

Mudança da concepção materna sobre a amamentação

Aline Elizabeth da Silva ¹

Cássia Olívia Machado Campos ²

Maria do Carmo Fontes de Oliveira ³

Andréia Queiróz Ribeiro ⁴

Rosângela Minardi Mitre Cotta ⁵

Raquel Maria Amaral Araújo ⁶

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30.130-100. E-mail: alineesnutri@hotmail.com

² Nutricionista da Prefeitura de Ubá. Ubá, MG, Brasil.

³⁻⁶ Departamento de Nutrição e Saúde. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar as concepções maternas sobre as condições de estímulo e de desestímulo à amamentação antes e após intervenção educativa.

Métodos: estudo de intervenção do tipo pré-teste/pós-teste realizado com 113 mulheres atendidas no serviço público de saúde. Aplicou-se questionário adaptado transculturalmente que identificava as concepções de gestantes sobre as condições de estímulo e de desestímulo à amamentação. O efeito da intervenção foi verificado por meio da avaliação dos escores do Equilíbrio de Decisão antes e após intervenção.

Resultados: houve redução no escore geral das condições de desestímulo e aumento no escore geral das condições de estímulo ($p < 0,001$). Na avaliação de cada condição de desestímulo, observou-se redução significativa nos escores das afirmativas “dar de mamar no peito faz o peito ficar caído” ($p = 0,003$), “eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê” ($p = 0,001$). Quanto às condições de estímulo houve aumento significativo no escore das afirmativas “dar de mamar no peito é bom para mim” ($p = 0,006$), “dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso” ($p = 0,013$), “dar de mamar no peito é fácil” ($p = 0,004$).

Conclusões: a intervenção resultou em mudança das concepções maternas sobre a amamentação e pode ser uma estratégia interessante na promoção da amamentação nos serviços de saúde.

Palavras-chave Aleitamento materno, Comportamento materno, Estudos de intervenção

Introdução

A amamentação é reconhecida como uma prática complexa e permeada por condicionantes sociais, políticos, históricos e culturais como os mitos, crenças e valores repassados através das gerações,¹ e que podem exercer influência na decisão da mulher em amamentar ou não e no tempo de duração dessa prática.²

Dentre os fatores que dificultam a iniciação da amamentação ou que levam à sua interrupção sobressaem-se aqueles relacionados à mãe, somados à cultura.² No que diz respeito à mãe, destaca-se a sua intenção de amamentar e a confiança em sua capacidade de amamentar.³ Em virtude da variedade de fatores sociais e culturais influentes nesse comportamento, a tomada de decisão sobre a amamentação nem sempre é vivenciada de forma tranquila pelas mulheres,¹ e se manifesta ainda no período gestacional. Assim, a consulta pré-natal é um momento reconhecidamente apropriado para a promoção da amamentação.^{3,4}

As estratégias desenvolvidas no Brasil para a promoção da amamentação tem resultado em melhorias nas suas taxas, porém ainda é necessário um grande empenho dos envolvidos com a questão da alimentação infantil para que se atinja índices compatíveis com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁵ Parte desse esforço envolve o desenvolvimento de intervenções educativas nos serviços de saúde que promovam a iniciação e o prolongamento da amamentação.⁶

A concepção da mulher quando contrária à amamentação é considerada um fator influente na tomada de decisão para concretização dessa prática.⁷ Por essa razão, as atividades de promoção da amamentação no pré-natal podem resultar em maior êxito quando realizadas a partir de uma investigação prévia entre as mulheres de suas concepções sobre as condições de estímulo e de desestímulo à amamentação.⁸ Assim, se faz necessário a realização de estudos de intervenção para a promoção da amamentação que incluam a investigação da concepção materna sobre este comportamento. Neste sentido, o presente estudo propõe uma estratégia de intervenção baseada no construto Equilíbrio de Decisão.⁹ O construto Equilíbrio de Decisão reflete a ponderação da concepção do indivíduo sobre as consequências positivas e negativas, denominadas prós e contras, da adoção do comportamento almejado.¹⁰ A avaliação deste construto auxilia na elaboração de estratégias para que o indivíduo adote o comportamento desejável.¹⁰ Humphreys *et al.*¹¹ adaptaram o construto Equilíbrio de Decisão para ser

utilizado na avaliação da concepção de gestantes sobre as condições de estímulo e de desestímulo à amamentação, com o propósito de favorecer a realização de estratégias de promoção da amamentação entre as gestantes que sejam mais eficazes.

