo.

Ressalta-se que o estudo pode contribuir com a produção de conhecimentos referentes à aplicação de um modelo de intervenção em saúde para promoção da mudança de comportamento frente à amamentação, e a verificação do seu efeito sobre a prática da amamentação. Ademais, poderá contribuir para o aperfeiçoamento das ações na promoção da amamentação nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

ADAMS, J.; WHITE, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? **Health Education Research**, v.20, n.2, p. 237-243, 2005.

ALMEIDA, J.A.G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.119-125, 2004.

ANDRADE, M.P.; OLIVEIRA, M.I.V.; FILHO, J.G.B.; ALMEIDA, L.S.; CASTRO E VERAS, M.A. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. (Fortaleza), v.10, n.1, p.104-113, 2009.

- BARRETO, C.A.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.3, p. 605-611, 2009.
- BARROS, F. C.; SEMER, T.C.; TONIOLI FILHO, S.; VICTORA, C.G. Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.1, p. 5-14, 2002.
- BERNARDI, J.R.; GAMA, C.M.; VITOLO, M.R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p. 1213-1222, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual Técnico**/equipe de elaboração: Janine Schirmer *et al.* - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRIDLE, C.; RIEMSMA R.P.; PATTENDEN, J.; SOWDEN, A.J.; MATHER, L.; , I. S. WATT, I.S.; WALKER, A. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the Transtheoretical Model. **Psychology and Health**, v.20, n.3, p.283-301, 2005.
- BUCCINI, G.S.; BENÍCIO, M.H.D.A.; VENANCIO, S.I. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.4, p.571-571, 2014.
- BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.80, n.5, p.126-130, 2004.
- GREENE, G.W.; ROSSI, S.R.; ROSSI, J.S.; VELICER, W.F. Dietary applications of the Stages of Change Model. **Journal of the American Dietetic Association**, v.99, n.6, p.673- 678, 1999.
- HUANG, C-M.; WU, H-L.; HUANG, S-H.; CHIEN, L-Y.; GUO, J-L. Transtheoretical Model-based passive smoking prevention programme among pregnant women and mothers of young children. **European Journal of Public Health**, v.23, n.5, p.777-782, 2013.

HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. **Health Education Research**, v.13, n.3, p.331-341, 1998.

LANA, A.P.B., LAMOUNIER, J.A., CÉSAR, C.C. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.80, n.3, p.235-240, 2004.

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.8, n.2, p. 187-196, 2008.

MATTA, R.O.B. **Aplicação do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para o estudo do Comportamento Informacional de Usuários de Informação Financeira Pessoal**. 2012. 273p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP, 2012.

MOREIRA, R.A.M. **Aplicação do Modelo Transteórico para o consumo de óleos e gorduras e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional em um Serviço de Promoção da Saúde**. 2010. 190p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, MG, 2010.

NAKANO, A.N.S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996. 159p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, M.C.F.; DUARTE, G.K. O Modelo Transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.19, n.1, p.57-64, 2006.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L.A.B.; SOUZA, I.E.O. Breastfeeding promotion, protection, and support in primary health care in the State of Rio de Janeiro, Brazil: a case of evidence-based public health policy. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1901-1910, 2005.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. **The Transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy**. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company, 1984.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, p.1102-1114, 1992.

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

REA, M.F.; CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**, v.22, n.3, p.184-191, 1988.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

RITO, R.V.V.FA.; OLIVEIRA, M.I.C.; BRITO, A.S.B. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.89, n.5, p.477-84, 2013.

ROCHA, N.B.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p.1293-1305, 2010.

SERAFIM, D.; LINDSEY, P.C. O aleitamento materno na perspectiva do pai. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.1, p. 19-23, 2002.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KRUMMER, S.C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A.C.W.; MACHADO, D.B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.74, n.5, p. 368-375, 1998.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; MACHADO, M.A.M.P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.5, p.491-502, 2008.

TEIXEIRA, M.M.; VASCONCELOS, V.M.; SILVA, D.M.A.; MARTINS, E.M.C.S.; MARTINS, M.C.; FROTA, M.A. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.1, p.179-186, 2013.

TEIXEIRA, M.A; RIBEIRO, L.V.B. As duas faces de uma mesma moeda: significados da amamentação para mães-nutrizes e suas amigas e/ou vizinhas. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v.7, n.1, p.48-63, 2014.

TORAL, N.; SLATER, B. Intervention based exclusively on stage-matched printed educational materials regarding healthy eating does not result in changes to adolescent's dietary behavior. **The Scientific World Journal**, v.2012, 2012.

VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O.; FAVA, J. L.; NORMAN, G. J.; REDDING, C.A. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. **Homeostasis**, v.38, p.216-233, 1998.

WEIGERT, E.M.; GIUGLIANI, E.R.; FRANÇA, M.C.; DE OLIVEIRA, L.D.; BONILHA, A.; DO ESPÍRITO SANTO, L.C.; KÖHLER, C.V.F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares

no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.81, n.4, p.310-316, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Breastfeeding counselling: a training course**. Geneva: WHO; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**. Ginebra, WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs**. Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactente y del niño pequeño**. Ginebra: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes**. Geneva, 2009.

ZIMMERMAN, G.L.; OLSEN, C.G.; BOSWORTH, M.F. A 'Stages of Change' Approach to Helping Patients Change Behavior. **American Family Physician**, v.61, n.5, p.1409-1416, 2000.

6. ARTIGO ORIGINAL 2

Influência de intervenções educativas na percepção de mães sobre os prós e contras à amamentação.

Resumo: A amamentação é reconhecida como uma prática complexa, permeada por condicionantes sociais, políticos, históricos e culturais como os mitos, crenças e valores que são repassados através das gerações. Embora a amamentação seja compreendida como um fenômeno multidimensional, nas ações assistenciais às gestantes, tal abordagem tem se apresentado bastante fragilizada. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito de intervenções educativas baseadas no Modelo Transteórico na percepção de nutrizes quanto aos prós e contras à amamentação. Trata-se de um estudo de intervenção não controlado, em que 233 mulheres cadastradas em unidades do sistema público de saúde de Viçosa, MG, foram alocadas em dois grupos, intervenção e comparação. Aquelas que concordaram em participar do estudo, responderam a um questionário traduzido e adaptado transculturalmente sobre o construto equilíbrio de decisão, que identifica os prós e contras à amamentação. A intervenção foi realizada de forma individualizada a partir da avaliação de três construtos do Modelo Transteórico, e implementada por meio de um álbum seriado. O efeito da intervenção foi verificado pela investigação de mudanças no comportamento materno, ou seja, avaliação dos escores do equilíbrio de decisão antes e após intervenção. Os escores do equilíbrio de decisão dos grupos foram comparados utilizando o teste de Mann-Whitney. O escore geral dos contras foi menor no grupo intervenção do que no grupo comparação, embora essa diferença tenha sido marginalmente significativa ($p=0,053$). O grupo intervenção apresentou escores significativamente menores nos contras: “dar de mamar no peito é fora de moda e cafona” ($p=0,021$); “eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito” ($p=0,047$) e “nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito” ($p=0,045$). De uma maneira geral, as médias dos escores de prós do grupo intervenção foram maiores do que as médias dos escores de prós do grupo comparação, especialmente naqueles relacionados aos benefícios do aleitamento materno para a mãe (4,19 *versus* 4,09), à proteção fornecida pelo leite materno contra doenças e alergias (4,40 *versus* 4,26) e à superioridade nutricional do leite materno (4,43 *versus* 4,35). Entretanto, as diferenças entre os grupos não foram significativas ($p>0,05$). A intervenção educativa baseada no Modelo Transteórico contribuiu para o

empoderamento das mulheres, reduziu a percepção de barreiras e melhorou a percepção de prós à amamentação.

Palavras Chaves: Intervenções educativas, Modelo Transteórico, Aleitamento Materno, Benefícios, Barreiras, Mãe.

Abstract 2

Influence of educational interventions in the perception of mothers on the pros and cons of breastfeeding.

Breastfeeding is recognized as a complex practice, permeated by social constraints, political, historical and cultural as myths, beliefs and values that are passed on through the generations. Although breastfeeding is understood as a multidimensional phenomenon in health care activities for pregnant women, such approach has been highly fragile. The objective of this study was to investigate the effect of educational interventions based on the Transtheoretical Model in the nursing mothers' perception about the pros and cons of breastfeeding. This is an uncontrolled intervention study, in which 233 women enrolled in the public health system units were divided into two groups, intervention and comparison. Those who agreed to participate in the study completed a questionnaire translated and adapted culturally incorporating the constructs decisional balance, which identifies the pros and cons of breastfeeding; stages of change and processes of change. The last two constructs were investigated aiming the targeting of interventions. The interventions were implemented through a flipchart. The effect of the intervention was verified by investigating changes in maternal behavior, in other words evaluation of the decision to balance before and after intervention. The scores decisional balance the groups were compared using the Mann-Whitney test. The total score of the cons was lower in the intervention group than in the comparison group, although this difference was marginally significant ($p=0.053$). The intervention group had significantly lower scores in cons "to breastfeed is old fashioned and tacky" ($p=0.021$); "I would be embarrassed if someone saw me giving breastfeed" ($p=0.047$) and "or crosses my mind that I know all about breast feeding chest" ($p=0.045$). In general, the average of the pros scores in the intervention group were higher than the average of the comparison group pros scores, especially those related to the benefits of breastfeeding for mother (4.19 versus 4.09), the protection provided by breast milk

against diseases and allergies (4.40 versus 4.26) and the nutritional superiority of breast milk (4.43 versus 4.35). However, the differences between the groups were not significant ($p>0.05$). The educational intervention based on the Transtheoretical Model reduced breastfeeding perception of barriers and improved awareness of pros to breastfeeding.

Keywords: Educational interventions, Transtheoretical Model, Breastfeeding Benefits, Barriers, Mothers.

Introdução

A amamentação é reconhecida como uma prática complexa, permeada por condicionantes sociais, políticos, históricos e culturais como os mitos, crenças e valores que são repassados através das gerações (ALMEIDA, 1999; ALMEIDA; NOVAK, 2004; MARQUES *et al.*, 2010; BERNARDI; CARRARO, 2014). Portanto, não se pode restringir a amamentação a um simples ato fisiológico (ALMEIDA 1999; BRASIL, 2009). Embora a amamentação seja considerada um fenômeno multidimensional, nas ações assistenciais às gestantes, tal abordagem tem se apresentado bastante fragilizada (ROCHA *et al.*, 2010).

A percepção negativa que algumas mulheres têm em relação ao aleitamento materno não deve ser negligenciada e nem considerada como fator impeditivo para a prática da amamentação (ARANTES, 1995; MARQUES; PEREIRA, 2010). Sendo assim, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar na mulher os aspectos envolvidos na tomada de decisão sobre a amamentação (TAKUSHI *et al.*, 2008), e atuar de forma apropriada para ajudá-la na superação das barreiras identificadas (MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009), que já estão bem elucidadas na literatura (KLOEBLEN; THOMPSON; MINER, 1999; RAMOS; ALMEIDA, 2003; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011; BESORE, 2014; SUSILORETNI *et al.*, 2014).

Ramos e Almeida (2003) apontam a ambiguidade da mulher na tomada de decisão sobre a amamentação, onde ela deseja em princípio amamentar, porém, num segundo momento, reflete sobre suas consequências positivas e negativas. Como aspecto positivo elas assinalam o contato físico como sendo prazeroso, uma vez que possibilita maior ligação afetiva entre ela e a criança (ARANTES, 1995) e como

negativos o cansaço físico, limitações nas funções cotidianas e sexuais, e a necessidade de auxílio externo (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

As crenças e os tabus, também, podem exercer influência na decisão da mulher em amamentar ou não e no tempo de duração dessa prática (ANDRADE *et al.*, 2009). Dessa forma, a tomada de decisão sobre a amamentação nem sempre é vivenciada de forma tranquila pelas mulheres (ALMEIDA; NOVAK, 2004; MONTEIRO, 2006), e se manifesta ainda no período gestacional.

