



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

INGRED PEREIRA CIRINO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A
AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR**

TERESINA, PIAUÍ

2019

INGRED PEREIRA CIRINO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A
AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências e Saúde.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Luisa Helena de Oliveira Lima

TERESINA- PIAUÍ

2019

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

Cirino, Ingrid Pereira.
C578c Construção e validação de tecnologia educativa para a autoeficácia
materna em amamentar / Ingrid Pereira Cirino. -- 2019.
131 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação
em Ciências e Saúde, 2019.
“Orientação : Dr^a. Luisa Helena de Oliveira Lima.”
Bibliografia

1. Aleitamento Materno. 2. Saúde da criança. 3. Tecnologia Educacional.
4. Estudos de Validação. 5. Educação em Saúde I. Título.

CDD 649.3

INGRED PEREIRA CIRINO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A
AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico
em Ciências e Saúde da Universidade Federal do
Piauí, como requisito parcial para obtenção do
grau de mestre em Ciências e Saúde

Data da aprovação: 28/02/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Luisa Helena de Oliveira Lima (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí/UFPI - CSHNB

Presidente da Banca



Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva

Universidade Federal do Piauí/UFPI - CSHNB

1º Examinador



Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes Machado

Universidade Federal do Piauí/UFPI – CSHNB

2º Examinador

Prof.^a Dr.^a Lorena Pinheiro Barbosa

Universidade Federal do Ceará/UFC

Suplente

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa na minha vida chega ao fim, nesse momento gostaria de agradecer aos que foram essenciais nessa caminhada.

À **Deus** por iluminar meu caminho, me dar saúde e força.

Aos meus pais, **Enivalda e Otaniel**, pelo amor, compreensão, carinho e por acreditarem em mim. Amo vocês!

Ao meu noivo, **Leonardo**, pelo amor, carinho, companheirismo, amizade, paciência e por compreender meus momentos de ausência. Obrigada por fazer parte da minha vida!

Ao meu irmão, **Igor**, pelas conversas, companheirismo e amizade sincera.

À minha orientadora, **Luisa Helena**, pela oportunidade de ser sua orientanda, convívio, compreensão e amizade. Tenho muita admiração por sua competência e dedicação pela pesquisa. És um exemplo a ser seguido.

Aos meus primos, **Dayse, Thiago e Jessé** por me acolherem como irmã em sua residência durante minha permanência em Teresina e a meus tios, **Eliúde e Domingos** por me tratarem como filha. Obrigada por estarem sempre presentes em minha vida!

À minha amiga **Edina Araújo** pelos ensinamentos na academia, pela força e por sempre apoiar meus sonhos. Sei que nossa amizade ultrapassará barreiras!

Ao meu gato, **Thor**, por ser meu companheiro nas madrugadas em que passei acordada para finalizar esta pesquisa.

Aos meus amigos do curso e do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) linha saúde da criança e do adolescente, em especial aos “integrantes” da sala nove **Maryanna, Luís e Roseane**.

À **Laura Formiga, Ana Karla e Artemízia** pelas conversas e apoio. Vocês se tornaram grandes amigas.

Aos meus demais familiares e amigos, por desejarem-me o bem e vibrarem com minhas vitórias.

Aos professores do Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, pelo conhecimento repassado, incentivo e apoio na construção do saber científico.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

Aos membros da banca examinadora, Professoras **Ana Roberta, Lorena Barbosa e Ana Larissa**, pelo tempo dispensado na leitura deste estudo e pelas valiosas contribuições.

*O segredo é não correr atrás das borboletas...
É cuidar do jardim para que elas venham até você*

(Mario Quintana).