Considerando que as intervenções são mais eficazes quando direcionadas e respaldadas por um modelo teórico,¹¹ a proposta deste estudo é contribuir para o aperfeiçoamento das ações dos serviços de saúde na assistência à amamentação, privilegiando a identificação da concepção materna sobre a amamentação. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar as concepções maternas sobre as condições de estímulo e de desestímulo à amamentação antes e após intervenção educativa.

Métodos

Foi realizado um estudo de intervenção do tipo pré-teste/pós-teste, no qual o indivíduo é o seu próprio controle.¹² Para tanto, ocorreu avaliação do construto Equilíbrio de Decisão no período pré e pós-intervenção.^{11,13} Foram incluídas 113 mulheres atendidas nas Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) de Viçosa, MG, entre junho de 2013 e setembro de 2014.

Estimou-se 127 gestantes em cada grupo, considerando a prevalência nacional de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de 41%¹⁴; um aumento de 20% nesta prevalência para o grupo que recebeu a intervenção¹⁵; nível de confiança de 95% e poder do estudo igual a 80%. Acrescentou-se ao número estimado 30% para prováveis perdas de seguimento, uma vez que se trata de um estudo de intervenção que requereu mais encontros e, portanto com mais chances de abandono das participantes. A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi utilizada no cálculo amostral, uma vez que o presente estudo integra um projeto maior, cujo desfecho principal era o comportamento citado. Ademais, não existem, até o momento, estudos semelhantes para servir de base para o cálculo. A amostra selecionada por conveniência incluiu todas as gestantes que estavam na sala de espera das unidades de saúde aguardando atendimento médico e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídas da amostra gestantes com teste HIV positivo, por ser uma condição impeditiva para a amamentação.¹⁶

Das 127 gestantes que iniciaram o estudo no pré-natal, 113 mulheres concluíram o estudo, resultando em 11,0% de perda de seguimento. O principal motivo das perdas foi a dificuldade de contato tele-

fônico com as participantes. A análise das perdas não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação às características socioeconômicas, demográficas e quanto à experiência anterior em aleitamento materno (dados não apresentados).

Para a avaliação do Equilíbrio de Decisão foi utilizado um questionário traduzido e adaptado por Campos¹³ seguindo as etapas adaptadas de Beaton *et al.*¹⁷ e Reichenheim e Moraes.¹⁸ Assim, verificou-se a validade de conteúdo que foi considerada satisfatória e as equivalências semântica, conceitual, de itens, operacional e de mensuração. Esse questionário identificava os prós e contras da amamentação,¹³ denominados neste estudo, respectivamente, como “condições de estímulo” e “condições de desestímulo” à amamentação para facilitar o entendimento sobre o objeto analisado. As participantes foram orientadas a apontarem seu grau de concordância ou discordância em relação a vinte afirmativas, sendo dez desestimuladoras da 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 condições de estímulo e de desestímulo poderia 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. Esse ponto de corte foi adotado considerando que na escala *Likert* o escore quatro, e seguinte, correspondem à concordância da mulher com a afirmação apresentada no questionário. Este questionário foi aplicado no pré-natal, antes da intervenção e, após a intervenção, nos primeiros 15 dias do pós-parto. Também, foram coletados dados relacionados às condições socioeconômicas, demográficas, obstétricas e quanto à experiência progressiva com amamentação, por meio de entrevista com questionário semiestruturado.