Desta forma, a consulta pré-natal é um momento favorável para a promoção do aleitamento materno (SUSIN *et al.*, 1998; PRIMO; CAETANO, 1999; TEIXEIRA *et al.*, 2013; PITTS; SPENCER, 2015) e realização de atividades com a mulher, de forma individualizada, que incluam a investigação da percepção das mães em relação à amamentação (CARRASCOZA *et al.*, 2011), discussão e esclarecimento de questões únicas para cada uma delas (BRASIL, 2000; ANDRADE *et al.*, 2009).

Neste sentido, a implementação de intervenções baseadas no construto equilíbrio de decisão do Modelo Transteórico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984) aumentam a compreensão do comportamento materno relacionado à amamentação (HUMPHREYS; THOMPSON; MINER, 1998) e possibilitam a identificação dos prós e contras na perspectiva da mulher. Assim, por meio da intervenção, o profissional de saúde pode auxiliar a mulher na busca da resolução de barreiras que podem levar ao abandono do aleitamento materno exclusivo, melhorando, desta forma, a percepção da mulher quanto aos contras relacionados à amamentação.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi verificar o efeito de intervenções educativas baseadas no Modelo Transteórico na percepção de prós e contras de nutrízes frente à amamentação.

Métodos

Desenho do estudo e amostra

Um estudo de intervenção não controlado, com avaliação pré e pós-intervenção do construto equilíbrio de decisão do Modelo Transteórico, foi conduzido no pré-natal com gestantes e no pós-parto com nutrízes do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

As gestantes atendidas nas Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) constituíram o grupo intervenção. Por questões éticas, o grupo comparação recebeu uma

intervenção mínima, e foi composto por gestantes atendidas em uma única unidade de saúde (Policlínica Municipal de Viçosa). Foram excluídas da amostra gestantes com teste HIV positivo, por ser uma condição impeditiva para amamentação (WHO, 2009).

Estimou-se 147 gestantes em cada grupo considerando a prevalência nacional de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de 41% (BRASIL, 2009); um aumento de 20% nesta prevalência para o grupo que recebeu a intervenção (SUSIN *et al.*, 1998; BARROS *et al.*, 2002; WEIGERT *et al.*, 2005); nível de significância de 5% e poder do estudo igual a 80%. Acrescentou-se ao número estimado 30% para prováveis perdas e 20% para o controle de fatores de confusão. Concluíram o estudo 113 mulheres do grupo intervenção e 120 mulheres do grupo comparação, representando 23,1% e 18,4% de perdas de seguimento, respectivamente. Os motivos das perdas estão apresentados na Figura 1.

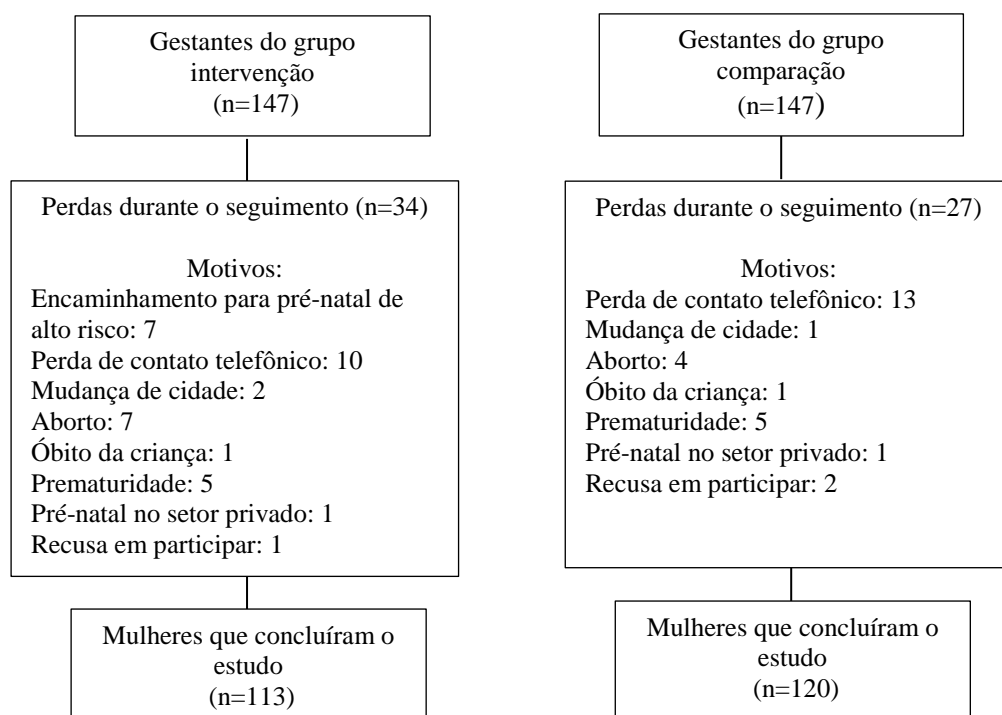


Figura 1: Distribuição dos motivos das perdas de acordo com os grupos intervenção e comparação. Viçosa, MG, 2013-2014.

Coleta de dados

O estudo ocorreu em três fases: pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção; e foi conduzido por uma equipe de cinco pesquisadoras treinadas para a coleta dos

dados. A primeira e terceira fases foram realizadas com as participantes, tanto do grupo intervenção quanto do grupo comparação.

A coleta de dados foi conduzida entre junho de 2013 e setembro de 2014; e os instrumentos utilizados para a mesma foram previamente testados em estudo piloto.

Na fase pré-intervenção, foram coletadas informações por meio de entrevista, realizada na sala de espera no dia da consulta pré-natal, utilizando-se dois questionários. Um questionário semiestruturado foi utilizado para obtenção de dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e quanto à experiência anterior em aleitamento materno. Para a investigação dos construtos do Modelo Transteórico, utilizou-se um questionário traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998) constituído de três sessões.

O equilíbrio de decisão para a amamentação foi utilizado para identificar os prós e contras desta prática na perspectiva das mulheres. As participantes foram orientadas a apontarem seu grau de concordância ou discordância para dez benefícios (prós) e dez barreiras (contras) à amamentação, por meio de uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente). Desta forma, o escore geral de prós e de contras pode variar de 10 a 50. Na avaliação de cada frase afirmativa, um escore inferior a quatro indicou que a mulher discordava de tal afirmação, e um escore igual ou superior a quatro, indicou que a mulher concordava com tal afirmação.

Os prós e os contras para a amamentação estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Prós e contras frente à amamentação.

Prós	Contras
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê	Dar de mamar no peito é “fora de moda”, “cafona”
Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê	Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança
Dar de mamar no peito é bom para mim	Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação
Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal	Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito

Continua

Quadro 1: Continuação

Dar de mamar no peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho	Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído
Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias	Eu acho o leite materno nojento
Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente	Dar de mamar no peito é doloroso
Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso	Dar de mamar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar
Dar de mamar no peito é fácil	Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito
Leite materno é mais barato que outros leites	Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê

Fonte: Humphreys, Thompson e Miner (1998).

Foi realizada investigação dos estágios de mudança de comportamento em que as mulheres se encontravam e dos processos de mudança utilizados por elas, visando orientar a implementação das intervenções.

Para a identificação dos estágios de mudança de comportamento, as gestantes informaram sobre o seu planejamento em amamentar e qual o período que desejavam fazê-lo exclusivamente. Foi solicitado às participantes que escolhessem uma dentre cinco afirmações apresentadas e, em seguida, as mesmas foram classificadas quanto ao seu estágio de mudança de comportamento: pré-contemplação quando desejava oferecer a mamadeira ao seu filho; em contemplação, quando pensava na amamentação de forma exclusiva, mas não tinha certeza se queria fazer isto; em preparação quando a gestante planejava amamentar exclusivamente, mas sem definição da duração de tempo; em ação quando planejava a amamentação exclusiva, por pelo menos um mês, mas sem atingir o sexto mês; e em manutenção, se a gestante planejava amamentar exclusivamente por seis meses.

Os dez processos de mudança foram investigados solicitando à gestante que escolhesse a resposta que melhor representasse o seu sentimento com relação às afirmações contidas no construto, utilizando para isso uma escala Likert com valores de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Cada processo de mudança era representado por duas afirmações.

A segunda fase do estudo foi de implementação das intervenções educativas, a qual foi conduzida por duas pesquisadoras da equipe. As intervenções com as gestantes ocorreram entre julho de 2013 e julho de 2014, em encontros mensais, ao longo do pré-natal, antes do atendimento médico, nas unidades de saúde. Foram realizados em média três encontros durante o pré-natal, variando de um a oito encontros.

A estratégia educacional utilizada foi o diálogo, desenvolvido de forma individual entre a pesquisadora e a gestante e, sempre que possível com a presença de algum representante da sua rede social de apoio. Desta forma, a equipe foi treinada para utilizar a postura de aconselhamento, a qual é preconizada pela WHO (1993) e visa ouvir a mulher, compreendê-la, apoiá-la e ajudá-la na tomada de decisões, aumentando sua autoconfiança e auto-estima.

A intervenção foi realizada de forma individualizada a partir da avaliação do equilíbrio de decisão frente à amamentação, do estágio de mudança e dos processos de mudança identificados no questionário respondido pela gestante no pré-natal.

De acordo com cada estágio de mudança de comportamento identificado foi reforçado um tema que trabalhasse a mudança da mulher e elucidasse suas dúvidas e receios. As estratégias de intervenção foram planejadas considerando as afirmações presentes no questionário traduzido e adaptado transculturalmente de Humphreys, Thompson e Miner (1998) e/ou na descrição dos processos de mudança.

Para as mulheres classificadas no estágio de preparação foram usadas estratégias relacionadas aos processos de autoliberação, liberação social, controle de estímulos e contracondicionamento. Para as gestantes classificadas no estágio de ação foi privilegiado o uso de estratégias relacionadas aos processos de administração de contingências, suporte social, autoliberação, contracondicionamento e controle de estímulos. As estratégias relacionadas aos processos de contracondicionamento, controle de estímulos e suporte social foram usadas para as mulheres classificadas em manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Em relação ao equilíbrio de decisão, ao identificar que a gestante concordava com um contra e/ou discordava de um pró à amamentação, buscou-se auxiliá-la na superação das barreiras identificadas.

Também, levou-se em consideração as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1998) sobre o preparo da mulher para a amamentação na atenção pré-natal.

Para implementação das intervenções foi elaborado um álbum seriado com figuras e linguagem adequadas ao público-alvo. Como material de apoio foram

incluídos um boneco de pano, um modelo de mamas (“mama cobaia”) e folhetos informativos sobre os perigos do uso da mamadeira e sobre as diferenças nutricionais entre o leite materno, fórmula infantil e mingaus. Tanto o álbum seriado quanto os folhetos foram elaborados especialmente para esse estudo.

Para o grupo comparação, em cumprimento à ética na pesquisa, ao final da entrevista na primeira fase do estudo, foi entregue um folheto contemplando os benefícios do aleitamento materno para a mãe e o filho; as desvantagens do uso das fórmulas infantis; os riscos do uso do leite de vaca no primeiro ano de vida; e o posicionamento e pega no ato da amamentação. Esse folheto foi elaborado sem considerar a identificação dos construtos do Modelo Transteórico.

Na terceira fase, pós-intervenção, o construto equilíbrio de decisão foi reaplicado, a fim de avaliar a mudança de comportamento da mulher frente à amamentação. Foram coletadas, também, informações sobre alimentação, dados obstétricos e neonatais, por meio de questionário semiestruturado. Essa fase ocorreu durante o puerpério, preferencialmente até 15 dias de vida do recém-nascido, no setor de imunização do município, por ocasião da realização do teste do pezinho. Na impossibilidade da ida da mãe ao teste, a entrevista foi realizada em visitas domiciliares ou por telefone, a critério da nutriz. Nessa fase foram reforçadas as orientações, em especial sobre a pega e posicionamento. Quando necessário a nutriz foi encaminhada para tratamento especializado.

As informações sobre o tipo de aleitamento materno foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas (BRASIL, 2009). Considerou-se aleitamento materno exclusivo quando os recém-nascidos eram alimentados somente com leite materno; sendo admitido medicamentos ou suplementos de vitaminas e minerais na forma de gotas ou xaropes. Aleitamento materno predominante quando o leite materno era a principal fonte de alimento da criança, mas a mãe já havia oferecido chás, água e/ou sucos ao recém-nascido; e aleitamento materno quando a mãe estava ofertando leite materno ao seu filho, independente de estar oferecendo ou não outros alimentos (WHO, 2007).