Para implementação das intervenções individuais foram desenvolvidos álbum seriado e folhetos informativos com figuras e linguagem adequadas ao público-alvo. O álbum contemplava os seguintes temas: benefícios da amamentação 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; mitos em relação à amamentação, entre outros. Os folhetos informativos tratavam dos perigos do uso da

mamadeira e das diferenças nutricionais entre o leite materno, fórmula infantil e mingaus. Também foram utilizados um boneco e um modelo de mamas (“mama cobaia”).

A estratégia educacional utilizada foi o diálogo individualizado, e os temas trabalhados com cada gestante foram definidos a partir do resultado da avaliação do Equilíbrio de Decisão. Aquelas gestantes que concordavam com uma afirmativa desestimuladora da amamentação e/ou discordava de uma afirmativa estimuladora da amamentação, foram orientadas na superação das barreiras identificadas.¹⁹ A equipe de pesquisadoras foi capacitada para utilizar a postura de aconselhamento, a qual é preconizada pela World Health Organization (WHO)²⁰ e visa ouvir a mulher, compreendê-la, apoiá-la e ajudá-la na tomada de decisões, aumentando sua autoconfiança e auto-estima.

Os encontros com as gestantes eram mensais, ao longo do pré-natal, antes do atendimento médico, nas salas de espera das unidades de saúde. Foram realizados em média três encontros, variando de um a oito encontros mensais, com duração aproximada de dez minutos. Essa variação deve-se ao fato de que o estudo foi realizado com gestantes do primeiro ao terceiro trimestre. As orientações seguiam o conteúdo do álbum seriado, dando-se ênfase aos temas relacionados às condições desestimuladoras apontadas pela gestante na avaliação do Equilíbrio de Decisão. Em cada novo encontro, retrabalhava-se os temas, esclarecendo possíveis dúvidas ainda presentes e, ou, novas necessidades apontadas pela gestante. Considerando a possível influência da variação do número de encontros nos resultados do estudo, foi conduzida uma análise para comparar o resultado da avaliação do Equilíbrio de Decisão entre as mulheres que participaram de um encontro e aquelas que participaram de dois ou mais encontros, e não houve diferença significativa. Diante disso, para as análises do estudo foram incluídas todas as mulheres, independentemente do número de encontros.

Na fase pós-intervenção, as pesquisadoras reaplicaram o questionário relativo ao construto equilíbrio de decisão com o intuito de avaliar a mudança na concepção sobre amamentação. O intervalo entre as fases pré e pós-teste variou entre 30 e 60 dias. Essa fase ocorreu no pós-parto, especialmente nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido, no setor de imunização do município, por ocasião 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.

A normalidade das variáveis foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foram utilizadas medidas de frequências, de tendência central e dispersão para descrição das características das participantes. Os valores dos escores do equilíbrio de decisão antes e após intervenção foram comparados utilizando-se o teste de Wilcoxon. 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.

Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 22.0.

A participação foi mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer 412.814/2013.

Resultados

As características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas à amamentação da amostra estão descritas na Tabela 1. Aproximadamente dois terços das participantes eram adultas, sendo a idade média 24,1 anos; 92,0% concluíram o ensino médio e 72,0% possuíam companheiro. A maioria não exercia trabalho remunerado, declarou renda *per capita* de R\$ 339,00 e era primípara. No tocante as variáveis relacionadas ao aleitamento materno, 86,0% das mulheres foram amamentadas e cerca de um terço tinha experiência prévia em aleitamento superior a 24 meses.

Tabela 1

Características socioeconômicas, demográficas, e relacionadas ao aleitamento materno das gestantes participantes do estudo. Viçosa, MG, 2013-2014.

Características	N=113	%
Idade (anos)		
<20	39	34,5
≥ 20 a 34	65	57,5
≥ 35	9	8,0
Escolaridade (anos)		
0-4	5	4,4
5-8	38	33,6
9-11	61	54,0
≥12	9	8,0
Situação conjugal		
Com companheiro	81	71,7
Sem companheiro	32	28,3
Trabalho materno		
Sim	48	42,5
Não	65	57,5
Renda <i>per capita</i> (n=111)		
≤ ½ SM	60	54,1
> ½ SM	51	45,9
Paridade		
Primípara	63	55,8
Múltipara	50	44,2
Foi amamentada		
Sim	97	85,8
Não	10	8,8
Não sabe	6	5,4
Experiência anterior em aleitamento materno		
< 24 meses	32	64,0
≥ 24 meses	18	36,0

SM = Salário Mínimo à época do estudo; SM= R\$ 678,00.