A participação foi mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética para seres humanos da Universidade Federal de Viçosa, sob o protocolo 412.814/2013.

Análises dos dados

A normalidade das variáveis foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foram utilizadas frequências, medidas de tendência central e dispersão para descrição das características das participantes. Para a comparação dos grupos empregou-se o teste do Qui-quadrado para variáveis categóricas.

O efeito da intervenção foi avaliado por meio da verificação de mudanças no comportamento materno, ou seja, avaliação do construto equilíbrio de decisão, antes e após intervenção. Os escores do equilíbrio de decisão dos grupos foram comparados utilizando o teste de Mann-Whitney. No grupo comparação houve dois questionários incompletos, portanto, as análises do equilíbrio de decisão foram baseadas nos dados de 118 mulheres.

Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico *Statistical Program for Social Science (SPSS) for Windows* versão 22.0.

Resultados

Na Tabela 1 são apresentadas as características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno do grupo intervenção e do grupo comparação. Conforme recomendado, não houve diferença significativa entre os grupos quanto a essas características basais ($p > 0,05$), evidenciando a semelhança entre os mesmos.

A média de idade das gestantes do grupo intervenção foi 24,1 (6,7); variando de 14 a 41 anos. Em relação à escolaridade, no grupo comparação as gestantes tinham em média 9,3 (2,8) anos de estudo. A mediana da renda per capita no grupo intervenção e no grupo comparação foi R\$ 339,0 e R\$ 362,0, respectivamente. Verificou-se que das 233 gestantes avaliadas, 44,2% estavam no segundo trimestre de gestação, e mais da metade eram primíparas.

Tabela 1: Características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno das gestantes atendidas pelo sistema público de saúde. Viçosa, MG, 2013-2014.

	Total		Grupo comparação		Grupo intervenção		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
<20	65	27,9	26	21,7	39	34,5	0,088
≥ 20 a 34	149	63,9	84	70,0	65	57,5	
≥ 35	19	8,2	10	8,3	9	8,0	
Escolaridade (anos)							
0-4	11	4,7	6	5,0	5	4,4	0,789
5-8	71	30,5	33	27,5	38	33,6	
9-11	131	56,2	70	58,3	61	54,0	
≥12	20	8,6	11	9,2	9	8,0	
Situação conjugal							
Com companheiro	168	72,1	87	72,5	81	71,7	0,889
Sem companheiro	65	27,9	33	27,5	32	28,3	
Trabalho materno							
Sim	89	38,2	41	34,2	48	42,5	0,192
Não	144	61,8	79	65,7	65	57,5	
Renda per capita							
≤ ½ SM	113	49,3	53	44,9	60	54,1	0,167
> ½ SM	116	50,7	65	55,1	51	45,9	
Foi amamentada							
Sim	195	83,7	98	81,7	97	85,8	0,688
Não	24	10,3	14	11,7	10	8,8	
Não sabe	14	6,0	8	6,6	6	5,4	
Experiência anterior em aleitamento materno)							
< 24 meses	70	65,4	38	66,7	32	64,0	0,772
≥ 24 meses	37	34,6	19	33,3	18	36,0	

SM - salário mínimo; SM: R\$ 678,00. Teste do Qui-quadrado.

Com relação às práticas alimentares não houve diferença significativa entre os grupos. No grupo intervenção as taxas de aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante; e aleitamento materno mais fórmula infantil foram 69,0%, 10,6% e 20,4%, respectivamente. No grupo comparação essas taxas foram de 75,8%, 9,2% e 15,0%, respectivamente.

Como pode ser observado na Tabela 2, na avaliação pré-intervenção não houve diferença significativa entre as gestantes dos dois grupos quanto à média do escore geral

de contras ($p=0,620$) e à média do escore geral de prós ($p=0,875$). Após a intervenção, a média do escore geral de prós não diferiu entre os grupos ($p=0,599$). A média do escore geral de contras foi menor no grupo intervenção do que no grupo comparação, contudo essa diferença foi marginalmente significativa ($p=0,053$).

Tabela 2: Médias dos escores gerais de prós e contras à amamentação dos grupos nos períodos pré e pós-intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.

Equilíbrio de decisão	Pré-intervenção					Pós-intervenção				
	Grupo comparação (n=118)		Grupo intervenção (n=113)		P	Grupo comparação (n=118)		Grupo intervenção (n=113)		P
	Média (escore geral)	Desvio padrão	Média (escore geral)	Desvio padrão		Média (escore geral)	Desvio padrão	Média (escore geral)	Desvio padrão	
Contras	28,05	3,43	28,12	3,11	0,619	27,83	3,03	26,84	3,37	0,053
Prós	38,39	3,47	39,43	2,43	0,874	41,03	3,41	41,19	3,42	0,598

Teste de Mann-Whitney.

Na avaliação de cada pró e contra à amamentação (Tabela 3), nota-se que no momento pré-intervenção não houve diferença significativa entre os grupos em relação às médias dos escores. Na avaliação pós-intervenção, o grupo intervenção apresentou médias dos escores significativamente menores nos contras “dar de mamar no peito é fora de moda e cafona” ($p=0,021$); “eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito” ($p=0,047$) e “nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito” ($p=0,045$). Nos demais contras, as médias dos escores do grupo intervenção foram menores ou iguais às médias dos escores do grupo comparação, porém não significativamente ($p>0,05$). Deve-se salientar que os contras com maiores médias de escores foram as afirmativas “dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança” (3,99; nos dois grupos) e “dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação” (3,76 *versus* 3,79; grupo intervenção e comparação, respectivamente). Em todas as afirmativas que representavam os contras, as médias dos escores foram inferiores a quatro, ou seja, as nutrizes não concordaram que tais afirmativas eram barreiras à prática da amamentação.

De uma maneira geral, as médias dos escores de prós do grupo intervenção foram maiores do que as médias dos escores de prós do grupo comparação, especialmente naqueles relacionados aos benefícios do aleitamento materno para a mãe (4,19 *versus* 4,09), à proteção fornecida pelo leite materno contra doenças e alergias

(4,40 *versus* 4,26) e à superioridade nutricional do leite materno (4,43 *versus* 4,35). No entanto, as diferenças entre os grupos não foram significativas ($p>0,05$). É importante destacar que as nutrizes não concordaram que as afirmativas “fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal” e “dar de mamar no peito é fácil” eram prós à amamentação.

Conforme pode ser observado na Tabela 4, as mulheres do grupo intervenção que estavam em aleitamento exclusivo ou predominante não apresentaram contras à amamentação, já as mulheres do grupo comparação concordaram que ficar à disposição da criança é um contra à amamentação. No grupo intervenção as médias dos escores das afirmativas “dar de mamar no peito faz o peito ficar caído” ($p=0,034$); e “nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito” ($p=0,031$) foram significativamente menores em relação às médias dos escores do grupo comparação. As nutrizes dos dois grupos que estavam em aleitamento materno exclusivo ou predominante apresentaram sete prós à amamentação. No grupo intervenção, a maioria das médias dos escores de prós foi superior às médias dos escores do grupo comparação. Nos dois grupos, o pró à amamentação que apresentou maior média do escore (4,44 e 4,38; no grupo intervenção e comparação, respectivamente) foi a afirmativa “leite materno é o alimento mais saudável para o bebê”.

As nutrizes do grupo intervenção que ofertavam ao seu filho leite materno mais fórmula infantil, apontaram como contras à amamentação ter que ficar à disposição da criança e a mudança em sua alimentação. Entretanto, as nutrizes do grupo comparação não apresentaram contras à amamentação. No tocante aos prós, as nutrizes dos dois grupos apresentaram oito prós à amamentação. Como pode ser notado, não houve diferença significativa entre às médias dos escores de prós do grupo intervenção e grupo comparação. No entanto, na maioria dos prós à amamentação, o grupo intervenção apresentou médias dos escores maiores do que às médias dos escores do grupo comparação. As nutrizes dos dois grupos, não concordaram que a afirmativa “dar de mamar no peito é fácil” era um pró à amamentação. Entre as afirmativas que representavam os prós à amamentação, essa afirmativa apresentou a menor média de escore (3,30 e 3,29; no grupo intervenção e comparação, respectivamente).

Tabela 3: Médias dos escores de prós e contras à amamentação dos grupos nos períodos pré e pós- intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.

Equilíbrio de decisão	Grupo comparação§ (n=118)		Grupo intervenção§ (n=113)		p	Grupo comparação§§ (n=118)		Grupo intervenção§§ (n=113)		p
	Média (escore)	Desvio padrão	Média (escore)	Desvio padrão		Média (escore)	Desvio padrão	Média (escore)	Desvio padrão	
Contras										
Dar de mamar ser fora de moda	1,69	0,46	1,72	0,51	0,865	1,84	0,39	1,71	0,46	0,021*
Ter que ficar à disposição da criança	3,86	1,01	3,96	0,80	0,736	3,99	0,86	3,99	0,79	0,765
Mudar a alimentação	3,64	0,93	3,68	0,93	0,698	3,79	0,90	3,76	0,82	0,588
Sentir vergonha de amamentar em público	2,12	0,82	2,01	0,83	0,208	2,10	0,74	1,94	0,71	0,047*
Ficar com o peito caído	2,92	0,97	2,94	1,01	0,841	2,78	0,94	2,57	1,00	0,090
Leite materno ser nojento	2,29	0,91	2,35	0,91	0,865	2,25	0,81	2,12	0,80	0,144
Dar de mamar ser doloroso	3,13	1,05	2,94	1,08	0,446	3,09	1,08	2,90	1,05	0,174
Não poder voltar a trabalhar	2,18	0,80	2,18	0,80	0,934	2,20	0,75	2,12	0,84	0,175
Não saber tudo sobre amamentação	3,93	0,69	3,92	0,75	0,931	3,84	0,68	3,63	0,80	0,045*
Seios serem pequenos	2,40	0,98	2,42	1,02	0,823	2,16	0,80	2,10	0,87	0,270
Prós										
Leite materno ser o alimento mais saudável	4,45	0,50	4,42	0,50	0,710	4,35	0,53	4,43	0,50	0,253
Ser bom para o bebê	4,29	0,45	4,32	0,47	0,615	4,25	0,54	4,28	0,45	0,794
Ser bom para a mulher	3,86	0,74	4,00	0,71	0,126	4,09	0,54	4,19	0,41	0,246
As fraldas não cheirarem tão mal	3,27	0,79	3,24	0,82	0,895	3,79	0,73	3,65	0,78	0,152
Sentir-se mais perto do filho	4,36	0,48	4,34	0,47	0,754	4,29	0,64	4,30	0,52	0,785
Proteção contra doenças	4,38	0,49	4,35	0,53	0,790	4,26	0,56	4,40	0,49	0,090
Útero voltar ao tamanho normal mais rápido	3,53	0,68	3,58	0,67	0,557	4,04	0,58	4,14	0,46	0,202
Ajudar na perda de peso	3,80	0,78	3,80	0,75	0,915	3,99	0,58	4,00	0,60	0,717
Ser fácil	3,21	0,99	3,15	0,97	0,599	3,48	0,95	3,42	0,92	0,565
Ser mais barato	4,24	0,58	4,24	0,64	0,807	4,31	0,52	4,37	0,63	0,224

Teste Mann-Whitney. * $p < 0,05$. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente). § Pré-intervenção. §§ Pós-intervenção.

Tabela 4: Médias dos escores de prós e contras à amamentação dos grupos nos períodos pré e pós- intervenção, segundo o tipo de aleitamento. Viçosa, MG, 2013-2014.