A Tabela 2 evidencia redução significativa do escore geral das condições de desestímulo e aumento significativo do escore geral das condições de estímulo após intervenção ($p < 0,001$).

Ao se comparar as médias dos escores de cada condição de estímulo e condição de desestímulo à amamentação, antes e após intervenção (Tabela 3), observou-se diferença significativa em quatro condições de desestímulo e seis condições de estímulo.

Os escores das condições de desestímulo “Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído, Eu acho o leite materno nojento, Nem me passa pela cabeça que sei tudo sobre dar de mamar no peito e Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para meu bebê” apresentaram, após as intervenções, redução estatisticamente significativa. Já os escores das condições de estímulo “Dar de mamar no peito é bom para mim, Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal, Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar do tamanho normal mais rapidamente, Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso, Dar de mamar no peito é fácil e o Leite materno é mais barato que outros leites” foram superiores estatisticamente após as intervenções.

Discussão

A intervenção educativa resultou em impacto positivo no que se refere à mudança na concepção das condições de desestímulo à amamentação. Da mesma forma, o aumento do escore geral das condições de estímulo reflete uma mudança de comportamento após a intervenção educativa. Presume-se que basear-se no Equilíbrio de Decisão para a promoção da amamentação pode favorecer tanto a iniciação da amamentação no pós-parto como

o prolongamento dessa prática. Segundo Tung *et al.*,²¹ alterar a concepção sobre as condições de desestímulo ao comportamento almejado pode resultar em efeitos mais duradouros sobre esse comportamento. Após extensa revisão de literatura observou-se que não há estudos investigando o efeito de intervenções baseadas no Equilíbrio de Decisão em relação à amamentação, porém Salehi *et al.*²² demonstraram redução da concepção de condições desestimuladoras para o aumento do consumo de frutas e verduras em idosos iranianos.

A avaliação do construto Equilíbrio de Decisão contribuiu para o conhecimento dos fatores interferentes no processo decisório da amamentação no grupo estudado. Destaca-se o resultado para a condição de desestímulo “dar de mamar no peito faz o peito ficar caído”, considerando que uma das dificuldades para amamentar é a preocupação com a estética das mamas.²³ Evidencia-se, desse modo, o efeito da intervenção na compreensão das mulheres acerca da relação da amamentação e a estética da mama, tornando-as seguras na decisão sobre a amamentação.²⁴ Ainda nesse contexto, ressalta-se que a intervenção melhorou a concepção sobre a interferência do tamanho dos seios no volume de leite produzido.

A concepção de que o leite materno é nojento²⁵ pode influenciar a atitude materna em relação à amamentação. Embora o leite materno tenha sido reconhecido como alimento saudável pela maioria, uma parte concordou com a afirmativa que se referia ao leite materno como algo nojento. Esta concepção pode estar relacionada a certos contextos culturais,²⁶ entretanto a intervenção favoreceu uma experiência positiva nessas gestantes levando-as à mudança na sua concepção sobre o leite materno, sobrepujando assim as influências culturais. Tal resultado mostra

Tabela 2

Escores gerais das condições de estímulo e de desestímulo à amamentação nos períodos pré e pós- intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.

	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p*
	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$	
Condições de desestímulo	28,12 ± 3,11	26,84 ± 3,37	<0,001
Condições de estímulo	39,43 ± 2,43	41,19 ± 3,42	<0,001

*Comparações pré- pós-intervenção: Teste de Wilcoxon.

Tabela 3

Escores gerais das condições de estímulo e de desestímulo à amamentação nos períodos pré e pós- intervenção. Viçosa, MG, 2013-2014.