	Aleitamento Materno Exclusivo ou Predominante					Aleitamento Materno mais Fórmula Infantil				
	Grupo comparação (n=101)		Grupo intervenção (n=90)		p	Grupo comparação (n=17)		Grupo intervenção (n=23)		p
Equilíbrio de decisão	Média (escore)	Desvio padrão	Média (escore)	Desvio padrão		Média (escore)	Desvio padrão	Média (escore)	Desvio padrão	
Contras										
Dar de mamar ser fora de moda	1,81	0,39	1,70	0,46	0,072	1,94	0,43	1,74	0,45	0,169
Ter que ficar à disposição da criança	4,01	0,84	3,96	0,81	0,515	3,94	1,03	4,13	0,69	0,790
Mudar a alimentação	3,73	0,55	3,68	0,83	0,530	3,88	0,99	4,09	0,67	0,697
Sentir vergonha de amamentar em público	2,00	0,93	1,93	0,75	0,127	2,41	1,12	1,96	0,56	0,249
Ficar com o peito caído	2,78	0,72	2,49	0,95	0,034*	2,82	0,95	2,87	1,14	0,906
Leite materno ser nojento	2,14	1,08	2,13	0,80	0,722	2,65	1,06	2,09	0,85	0,062
Dar de mamar ser doloroso	3,01	0,73	2,93	1,06	0,625	3,29	0,99	2,78	1,04	0,122
Não poder voltar a trabalhar	2,22	0,65	2,16	0,89	0,214	1,94	0,43	2,00	0,60	0,906
Não saber tudo sobre amamentação	3,83	0,66	3,57	0,85	0,031*	3,88	0,86	3,87	0,55	0,652
Seios serem pequenos	2,09	0,89	2,06	0,83	0,315	2,29	1,05	2,26	1,01	0,957
Prós										
Leite materno ser o alimento mais saudável	4,38	0,49	4,44	0,50	0,340	4,29	0,47	4,39	0,50	0,529
Ser bom para o bebê	4,26	0,50	4,27	0,44	0,960	4,35	0,49	4,35	0,49	0,974
Ser bom para a mulher	4,12	0,50	4,17	0,40	0,599	4,12	0,49	4,26	0,45	0,364
As fraldas não cheiram tão mal	3,83	0,65	3,66	0,81	0,209	3,47	1,07	3,61	0,66	0,916
Sentir-se mais perto	4,37	0,48	4,30	0,53	0,461	4,18	0,73	4,30	0,47	0,737
Proteger contra doenças	4,31	0,48	4,39	0,49	0,262	4,35	0,49	4,43	0,51	0,606
Útero voltar ao tamanho normal mais rápido	4,02	0,53	4,10	0,43	0,273	4,24	0,56	4,30	0,56	0,699
Ajudar na perda de peso	3,94	0,58	3,98	0,58	0,486	4,29	0,47	4,09	0,67	0,356
Ser fácil	3,50	0,94	3,46	0,89	0,664	3,29	1,05	3,30	1,06	0,976
Ser mais barato	4,34	0,47	4,34	0,66	0,491	4,35	0,49	4,48	0,51	0,434

Teste Mann-Whitney. * p < 0,05. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente).

Discussão

O estudo mostrou que as intervenções baseadas no Modelo Transteórico resultaram em efeito positivo na redução da percepção de barreiras à amamentação, evidenciado pelo menor escore geral de contras do grupo intervenção. Esses resultados se assemelham aos encontrados no estudo de Salehi, Mohammad e Montazeri (2011), que demonstraram redução da percepção de contras para o aumento do consumo de frutas e verduras em idosos iranianos.

Estudos apontam que o trabalho materno fora de casa (STEWART-KNOX; GARDINER; WRIGHT, 2003; CARRASCOZA *et al.*, 2011; SALUSTIANO *et al.*, 2012) e a preocupação com a estética dos seios (MOURA, 1997; ICHISATO; SHIMO, 2001; MACHADO *et al.*, 2004; OSIS *et al.*, 2004) são barreiras à amamentação associadas à interrupção do aleitamento materno. No entanto, na avaliação dos contras à amamentação, as afirmativas relacionadas ao trabalho e à estética apresentaram média de escore inferior a quatro, indicando que as mulheres deste estudo não concordaram que tais afirmativas eram barreiras à prática da amamentação. Merece ser mencionado que apenas 38,0% das mulheres trabalhavam fora de casa, o que provavelmente contribuiu para que essas mulheres não o percebessem como um contra à amamentação.

Embora ambos os grupos tenham apresentado escore abaixo de quatro para todas as afirmativas dos contras, ou seja, discordavam destas afirmações, ao se avaliar esse grau de discordância, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos.

No contra “dar de mamar no peito é fora de moda, cafona” a média do escore foi significativamente menor no grupo intervenção em relação ao grupo comparação. Entre todos os contras, essa afirmativa foi a que apresentou a menor média de escore (1,71 e 1,84; no grupo intervenção e comparação, respectivamente). Ademais, ao serem questionadas quanto à concordância ou discordância com relação a esse contra, as mulheres estranhavam a pergunta e por vezes expressaram riso ao ouvi-la, evidenciando que para esse grupo estudado a amamentação é uma prática aceita e reconhecida pela sociedade. O fato de 84,0% das mulheres terem sido amamentadas quando crianças pode ter contribuído para esse comportamento diante da pergunta. No estudo de Primo e Caetano (1999) a amamentação foi percebida pelas mães das nutrizes como uma tradição familiar transmitida através das gerações. Bottaro e Giugliani (2008) confirma esse achado ao mostrar que a prática da amamentação é socialmente aceita e valorizada desde a infância. Comumente, as mulheres verbalizam uma ideia positiva com relação

ao aleitamento materno (CARRASCOZA *et al.*, 2011), possivelmente por se apropriarem e reinterpretarem o discurso médico (NAKANO, 2003).

A menor média no escore do contra “nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito” pode indicar que a intervenção aumentou os níveis de conhecimento dessas mulheres acerca do aleitamento materno e as empoderou. Esse resultado é relevante, visto que segundo Susiloretni *et al.* (2014) níveis elevados de conhecimento sobre o aleitamento materno está associado positivamente com a duração do aleitamento materno exclusivo.

O conhecimento adquirido e o empoderamento das mulheres do grupo intervenção podem, também, ter contribuído para a menor média no escore do contra “eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito”, indicando que no presente estudo a amamentação em público não foi considerado um constrangimento para as mulheres. Contrapondo esse resultado, um estudo com mães, realizado nos Estados Unidos, encontrou que a amamentação em público é considerada uma barreira à amamentação para 61,0% das participantes (McCANN; BAYDAR; WILLIAMS, 2007). Lou *et al.* (2014) alerta para outro aspecto que é o constrangimento por parte das pessoas no entorno da mulher que amamenta. Em seu estudo com universitários chineses, a taxa de aceitação do aleitamento materno em público foi baixa, 34,7%. Essa percepção negativa das pessoas com relação à amamentação em público pode se tornar uma barreira para a mulher, e revela a percepção frente ao ato de amamentar própria de uma cultura (BESORE *et al.*, 2014). No estudo de Ramos e Almeida (2003) a vergonha de amamentar em público não foi um fator considerado impeditivo para a amamentação entre as mulheres que realizaram introdução precoce de outro leite.

Mesmo que a intervenção tenha resultado em efeito positivo na redução da percepção dos contras, a afirmativa “dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação” permaneceu com elevada média de escore, significando que a necessidade de mudar a alimentação era vista como uma barreira. No entanto, é importante ponderar sobre este resultado considerando-se a forma como as participantes responderam a esta afirmativa, pois era comum destacarem a importância de uma alimentação saudável, sendo incisivas sobre a necessidade da mudança de hábitos. Esta condição indica que elas compreendiam a importância da alimentação materna na lactação, porém isso significava uma barreira à amamentação. De outra forma, considera-se que estas mulheres não compreenderam que suas respostas para esta afirmativa seria dizer o quanto o fato de ter que mudar a alimentação era um problema

para elas, e suas respostas foram baseadas na concordância quanto à necessidade da mudança da alimentação. Também o fato de saberem que as entrevistadoras são nutricionistas pode ter influenciado nesta resposta.

A intervenção educativa baseada no Modelo Transteórico auxiliou a mulher na resolução de barreiras e pode ter contribuído para o seu empoderamento. No entanto, não alterou a sua percepção da amamentação como um fardo, evidenciada pela elevada média de escore na afirmativa “dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança”. Essa suposição difere dos achados do estudo de Nakano (2003), no qual estar em função da criança durante a amamentação era uma situação que a maioria das mulheres priorizava e acostumava-se.

As nutrizes apresentaram percepções positivas em relação à prática do aleitamento materno. No entanto, deve-se salientar que na avaliação pré-intervenção dos dois grupos as médias dos escores de prós já eram elevadas, o que pode ter contribuído para a ausência de diferença significativa entre os grupos após a intervenção. Ressalta-se que a intervenção pode ter aumentado a percepção da nutriz quanto à superioridade nutricional do leite materno e à proteção fornecida contra doenças e alergias, evidenciada nas maiores médias dos escores de prós no grupo que recebeu a intervenção. Esses achados estão de acordo com alguns estudos, nos quais as mulheres reconhecem o leite como melhor alimento para o bebê (NAKANO, 2003; RAMOS; ALMEIDA, 2003; MARQUES; COTTA; ARAÚJO, 2009) e o seu papel na prevenção de doenças na infância e na vida adulta (McCANN; BAYDAR; WILLIAMS, 2007; FROTA *et al.*, 2009). Estes estudos verificaram que as mulheres consideram a criança como única beneficiada pelo aleitamento materno ou atribuem menor relevância aos benefícios do aleitamento materno a sua saúde (NAKANO, 2003; FROTA *et al.*, 2009). Por outro lado, as mulheres do presente estudo perceberam, também, os benefícios do aleitamento materno à sua saúde.

As nutrizes não concordaram com a afirmativa “fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal”, indicando que essa percepção do cheiro provavelmente não sofre influência de uma intervenção educativa. Elas, também, não concordaram com a afirmativa “dar de mamar no peito é fácil”, indicando que a intervenção educativa pode auxiliar a mulher na resolução dos problemas, mas a percepção de que amamentar é uma tarefa difícil permanece. Destaca-se que mais da metade das mulheres eram primíparas e a entrevista ocorreu nos primeiros quinze dias de vida do recém-nascido,

momento reconhecidamente crítico devido às dificuldades enfrentadas pela mulher relacionadas à sua confiança na capacidade de amamentar (BUENO; TERUYA, 2004; SOUZA; FERNANDES, 2014). Esses fatores podem ter influenciado a resposta dessas mulheres. Apesar disso, todas as mulheres estavam amamentando no período analisado.

Não foi observada diferença significativa entre os grupos com relação à prática do aleitamento materno, o que já era previsto a partir dos resultados da análise comportamental. Deve-se considerar que por questões éticas foi distribuído ao grupo comparação um folheto com informações sobre a importância do aleitamento materno e orientações sobre como amamentar, o que também pode ter contribuído para essa ausência de diferença significativa entre os grupos. Os achados de Susin *et al.* (1998) podem confirmar essa suposição, já que esses autores mostraram que uma intervenção simples utilizando vídeo abordando tópicos básicos sobre aleitamento materno, um folheto explicativo e livre discussão após o vídeo, pode aumentar o conhecimento das mães sobre aleitamento materno; e conseqüentemente ter efeito positivo nas taxas de amamentação.

Contrariando o que era esperado para o grupo intervenção, nem todas as mulheres estavam em aleitamento materno exclusivo, havendo introdução da fórmula infantil. Apesar da introdução precoce de outro leite, houve predomínio do aleitamento materno exclusivo, 69,0%, frequência semelhante à encontrada pela II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, a qual identificou a probabilidade de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 dias de 67,0% (BRASIL, 2009).

Ao analisar os prós e contras de acordo com a prática de aleitamento materno, as nutrizes do grupo comparação que praticavam o aleitamento materno exclusivo ou predominante apresentaram como contra o fato de ter que ficar à disposição da criança. Já as nutrizes do grupo intervenção não apresentaram contras à amamentação e as médias dos escores das afirmativas “dar de mamar no peito faz o peito ficar caído” e “nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito” foram significativamente menores em relação ao grupo comparação. Esses achados mostram o aumento de conhecimento adquirido pelas nutrizes do grupo intervenção e menor preocupação com a estética. Diferentemente desses resultados, na China, Zhou, Younger e Kearney (2010) encontraram que a metade das mães acreditava que amamentar faz o peito cair e que elas não sabiam o suficiente sobre amamentação.

No presente estudo, entre as nutrizes que amamentavam de forma exclusiva ou predominante, a média do escore da afirmativa “leite materno é o alimento mais

saudável para o bebê” foi a mais elevada, mostrando que para essas mulheres o reconhecimento da superioridade nutricional do leite materno culminou com a prática da amamentação exclusiva. Para as mães chinesas essa é a principal razão para amamentarem (ZHOU; YOUNGER; KEARNEY, 2010).

Embora as mulheres deste estudo sejam pró-amamentação, parte delas ofereceu fórmula infantil aos seus filhos. Esse achado é confirmado por alguns autores que concluíram que, ainda que o conhecimento sobre as propriedades do leite materno, seus benefícios e vantagens seja importante, não é determinante para a manutenção da amamentação, especialmente a exclusiva, haja vista que essa prática é caracterizada como um fenômeno multidimensional (MACHADO; BOSI, 2008; ROCHA *et al.*, 2010).

As nutrizes que ofertaram fórmula infantil ao seu filho não concordaram que dar de mamar no peito é fácil. Além disso, essa afirmativa apresentou a menor média do escore, indicando que, possivelmente, essas mulheres não superaram as barreiras características do período puerperal e optaram por utilizar a fórmula infantil para complementar o leite materno. A mudança da alimentação durante a lactação e ter que ficar à disposição da criança foram considerados contras à amamentação, o que possivelmente ajuda a explicar a ocorrência de mulheres do grupo intervenção oferecendo fórmula infantil ao recém-nascido, visto que a literatura aponta que as restrições à liberdade e à independência estão entre as principais barreiras à amamentação (STEWART-KNOX; GARDINER; WRIGHT, 2003). Esses achados corroboram com os achados de Lou *et al.* (2014) em que 53,4% das participantes do sexo feminino consideraram que o uso da fórmula infantil oferece mais liberdade à mulher.

Sugere-se que sejam realizadas pesquisas que aprofundem o estudo dos prós e contras à amamentação, especialmente buscando compreender as razões do uso da fórmula infantil pelas nutrizes do grupo intervenção. Recomenda-se, também, uma reavaliação dos construtos do questionário utilizado, já que apesar da adaptação transcultural esse instrumento foi elaborado para a população norte-americana que tem uma percepção diferente da população brasileira com relação à amamentação. Sugere-se o aprimoramento da afirmativa “nem me passa pela cabeça que sei tudo sobre dar de mamar no peito”, já que sua construção pode ter influenciado os resultados, visto que dificilmente sabe-se tudo sobre determinado assunto.

Uma limitação do estudo foi a dificuldade para manter uma periodicidade dos encontros com as gestantes, devido ao período de férias dos médicos e encerramento do contrato de alguns médicos que atendiam nas UAPS. Outra limitação foi o intervalo entre as avaliações no pré-natal e no pós-parto, assim sugere-se que haja, também, uma avaliação imediatamente pós-intervenção.

Conclusão

A intervenção baseada no Modelo Transteórico possibilitou assistir às mulheres de forma individualizada, o que refletiu de forma positiva no seu empoderamento, na redução da percepção de barreiras à amamentação, e na melhora da percepção dos prós a essa prática; especialmente nos benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher e na proteção fornecida pelo leite materno contra doenças.

As mulheres deste estudo apresentaram uma postura positiva com relação à amamentação; e essa prática é socialmente aceita e reconhecida por elas. Os resultados mostraram que as mulheres reconheceram o leite materno como o melhor alimento para a criança. Entretanto, o ato de amamentar não foi considerado fácil. Além disso, ficar à disposição da criança para amamentar foi percebido como uma barreira para essas mulheres. Esses aspectos podem ter contribuído para a oferta da fórmula infantil concomitante à amamentação no grupo que recebeu a intervenção. Desta forma, as intervenções educativas devem ser focadas na resolução das barreiras, visto que os prós à amamentação são bem reconhecidos pelas mulheres.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J.A.G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1999.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, p.119-125, 2004.

ANDRADE, M.P.; OLIVEIRA, M.I.V.; FILHO, J.G.B.; ALMEIDA, L.S.; CASTRO E VERAS, M.A. Desmame precoce: vivência entre mães atendidas em unidade básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** (Fortaleza), v.10, n.1, p.104-113, 2009.

ARANTES, C.L.S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.71, n.4, p.195-202, 1995.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v. 20, n.4, p.431-438, 2007.

BARROS, F. C.; SEMER, T.C.; TONIOLI FILHO, S.; VICTORA, C.G. Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.1, p.5-14, 2002.

BERNARDI, M.C.; CARRARO, T.E. Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.1, p. 142-150, 2014.

BESORE, C.T. Barriers to breastfeeding for hispanic mothers. **Breastfeeding Medicine**, v.9 n.7, p. 352-354, 2014.

BOTTARO, S.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Estudo exploratório sobre aleitamento materno entre escolares de quinta série do Ensino Fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1599-1608, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual Técnico**/equipe de elaboração: Janine Schirmer *et al.* - 3ª edição -Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.80, n.5, p.126-130, 2004.

CARRASCOZA, K.C.; POSSOBON, R.F.; AMBROSANO, G.M.B.; JÚNIOR, A.L.C.; MORAES, A.B.A. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p.4139-4146, 2011.

FROTA, M.A.; MAMEDE, A.L.S.; VIEIRA, L.J.E.S.; ALBUQUERQUE, C.M.; MARTINS, M.C. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, p.895-901, 2009.

HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. **Health Education Research**, v.13, n.3, p.331-341, 1998.

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.5, p.70-76, 2001.

- KLOEBLEN, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Predicting Breast-Feeding Intention among Low-Income Pregnant women: A comparison of two Theoretical Models. **Health Education and Behavior**, v.26, p.674-688, 1999.
- LOU, Z.; ZENG, G.; ORME, J.G.; HUANG, L. LIU, F.; PANG, X.; KAVANAGH, K.F. Breastfeeding Knowledge, Attitudes, and Intention in a Sample of Undergraduate Students in Mainland China. **Journal of Human Lactation**, v.30, n.3, p. 331-339, 2014.
- MACHADO, A.R.M.; NAKANO, A.M.S.; ALMEIDA, A.M.; MAMEDE, M.V. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.2, p.183-187, 2004.
- MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno e Infantil**, v.8, n.2, p.187-196, 2008.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A. Representações sociais das mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso da chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.4, p.562-569, 2009.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2461-2468, 2011.
- MARQUES, D.M.; PEREIRA, A.L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.2, p.214-219, 2010.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R.M.M.; MAGALHÃES, K.A.; SANT'ANA, L.F.R.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R.A. influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1391-1400, 2010.
- MCCANN, M.F.; BAYDAR, N.; WILLIAMS, R.L. Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants. **Journal Human Lactation**, v.23, n.4, p.3143-3124, 2007.
- MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.19, n.5, p.354-362, 2006.
- MOURA, E.F.A. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.73, n.2, p.106-110, 1997.
- NAKANO, A.N.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.355-363, 2003.

- OLIVEIRA, M.C.F.; DUARTE, G.K. O Modelo Transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.19, n.1, p.57-64, 2006.
- OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; PÁDUA, K.S.; HARDY, E.; SANDOVALC, L.E.M.; BENTO, S.F. Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.172-179, 2004.
- PITTS, A.; SPENCER, R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. **Breastfeeding Medicine**, v.10, n.0, p.1-6, 2015.
- PRIMO, C.C.; CAETANO, L.C. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.75, n.6, p.449-455, 1999.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company, 1984.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, p.1102-1114, 1992.
- RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n. 5, p.385-390, 2003.
- ROCHA, N.B.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1293-1305, 2010.
- SALEHI, L., MOHAMMAD, K.; MONTAZERI, A. Fruit and vegetables intake among elderly Iranians: a theory-based interventional study using the five-a-day program. **Nutrition Journal**, v.123, n.10, p.1-9, 2011.
- SALUSTIANO, L.P.Q.; DINIZ, A.L.D.; ABDALLAH, V.O.S.; PINTO, R.M.C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.1, p. 28-33, 2012.
- SOUZA, E.F.C.; FERNANDES, R.A.Q. A autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.5, p.465-470, 2014.
- STEWART-KNOX, B.; GARDINER, K.; WRIGHT, M. What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. **Journal Human Nutrition and Dietetics**, v.16, n.4, p.265-273, 2003.
- SUSILORETNI, K.A.; HADI, H.; PRABANDARI, Y.S.; SOENARTO, Y.S.; WILOPO, S.A. What Works to Improve Duration of Exclusive Breastfeeding: Lessons from the Exclusive Breastfeeding Promotion Program in Rural Indonesia. **Maternal Child Health Journal**, 2014.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KRUMMER, S.C.; MACIEL, M.; BENJAMIN, A.C.W.; MACHADO, D.B.; BARCARO, M.; DRAGHETTI, V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v.74, n.5, p. 368-375, 1998.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; MACHADO, M.A.M.P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.5, p.491-502, 2008.

TEIXEIRA, M.M.; VASCONCELOS, V.M.; SILVA, D.M.A.; MARTINS, E.M.C.S.; MARTINS, M.C.; FROTA, M.A. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.1, p.179-186, 2013.

WEIGERT, E.M.; GIUGLIANI, E.R.; FRANÇA, M.C.; DE OLIVEIRA, L.D.; BONILHA, A.; DO ESPÍRITO SANTO, L.C.; KÖHLER, C.V.F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v.81, n.4, p.310-316, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Breastfeeding counselling: a training course**. Geneva: WHO; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**. Ginebra, WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactente y del niño pequeño**. Ginebra: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes**. Geneva, WHO; 2009.

ZHOU, Q.; YOUNGER, K.M.; KEARNEY, J.M. An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. **BMC Public Health**, v.722, n.10, p.1-11, 2010.

7. CONCLUSÕES GERAIS

O presente estudo propôs uma estratégia inovadora para a assistência à amamentação nos serviços públicos de saúde, que permitiu o delineamento de intervenções individualizadas e mais compatíveis com as necessidades específicas de cada mulher.

As intervenções delineadas com base na avaliação de três construtos do Modelo Transteórico, realizadas durante o pré-natal, mostraram-se efetivas, em especial, na redução da percepção de contras à amamentação, ou seja, dos dificultadores da prática da amamentação ao seio. Houve também, melhora da percepção dos prós à amamentação, principalmente, nos benefícios do aleitamento materno para a saúde do binômio mãe-filho. Ademais, as intervenções aumentaram o nível de conhecimento das mulheres a respeito do aleitamento materno, as empoderou e refletiram positivamente na evolução dentro dos estágios de mudança de comportamento.

No entanto, é importante avaliar o comportamento não somente por meio dos construtos do modelo, mas também, por meio da prática do aleitamento materno, visto que algumas mulheres classificadas no estágio de manutenção não estavam em aleitamento materno exclusivo.

As mulheres deste estudo consideraram o leite materno o melhor alimento para a criança e apresentaram uma postura positiva com relação à amamentação, sendo essa prática socialmente aceita e reconhecida por elas. Apesar disso, manifestaram que o ato de amamentar é uma tarefa difícil, evidenciando que a amamentação é uma prática complexa. Desta forma, as intervenções educativas devem ser focadas na resolução das barreiras, visto que os prós à amamentação são bem reconhecidos pelas mulheres.

A mudança da alimentação durante a lactação e ter que ficar à disposição da criança foram considerados contras à amamentação, indicando que a intervenção educativa não alterou a percepção materna da amamentação como um fardo. Esses aspectos podem ter contribuído para a oferta da fórmula infantil concomitante à amamentação no grupo que recebeu a intervenção.