	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p*
	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$	
Condições de desestímulo			
Dar de mamar no peito é "fora de moda", "cafona"	1,72 ± 0,51	1,71 ± 0,46	0,866
Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança	3,96 ± 0,80	3,99 ± 0,79	0,721
Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar a alimentação	3,68 ± 0,93	3,76 ± 0,82	0,317
Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito	2,01 ± 0,83	1,94 ± 0,71	0,334
Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído	2,94 ± 1,01	2,57 ± 1,00	0,003
Eu acho o leite materno nojento	2,35 ± 0,91	2,12 ± 0,80	0,022
Eu acho que dar de mamar no peito é doloroso	2,94 ± 1,08	2,90 ± 1,05	0,990
Dar de mamar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar	2,18 ± 0,80	2,12 ± 0,84	0,471
Nem me passa pela cabeça que sei tudo sobre dar de mamar no peito	3,92 ± 0,75	3,63 ± 0,80	0,008
Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê	2,42 ± 1,02	2,10 ± 0,87	0,001
Condições de estímulo			
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê	4,42 ± 0,50	4,43 ± 0,50	0,853
Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê	4,32 ± 0,47	4,28 ± 0,45	0,480
Dar de mamar no peito é bom para mim	4,00 ± 0,71	4,19 ± 0,41	0,006
Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal	3,24 ± 0,82	3,65 ± 0,78	<0,001
Dar de mamar no peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho	4,34 ± 0,47	4,30 ± 0,52	0,480
Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias	4,35 ± 0,53	4,40 ± 0,49	0,336
Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente	3,58 ± 0,67	4,14 ± 0,46	<0,001
Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso	3,80 ± 0,75	4,00 ± 0,60	0,013
Dar de mamar no peito é fácil	3,15 ± 0,97	3,42 ± 0,92	0,004
Leite materno é mais barato do que os outros leites	4,23 ± 0,64	4,38 ± 0,63	0,021

*Comparações pré- pós-intervenção: Teste de Wilcoxon; Média Escala *Likert* de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente).

que é possível modificar conceitos culturalmente constituídos e que representam condições de desestímulo à amamentação.

A redução da média no escore da condição desestimuladora “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 da amamentação, dando-lhes mais confiança e autonomia. Esse resultado é relevante, visto que segundo Susiloretni *et al.*²⁷ níveis elevados de conhecimento sobre o aleitamento materno está associado positivamente com a duração do aleitamento materno exclusivo.

As participantes concordaram com um grande número de condições de estímulo à amamentação, o que pode favorecer a adoção dessa prática.²⁸ Outro aspecto importante foi o fato delas reconhecerem os benefícios da amamentação para a sua saúde, já que as mulheres tendem a atribuir menor relevância às vantagens relacionadas à saúde materna.^{7,29}

Apesar do aumento significativo nas médias dos escores após a intervenção, 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 consideraram que “dar de mamar no peito é fácil”, sugerindo que a intervenção educativa pode auxiliar a mulher na resolução dos problemas, mas a percepção de que amamentar é uma tarefa

difícil permanece.

Considerando que 54% da amostra possuíam renda *per capita* inferior à dois salários mínimos, merece destaque o aumento na média do escore da afirmativa relacionada aos benefícios econômicos do aleitamento materno. Estudo que comparou o custo da alimentação complementar da nutriz em relação à alimentação do bebê com substitutos do leite materno evidenciou que é mais barato e eficaz fornecer a complementação alimentar de nutrizes carentes, para que a mesma possa amamentar seu filho, do que distribuir fórmulas ou leites, e favorecer o desmame precoce.³⁰

Uma limitação do estudo foi a dificuldade para manter uma periodicidade dos encontros com as gestantes. Como esses encontros eram realizados antes da consulta médica, sua ocorrência dependia da frequência desse profissional no serviço. Dado às características organizacionais do trabalho nas unidades de saúde, como ausência de substitutos para cobrir férias dos médicos ou encerramento de contratos, isso prejudicou a continuidade dos encontros em algumas UAPS quando não havia atendimento médico.