8. APÊNDICES

8.1. Apêndice A: Questionário semiestruturado para coleta de dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e quanto à experiência pregressa com amamentação

Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde

Número: _____

Dados de identificação:

Nome: _____

Endereço: _____

Pretende mudar de endereço: () sim () não

Telefone: _____ Operadora: _____

Dados socioeconômicos e demográficos:

Data de nascimento: _____

Escolaridade materna: _____

Situação conjugal: () solteira () casada () amigada () separada () viúva

Ocupação: _____

Renda familiar: _____

Total de moradores no domicílio: _____

Chefe da Família: _____ Grau de instrução: _____

Posse de itens

Item	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
TV					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de Lavar					
Videocassete e ou/ DVD					
Geladeira					
Freezer					

Classificação ABEP: _____

Tipo de água: () pública () poço artesiano () nascente () outros

Tipo de esgoto: () público () fossa () céu aberto () outros

Água para beber: () filtrada () mineral () fervida () sem tratamento

Dados obstétricos:

Número de gestações: _____ Número de filhos: _____

IG: _____ DPP: _____

Experiência em relação ao aleitamento materno:

Você amamentou ao seio: () sim () não () não sabe Por quanto tempo: _____

Dados das gestações anteriores (Use 1 sexo masculino e 2 para sexo feminino)

Filhos	Aleitamento materno exclusivo (meses)	Aleitamento materno complementado

Dados de hábitos de vida:

Fumo: () Sim Número de cigarros/dia: _____ () Não

Álcool: () Sim Tipo: _____ Frequência: _____ () Não

8.2. Apêndice B: Questionário para identificação dos construtos do Modelo Transteórico

Modelo Transteórico

Escolha a alternativa que melhor reflete seus desejos com relação à amamentação do seu filho:
() Eu vou oferecer a mamadeira ao meu filho, pois não quero dar de mamar no peito exclusivamente.
() Eu penso em dar de mamar no peito exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.
() Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.
() Eu desejo tentar dar de mamar no peito exclusivamente por pelo menos um mês, mas não acredito que vá durar 6 meses.
() Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente ao meu filho até os seis meses.

Marque a descrição que melhor represente seu sentimento com relação às afirmações:

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Aumento da consciência	Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito					
	Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito					
Autoliberação	Eu penso comigo mesma que sou capaz de dar de mamar no peito se eu quiser					
	Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar de mamar no peito ou não					

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Liberação social	Dar de mamar no peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde)					
	Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia					
Autorreavaliação	Eu fico chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira					
	Eu sentirei melhor comigo mesma se eu der de mamar no peito					
Reavaliação ambiental	Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente					
	Pessoas que dão de mamar no peito ajudam a melhorar o meio ambiente					
Contracondicionamento	Quando eu tenho vontade de dar a mamadeira, penso que o bebê vai ser mais saudável se eu der de mamar no peito					

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito					
Controle de estímulos	Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicação sobre dar de mamar no peito					
	Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira					
Administração de contingência	As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu der de mamar no peito					
	Eu ficarei feliz comigo mesma se eu der de mamar no peito					
Alívio dramático	Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada					
	Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam					

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Suporte social	Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando de mamar no peito					
	Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu der de mamar no peito ou se eu der a mamadeira					

Marque a descrição que melhor represente seu sentimento com relação as afirmações:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Dar de mamar no peito é “fora de moda” “cafona”					
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê					
Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança					
Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação					
Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê					
Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído					
Dar de mamar no peito é bom para mim					
Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal					
Eu acho o leite materno nojento					
Dar de mamar no peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho					
Eu acho que dar de mamar no peito é doloroso					
Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias					
Dar de mamar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar					
Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente					
Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso					
Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito					
Dar de mamar no peito é fácil					
Leite materno é mais barato que outros leites					
Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê					

8.3. Apêndice C: Álbum seriado



Aleitamento Materno



Benefícios do leite materno para a criança

- ❖ O leite materno é o alimento natural para a criança e deve ser oferecido desde os primeiros dias de vida
- ❖ Possui todos os nutrientes necessários para a criança crescer e ganhar peso, respeitando a imaturidade do bebê
- ❖ Protege contra diarreia, infecção, alergia, diabetes, pressão alta e obesidade



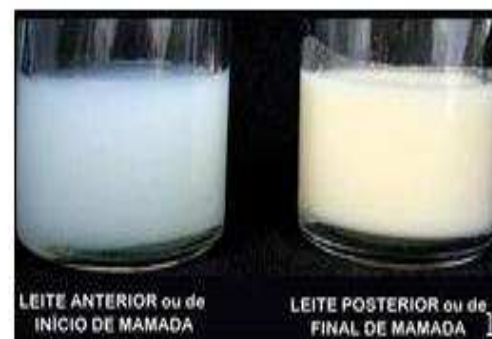
Benefícios do leite materno para a mulher



O leite materno



O leite materno pode variar de cor, dependendo da hora da mamada



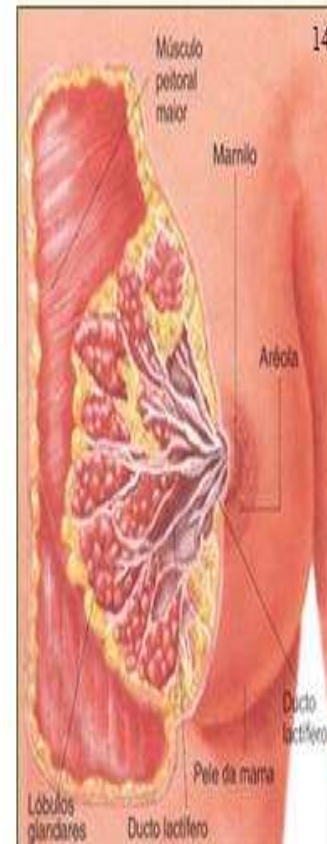
Diferenças entre o Leite Materno, Fórmula Infantil e Leite de Vaca



13

Composição	Leite materno	Fórmula Infantil	Leite de Vaca
Proteínas	Quantidade adequada, fácil de digerir	Segue a composição do leite materno	Quantidade em excesso, difícil de digerir e pode causar alergias
Vitaminas	Quantidade adequada	Segue a composição do leite materno	Deficiente nas vitaminas A e C
Minerais	Quantidade adequada, equilibrada e de fácil aproveitamento pelo organismo da criança	Segue a composição do leite materno, mas é de difícil aproveitamento pelo organismo da criança	Quantidade em excesso, e de difícil aproveitamento pelo organismo da criança
Água	Suficiente (se em aleitamento materno exclusivo)	Necessário oferecer	Necessário oferecer
Substâncias de proteção	Presentes	Ausentes	Ausentes
Substâncias de crescimento	Presentes	Ausentes	Ausentes

A Mama



A Produção do leite depende:



Esvaziamento
da mama

Sentimentos
maternos

Produção do leite



Produção do leite



18

Produção do leite

Reflexo de Ocitocina



19

O aleitamento materno deve ser oferecido em livre demanda, sempre que a criança estiver com fome!



A quantidade de leite que a criança mama depende da sua idade

Idade	Quantidade de Leite
0 - 1 mês	60 - 120 mL
1 - 2 meses	120 - 150 mL
2 - 4 meses	150 - 180 mL
4 - 6 meses	180 - 200 mL
6 - 12 meses	200 mL



Ao nascer



12 meses

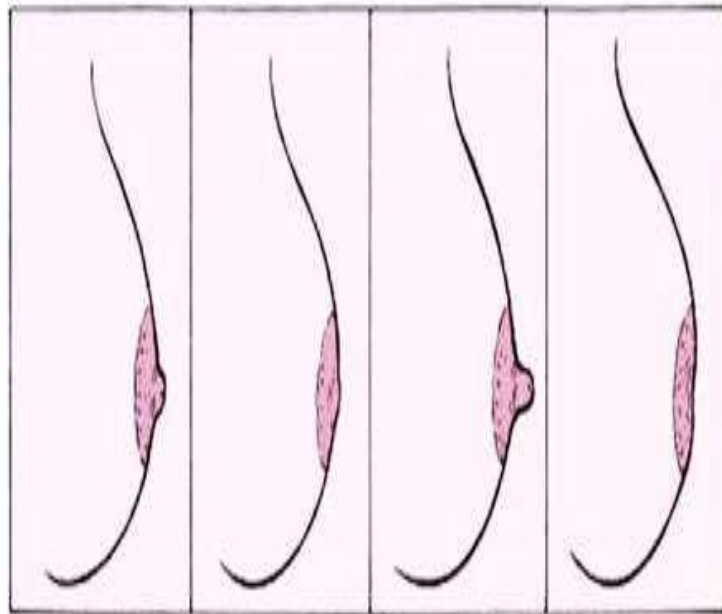
Posicionamento e “pega” do bebê



“Pega” do bebê



O tipo de mamilo não impede a amamentação, pois o importante é a maneira que a criança abocanha a mama



28

A mamadeira confunde a criança na sucção da mama



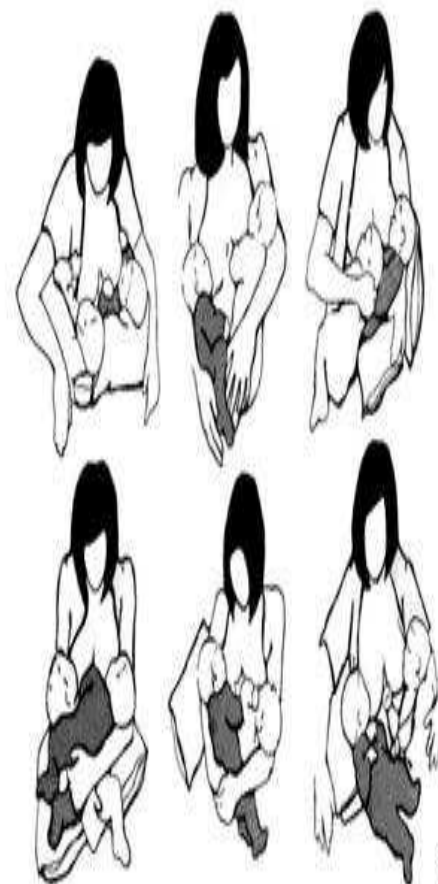
29

Posições para amamentar



30

Posições para amamentar gêmeos



31

“Empedramento” do peito

A melhor forma de evitar e tratar o “leite empedrado” é deixar a criança mamar à vontade e fazer ordenhas para aliviar o peito.



32

Ordenha de alívio



33



34

Se ocorrer febre procure um médico, pois pode indicar o início da mastite.



35

Rachaduras no Mamilo

Como tratar as rachaduras:

Corrigir a posição e a “pega”;

Começar a dar o peito pela mama sem rachadura e depois passar para a mama com rachadura;

Expor as mamas aos raios do sol ou à luz artificial (lâmpada de 40 watts a uma distância de 30 cm);

Aplicar leite humano no mamilo ou usar cremes de tratamento, conforme orientação médica.

Como evitar as rachaduras

As rachaduras no bico do peito ocorrem quando a posição ou a “pega” estão errados.

Para evitar esse problema, a mulher deve manter as mamas enxutas, não deixá-las muito cheias e posicionar a criança corretamente.



Existem leis que protegem as mães trabalhadoras fora do lar

A mulher não pode ser dispensada do trabalho desde a confirmação da gravidez até **5 meses** após o parto.

A licença maternidade pode ser de **4 ou 6 meses**

Converse com o seu patrão!

Até o bebê completar 6 meses:

A mãe pode ter duas pausas de meia hora cada uma para amamentar.

Se morar longe, pode sair 1 hora antes do final da jornada de trabalho.

O pai tem direito à **5 dias** de licença paternidade

Durante o tempo que a mãe estiver no trabalho, a criança pode continuar recebendo o leite materno, que a mãe deixou guardado em casa!

Nos últimos 15 dias da licença, a mãe pode começar a retirar o leite da mama e guardá-lo no freezer ou congelador. A quantidade deve ser suficiente para uma mamada.



37

Como ordenhar o leite do peito

Primeiro prepare a vasilha para guardar o leite ordenhado:

- ❖ Lave uma vasilha de vidro e com tampa plástica (de maionese ou café solúvel) com sabão em água corrente.
- ❖ Coloque a vasilha e a tampa numa panela com água fervente por 15 minutos.
- ❖ Seque somente a parte de fora da vasilha e da tampa com pano limpo, ou deixe escorrer até secar.
- ❖ Feche a vasilha de vidro com a sua tampa plástica.
- ❖ Guarde a vasilha fechada no congelador.