A intervenção baseada no construto Equilíbrio de Decisão resultou em mudança das concepções maternas sobre a amamentação e pode ser uma estratégia promissora na promoção da amamentação nos serviços de saúde.

Referências

1. Moreira MA, Nascimento ER, Paiva MS. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22: 432-41.
2. Peres PLP, Pegoraro AO. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. *Rev Enferm UERJ.* 2014; 22: 278-85.
3. Díaz-Gómez M, Martínez MR, Ares S, Espiga I, Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; 90: 1-18.
4. Nascimento VC, Oliveira MIC, Alves VH, Silva KS. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2013; 13: 147-59.
5. Wenzel D, Souza SB. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2011; 21: 251-8.
6. WHO (World Health Organization). *Global strategy for infant and young child feeding.* Geneva; 2009.
7. Radzysinski S, Callister LC. Mother's beliefs, attitudes, and decision making related to infant feeding choices. *J Perinat Educ.* 2016; 25: 18-28.
8. Besore CT. Barriers to breastfeeding for hispanic mothers. *Breastfeed Med.* 2014; 9: 352-4.
9. Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Physiother Theory Pract.* 1982; 19: 276-88.
10. Rossi SR, Greene GW, Rossi JS, Plummer BA, Benisovich SV, Keller S, Velicer WF, Redding CA, Prochaska JO, PAllonen UE, Meier KS. Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. *Eat Behav.* 2001; 2: 1-18.
11. Humphreys AS, Thompson NJ, Miner KR. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Edu Res.* 1998; 13: 331-41.
12. Bonate PL. *Analysis of pretest-posttest designs.* Flórida: Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 2000
13. Campos COM. Modelo Transteórico para Mudança de Comportamento frente à amamentação nos serviços

- públicos de saúde. [dissertação]. Viçosa (MG): Universidade Federal de Viçosa; 2014.
14. 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. Brasília, DF; 2009.
 15. Susin LRO, Giugliani ERJ, Krummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, Barcaro M, Draghetti V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *J Pediatr*. 1998; 74: 368-75.
 16. WHO (World Health Organization). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva; 2009.
 17. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures; 2007.
 18. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41: 665-73.
 19. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992; 47: 1102-14.
 20. WHO (World Health Organization). Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 1993.
 21. Tung WC, Farmer S, Ding K, Tung WK, Hsu CH. Stages of condom use and decisional balance among college students. *Int Nurs Rev*. 2009; 56: 346-53.
 22. Salehi L, Mohammad K, Montazeri A. Fruit and vegetables intake among elderly Iranians: a theory-based interventional study using the five-a-day program. *Nutr J*. 2011; 123: 1-9.
 23. Belentani LM, Agnolo CMD, Ichisato SMT, Waidman AP, Pelloso SM. Visão de mulheres que experienciaram o aleitamento materno após implante de prótese mamária. *Cogitare Enferm*. 2011; 16: 254-60.
 24. Coutinho ACFP, Soares ACO, Fernandes PS. Conhecimento das mães sobre os benefícios do aleitamento materno à saúde da mulher. *Rev Enferm UFPE*, 2014; 8: 1213-20.
 25. Leite GO, Martins FDP, França MS, Ângelo BHB, Vasconcelos MGL, Pontes CM. Representações sociais de mulheres sobre o cheiro do leite materno. *Esc Anna Nery*. 2016; 20: 1-8.
 26. Giuliani NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012; 12: 53-8.
 27. Susiloretni KA, Hadi H, Prabandari YS, Soenarto YS, Wilopo SA. What Works to Improve Duration of Exclusive Breastfeeding: Lessons from the Exclusive Breastfeeding Promotion Program in Rural Indonesia. *Matern Child Health J*. 2014; 19: 1515-25.
 28. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciêns Saúde Colet*. 2011; 16: 2461-8.
 29. Martins MZ. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas-Saúde Ambiente*. 2013; 1: 87-97.
 30. Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília. 2016: 25-44.

Recebido em 17 de Maio de 2016

Versão final apresentada em 14 de Outubro de 2016

Aprovado em 20 de Outubro de 2016