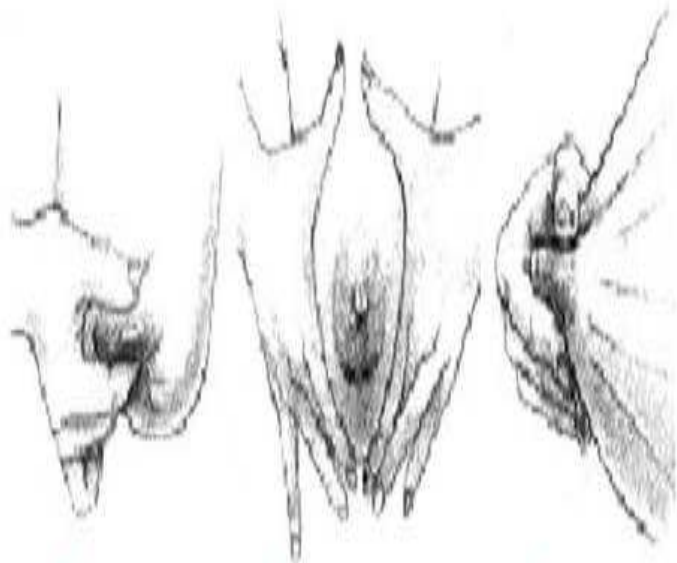


Como ordenhar o leite do peito

- ❖ Aperte os dedos e empurre para trás em direção ao corpo, tentando aproximar a ponta do polegar com os outros dedos até sair o leite.
- ❖ Jogue fora os primeiros jatos de leite e guarde o restante na vasilha que foi fervida.
- ❖ Evite conversar durante a retirada do leite.



Isto NÃO ajuda



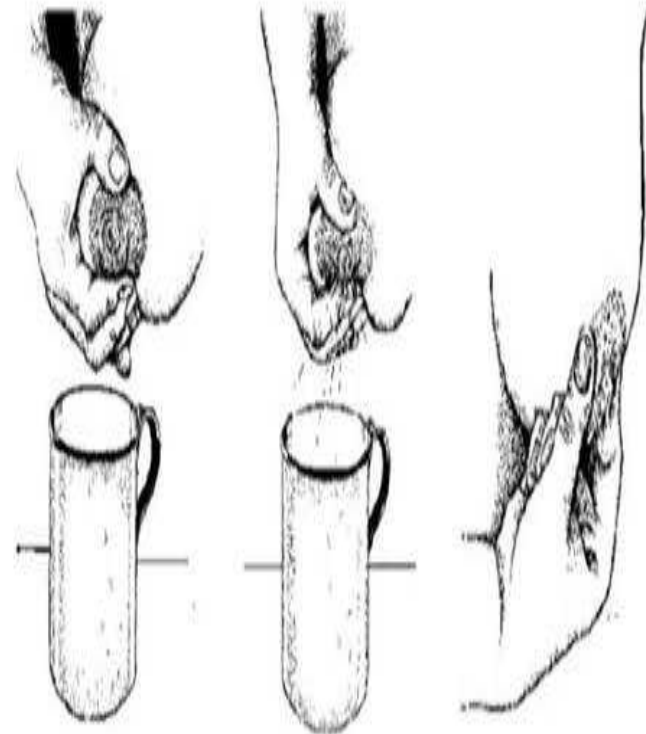
❌ Ordenhar o mamilo

❌ Deslizar os dedos sobre a pele

❌ Puxar ou esticar o mamilo

42

Isto ajuda



43

Como guardar o leite para o seu próprio filho

Na geladeira: 24 horas
No freezer: 30 dias
Fora da geladeira: até 6 horas

Aqueça o leite em banho-maria



Ofereça o leite à criança com colher, copo ou xícara.



46

Você não deve acreditar que...

Dar de mamar faz os peitos caírem.

Todas as vezes que a criança chora, ela está com fome e que o seu leite é pouco.

Criança que nasce antes do tempo ou muito pequena não pode mamar.

Se a criança arrota mamando, o peito pode inflamar ou o leite secar.

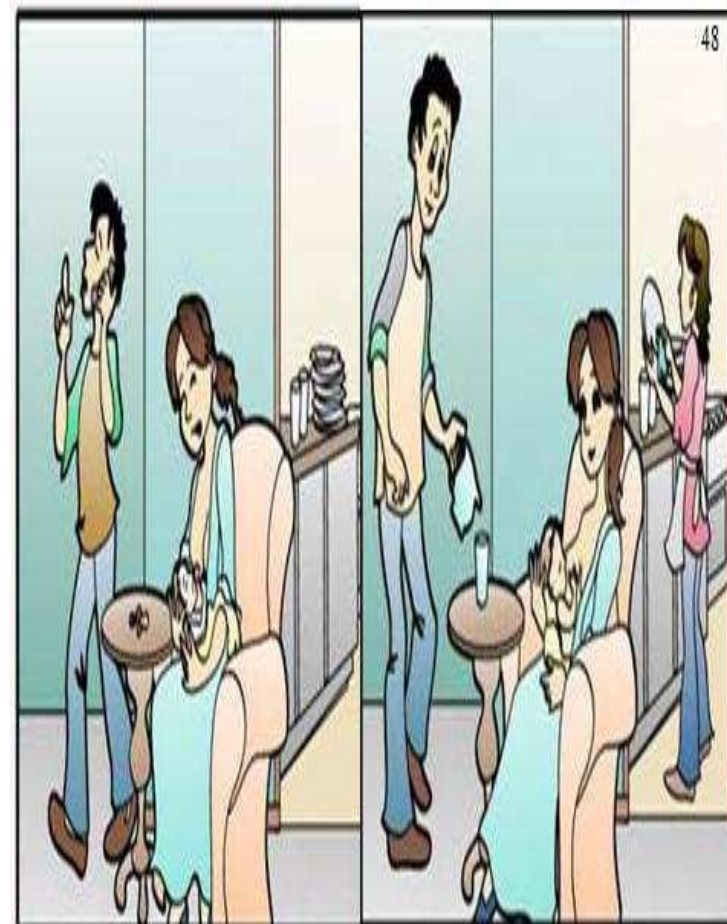
Mãe que trabalha fora não pode amamentar.

Mamas pequenas produzem pouco leite.

Colaboradores da amamentação



Colaboradores da mulher



Alimentação Saudável para a mãe que amamenta

- ❖ Sirva o prato com alimentos variados coloridos e, sempre que possível, frescos
- ❖ Faça pelo menos cinco a seis refeições. Não deixe de fazer nenhuma refeição.
- ❖ Durante a amamentação a mulher deve tomar mais água.
- ❖ Alguns alimentos como alho, cebola, baunilha, quando consumidos em excesso pela mãe podem influenciar o gosto do leite. Isso pode levar a criança a recusar esse leite.



49

Alimentação variada e colorida



50

Cuidados com a mulher

❖ O descanso é importante para a produção do leite e para a recuperação no pós-parto

❖ Você pode aproveitar os horários de sono do bebê, para dormir também.



Horas de sono da criança



1 mês	6-7 horas	8,5 -10 horas	15-16 horas
2 meses	5-6 horas	10-11 horas	15 horas
4 meses	4-6 horas	10-11 horas	15 horas
6 meses	3-4 horas	10-11horas	14-15 horas
9 meses	2,5 - 4 horas	11-12 horas	14 horas
12 meses	2-3 horas	11,5 - 12 horas	13-14 horas

Equipe de produção e revisão:

Raquel Maria Amaral Araújo Orientadora e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa
Maria do Carmo Fontes de Oliveira Co-orientadora e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa
Cássia Olívia Machado Campos Nutricionista e pós-graduanda em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa
Aline Elizabeth da Silva Nutricionista e pós-graduanda em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa
Jéssica Miranda Butters Graduanda em Nutrição da Universidade Federal de Viçosa

Impressão:

Arte Livros

Viçosa, 2013

Álbum seriado.

34p.

A reprodução total ou parcial desse material é permitida, desde que a fonte seja citada.

Crédito das imagens

- 1 - personalbebe.com.br
- 2 - atualizacafarmaceutica.com
- 3 - corenms.gov.br
- 4 - palmaresfest.com.br
- 5 - portal.anoticiademdestaque.com.br
- 6 - ficaremformadepoisdagravidex.blogspot.com.br/2012
- 7 - globalfitness.com.br/portal/noticias/
- 8 - blog.multivegetal.com/dicas-para-mulheres-com-dificuldades-de-amamentar/
- 9 - mundodigital.unesp.br
- 10 - theatlantic.com
- 11 - saudedamulherufal.wordpress.com
- 12 - queridobebe.wordpress.com/tag/fases-da-amamentacao/
- 13 - olhaquemestacomendo.com
- 14 - infomedicarasquinho.wikia.com/wiki/mastitepuerperal
- 15, 17, 18, 19, 36, 42, 43 - Curso de multiplicadores. SP 2007. Promoção da amamentação e alimentação complementar
- 16 - tuttyfrutti.com.br
- 20 - msnoticiasnews.com.br
- 21 - entrenalinea.com.br
- 22 - itodas.com.br
- 23 - portalsaofrancisco.com.br
- 24 - asdeliciasdodudu.com.br
- 25 - metanoiacruz.net

Crédito das imagens

- 26 – personalbebe.com.br
- 27 - mamaeinterativa.blogspot.com.br
- 28 – espaodamamae.com.br
- 29, 35, 37, 47- Álbum seriado. Ministério da Saúde. *Promovendo o aleitamento materno.*
- 30 – leandrafono.blogspot.com.br/2011/08/posicoes-e-pega-adequadas-facilitam
- 31 – neobaby.com.br/dicas_amamentacao
- 32 – eama.com.br
- 33 – projetopequenosguerreiros.com
- 34 – smsdo-cfhebertdesouza.blogspot.com.br/2012/04/somos-uma-unidade-entreposto-de-banco
- 38 – pt.wikihow.com/Esterelizar-Frascos-para-Conservas
- 39, 40, 44 – correiogourmand.com.br
- 45 – m.diariocatarinense.com.br
- 46, 47 - Cartilha do Projeto de Inclusão social e desenvolvimento comunitário
- 48 - Cartilha amamentação sem complicação. Furnas Centrais Elétrica
- 49 - criandocrianças.blogspot.com.br/2010/11/guia-para-alimentacao-de-criancas-ate
- 50 - Nutrição e Vida
- 51 – guiaastral.uol.com.br/2011
- 52 – perolanegra.com/blog
- 53 – marilia-umabrasileiranacroacia.blogspot.com.br/2012
- 54 – dibujosideiacriativa.blogspot.com.br/2011/12/desenho-de-lua-e-sol
- 55 – m.mdemulher.abril.com.br/familia/ideias-seu-filho-dormir-bem

8.4 Apêndice D: Folheto explicativo sobre os perigos do uso da mamadeira

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Disponível em:
http://www.materiasespeciais.com.br/saude/info_mamadeiras.jpg

Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br>

<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=874>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E
SAÚDE

Equipe:
Cássia Olívia Machado Campos
Nutricionista / mestranda UFV
Aline Elizabeth da Silva
Nutricionista / mestranda UFV
Raquel Maria Amaral Araújo
Professora DNS/UFV
Maria do Carmo Fontes de Oliveira
Professora DNS/UFV

2013



Riscos do Uso de Mamadeiras



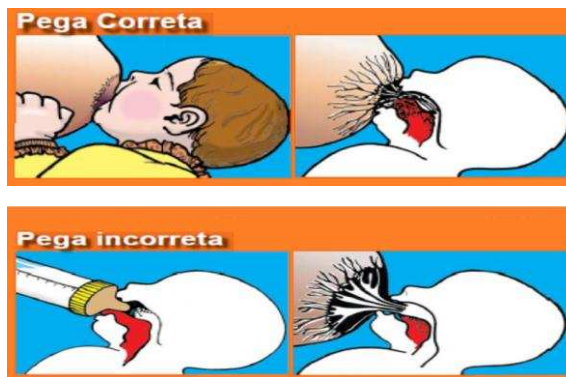
*Mamãe, "o Ministério da Saúde adverte:
A criança que mama no peito não
necessita de mamadeira, bico ou
chupeta".*

Por que não se deve dar a mamadeira?

Porque mamar na mamadeira é bem diferente que mamar no peito.

Um dos problemas é que depois de mamar na mamadeira o bebê pega de forma errada no peito.

Veja a figura abaixo:



Fonte: Ministério da Saúde

Outro problema é que na mamadeira o leite sai mais depressa. E, ao mamar no peito, o leite não sai rapidamente, então o bebê larga o peito e chora.

Outros problemas que podem acontecer pelo uso da mamadeira são:

- **Abandono do peito;**
- **Diarreia devido à limpeza incorreta da mamadeira;**
- **Problemas na respiração;**
- **Problemas na fala;**
- **Descida irregular dos dentes;**
- **Cárie de mamadeira devido à adição de açúcar ao leite.**



Fonte: mamae-moderna.blogspot.com.br

Se for necessário, use copos, xícaras ou colher.



Fonte: diariocatarinense.com.br

8.5 Apêndice E: Folheto explicativo sobre diferenças entre leite materno, fórmula infantil e mingaus

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br>

Diet pro. Cálculo Nutricional

Nutrição e Metabolismo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE

Equipe:

Cássia Olívia Machado Campos

Nutricionista / mestranda UFV

Aline Elizabeth da Silva

Nutricionista / mestranda UFV

Raquel Maria Amaral Araújo

Professora DNS/UFV

Maria do Carmo Fontes de Oliveira

Professora DNS/UFV

**Diferenças entre
leite materno,
fórmula infantil e
mingaus**

2013

Você sabe quais são as diferenças entre o leite materno, fórmula infantil e mingaus?



O leite materno

- ♥ É o alimento natural para a criança;
- ♥ Ele possui proteína, gordura, açúcar, vitaminas e minerais na quantidade adequada e fácil do bebê digerir;
- ♥ É o único alimento que possui substâncias de proteção e crescimento para o bebê.

A fórmula infantil

- ♥ Imita o leite materno, mas não possui as substâncias de proteção e crescimento;



- ♥ Se o bebê estiver recebendo a fórmula infantil é necessário oferecer água.
- ♥ Há também o gasto econômico:

Um bebê de 2 meses mama, em média, 2 latas de fórmula por semana



Sendo o gasto médio de R\$ 46,00 por semana e R\$ 184,00 por mês – significando $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.



O leite de vaca com farinha de arroz ou milho

- ♥ Possui proteínas de difícil digestão que podem causar alergias.
- ♥ Não contem todas as vitaminas e minerais que o bebê precisa, aumentando o risco de anemia, infecções, problemas de visão e unhas fracas.

- ♥ Além de prejudicar o crescimento e desenvolvimento do bebê.

O leite de vaca com fubá e açúcar e leite de vaca com maisena e açúcar

- ♥ Possui proteínas de difícil digestão que podem causar alergias.
- ♥ Contem mais energia do que o bebê, isso quer dizer que o bebê pode ganhar mais peso do que o necessário.
- ♥ Pode causar cárie de mamadeira devido à adição de açúcar ao leite.
- ♥ Não contem todas as vitaminas e minerais que o bebê precisa, aumentando o risco de anemia, infecções, problemas de visão e unhas fracas.

8.6 Apêndice F: Folheto explicativo distribuído ao grupo comparação

É importante saber:

Não existe leite fraco! O leite produzido nos primeiros dias é chamado de colostro. Ele é mais ralinho, com aparência de água de coco, mas é muito forte e protege o seu bebê contra doenças.



Toda mãe é capaz de produzir leite e quanto mais o bebê sugar mais leite você terá.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE

Equipe:

Cássia Olívia Machado Campos

Nutricionista / mestranda UFV

Aline Elizabeth da Silva

Nutricionista / mestranda UFV

Raquel Maria Amaral Araújo

Professora DNS/UFV

Maria do Carmo Fontes de Oliveira

Professora DNS/UFV

2013



Aleitamento Materno

Mamãe, dê somente o Leite Materno para seu filho até os 6 meses, pois nessa idade não há necessidade de oferecer chás, água ou qualquer outro alimento.

Benefícios do leite materno para o bebê

♥ É o alimento natural para a criança e deve ser oferecido desde os primeiros dias de vida.

♥ Possui todos os nutrientes necessários para a criança crescer e ganhar peso, respeitando a imaturidade do bebê.

♥ Protege contra diarreia, infecção, alergia, diabetes, pressão alta e obesidade.

Benefícios da amamentação para a mulher

♥ Aumenta o vínculo afetivo entre mãe e filho.

♥ Ajuda na perda de peso pós-parto.

♥ Diminui o risco de desenvolver câncer de mama e de ovários, e diabetes.

♥ Ajuda a reduzir o sangramento pós-parto.

♥ O leite já sai pronto e não precisa pagar.

Desvantagens do uso das fórmulas infantis



A fórmula infantil imita o leite materno, mas não possui as substâncias de proteção contra infecções que estão presentes no leite materno.

Se o bebê estiver recebendo a fórmula infantil é necessário oferecer água.



Riscos do uso do leite de vaca no primeiro ano de vida

O leite de vaca é bom para o bezerro, mas não é bom para a saúde do bebê.

As proteínas do leite de vaca são difíceis de digerir e podem causar alergias.

O leite de vaca não contém todas as vitaminas e minerais que o bebê precisa, aumentando o risco de anemia.

O leite de vaca não possui os fatores de proteção e crescimento presentes no leite materno.

Como amamentar?

- ♥ As roupas da mãe e do bebê devem ser confortáveis.
- ♥ A mãe poderá amamentar na posição que se sentir mais confortável.
- ♥ A barriga do bebê deve ficar encostada na barriga da mãe.
- ♥ A boca do bebê deve estar aberta abocanhando o bico e a parte escura da mama.
- ♥ O lábio deve estar virado para fora e o queixo encostado na mama.



8.7 Apêndice G: Questionário semiestruturado para coleta de dados obstétricos, neonatais e sobre alimentação

Questionário Pós-Parto

Número: _____

Data da Aplicação: _____

Local da aplicação: _____

Dados de identificação:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Operadora: _____

Gravidez:

Nome da criança: _____

Data do Nascimento: _____

1. Duração da gravidez: _____ semanas

2. Quantas consultas pré-natal frequentou? _____

Informações sobre o parto e pós-parto:

3. Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Fórceps

4. Sexo do bebê: 1. Masculino 2. Feminino

5. Peso do recém-nascido: _____ g

6. Comprimento do recém-nascido: _____ cm

Informações sobre alimentação do bebê

7. Como está sendo amamentar o seu bebê? Fale sobre sua experiência e seus sentimentos:

8. Qual foi a alimentação da criança nas últimas 24 horas?

9. Alguma vez ofereceu algum desses alimentos: Água (A); Chá (C); Suco (S); Fórmula (F) (qual); Leite de Vaca (LV); Papinha de Frutas (PF), Papinha Salgada (PS)?

10. O bebê foi amamentado no hospital? 1. Sim 2. Não (**Se não, vá para 13**)

11. Quando o bebê foi amamentado pela primeira vez? 1. Durante a 1ª hora de vida

2. Depois da 1ª até a 6ª hora 3. Depois da 6ª hora de vida

12. Alguém te ajudou na primeira mamada? 1. Sim 2. Não

Se sim, quem ajudou? 1. Enfermeiro 2. Médico 3. Familiar 4. Outro _____

13. O bebê recebeu outro tipo de leite no hospital? 1. Sim, qual? _____

2. Não 3. Não sei (**Se não ou não sabe, vá para 14**)

Se sim, como o leite foi oferecido? 1. mamadeira 2. copinho 3. chuquinha

4. outros _____

14. O bebê usou chupeta no hospital? 1. Sim 2. Não

15. Atualmente ele usa chupeta? 1. Sim 2. Não

16. Qual é o intervalo entre as mamadas? _____

17. Qual é a duração das mamadas? _____

18. O bebê amamenta nas duas mamas? 1. Sim 2. Não

19. Você apresenta algum (ns) desses problemas:

1. Rachadura no mamilo (Fissura mamilar) 2. Peito cheio e dolorido

3. Mama empedrada (ingurgitamento mamário) 4. Inflamação na mama (mastite)

5. Pouco leite 6. Nenhum.

8.8 Apêndice H: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde



Aline Elizabeth da Silva – nutricionista e mestranda da Universidade Federal de Viçosa
(31) 8885 8035

Cássia Olívia M. Campos – nutricionista e mestranda da Universidade Federal de Viçosa
(31) 8521 0294

Raquel Maria Amaral Araújo – orientadora e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa
Maria do Carmo Fontes de Oliveira – co-orientadora e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESUMIDO

Estou ciente de que:

A pesquisa intitulada: “Modelo Transteórico na Mudança de Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua promoção nos serviços de saúde” utilizará como instrumento o Modelo Transteórico, que preconiza que a mudança de comportamento é um processo e que as pessoas tem diversos níveis de motivação para a mudança de comportamento.

Os procedimentos que serão adotados na pesquisa constam de: aplicação de questionário socioeconômico, questionário sobre a intenção de amamentar, avaliação antropométrica (peso e altura) e acompanhamento nos primeiros seis meses pós-parto.

Tenho pleno conhecimento de que todas as medidas não provocarão quaisquer riscos ou desconforto à minha pessoa. Tendo assegurado a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Minha participação é voluntária, sendo assim, não receberei nenhuma forma de indenização ou remuneração. Tenho, ainda, a liberdade de me recusar a participar ou retirar-me em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou constrangimento.

A minha participação na pesquisa favorecerá o aprimoramento da promoção e apoio à amamentação nos serviços de saúde. E através das atividades educativas obterei informações e conhecimento sobre os cuidados com minha saúde nutricional e de meu filho, incluindo a alimentação adequada nos primeiros seis meses de vida.

Concordo que todos os dados obtidos e os resultados e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e execução da pesquisa constituam propriedades exclusivas da UFV, à qual dou pleno direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em eventos científicos e acadêmicos, respeitando os respectivos códigos de ética, resguardados na Resolução CNS nº 466/12.

Se houver descumprimento de qualquer norma ética poderei recorrer ao Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da UFV, pelo endereço Campus UFV, Prédio Arthur Bernardes, Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação (PPG), sala 4 ou pelo telefone: 3899-2492.

De posse de todas as informações necessárias, concordo em participar da pesquisa.

Viçosa, _____ de 2013.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: _____

Diante dos esclarecimentos prestados, autorizo minha
filha _____,

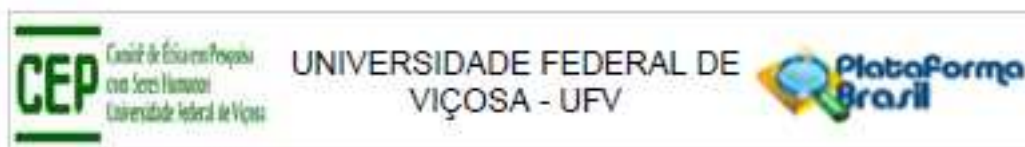
nascida em/...../....., a participar do estudo “Modelo Transteórico na Mudança de
Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua promoção nos serviços de
saúde” na qualidade de voluntária.

Assinatura dos responsáveis: _____

Pesquisadora responsável: _____

9. ANEXO

9.1. Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa



Continuação do Parecer: 412.014

amamentação do grupo estudado num período de 6 meses pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores indicam a respeito do perigo da quebra de privacidade e que esta será preservada. Em termos de benefícios, os pesquisadores entendem que a presente pesquisa favorecerá o aprimoramento da promoção e apoio à amamentação nos serviços de saúde. As atividades educativas com as gestantes e nutrízes poderão resultar em empoderamento das mulheres no cuidado da sua saúde e de seus filhos, incluindo a alimentação adequada no primeiro ano de vida. Para a criança, as atividades realizadas poderão resultar em menores ocorrências de ganho insuficiente de peso, anemia, desnutrição, diarreia, alergias, bem como repercutirá na sua saúde futura diminuindo o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, de caráter longitudinal, terá um processo de coleta de dados que se estenderá por cerca de 22 meses, atingindo 235 mulheres em situação de amamentação no município de Viçosa/MG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos se encontram devidamente assinados, sendo que os pesquisadores apresentam a autorização da Policlínica, assim como a declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa. O TCLE é apresentado em linguagem clara.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessária a apresentação do Relatório Final e após a aprovação desse, deve ser encaminhado o Comunicado de Término dos Estudos.

Projeto analisado durante a 6ª reunião de 2013.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, prédio Arthur Bernardes, PPG, sala 04
Bairro: camp. Viçosa CEP: 36.570-000
UF: MG Município: VICOSA
Telefone: (31)3899-2402 Fax: (31)3899-2402 E-mail: cep@ufv.br

VICOSA, 02 de Outubro de 2013

Assinado por:
Patricia Aurélla Del Nero
(Coordenador)