RESUMO

O leite materno é o melhor e mais completo alimento para os bebês, pois promove vínculo, afeto e nutrição, concedendo inúmeros benefícios para o binômio mãe e filho. Todavia, os indicadores mostram que as taxas de aleitamento materno no Brasil, em particular, as de amamentação exclusiva, encontram-se inferiores ao recomendado para um pleno crescimento e desenvolvimento das crianças. Dessa forma, é necessária a elaboração de tecnologias educativas com o propósito de elevar a autoeficácia materna para amamentar. Objetivou-se então, construir e validar uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para amamentar. Trata-se de uma pesquisa metodológica, com enfoque no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de uma tecnologia educativa, realizada de agosto de 2017 a dezembro de 2018. A elaboração da cartilha educativa pautou-se na *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - short form* e em referências atualizadas sobre aleitamento materno, seguindo os pressupostos da Teoria da Autoeficácia. Em seguida, foi realizada a validação do material construído. Assim, 25 especialistas avaliaram conteúdo, linguagem e aparência da tecnologia, sendo 22 juízes de conteúdo (11 docentes e 11 com experiência assistencial) e 3 juízes da área de design. Todos os juízes responderam a um instrumento de caracterização profissional e ao Suitability Assessment of Materials (SAM). Os juízes de conteúdo responderam ainda a um instrumento para avaliar a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica da cartilha. Após o levantamento de todas as sugestões feitas pelos juízes, foi realizada a adequação da mesma. Na sequência, 33 gestantes avaliaram a tecnologia educativa quanto à organização, estilo de escrita, aparência e motivação. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, obtendo parecer nº 2.429.527. A cartilha educativa intitulada “Eu sou capaz de amamentar meu filho” visa à promoção da autoeficácia materna para o aleitamento materno e foi elaborada para ser utilizada com gestantes em acompanhamento pré-natal. Quanto à caracterização dos juízes, 36,4% dos juízes de conteúdo eram enfermeiros, 27,3% nutricionistas e 36,4% pediatras, 50% destes têm mestrado como maior titulação. Em relação à formação dos juízes de design, 66,7% são mestres. Na análise dos juízes de conteúdo, a cartilha atingiu índice de validade de conteúdo de 0,9, com confiabilidade (alpha de cronbach = 0,980) e concordância das respostas (Coeficiente de Correlação Intraclasse = 0,980) altas e adequação a partir da utilização do SAM foi “superior” (77%). Na análise dos juízes de design a partir do SAM, classificou-se a tecnologia educativa como “superior” com média de 90,1%. Participaram do estudo gestantes com faixa etária que variou de 18 a 42 anos, 42,4% destas estão na segunda gestação e 39,4% não têm nenhum filho. Na análise do público-alvo, o nível de concordância das respostas positivas quanto à organização, estilo de escrita, aparência e motivação da cartilha foi de 100%. Foi realizado ainda o Teste de Legibilidade de Flesch, que avaliou a cartilha como muito fácil de compreender. Conclui-se que a cartilha educativa foi considerada válida e confiável para ser utilizada por gestantes com o intuito de promover a autoeficácia materna para o aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Saúde da criança. Tecnologia Educacional. Estudos de Validação. Educação em Saúde

ABSTRACT

Breastmilk is the best and most complete food for babies, as it promotes bond, affection and nutrition, giving innumerable benefits to the mother and child binomial. However, the indicators show that breastfeeding rates in Brazil, in particular, exclusive breastfeeding rates, are lower than those recommended for the full growth and development of children. Thus, it is necessary to elaborate educational technologies for the purpose of increasing maternal self-efficacy for breastfeeding. The objective was to build and validate an educational booklet to promote maternal self-efficacy for breastfeeding. It is a methodological research focused on the development, evaluation and improvement of an educational technology, carried out from August 2017 to December 2018. The elaboration of the educational booklet was based on the Breastfeeding Self-Efficacy Scale - short form and in references on breastfeeding, following the assumptions of the Theory of Self-efficacy. Then the validation of the constructed material was carried out. Thus, 25 experts evaluated content, language and appearance of the technology, with 22 content judges (11 teachers and 11 with assistance experience) and 3 judges from the design area. All judges responded to a professional characterization tool and to the Suitability Assessment of Materials (SAM). Content judges also responded to an instrument to assess language clarity, practical relevance, and theoretical relevance of the primer. After all the suggestions made by the judges were examined, their adequacy was made. In the sequence, 33 pregnant women evaluated the educational technology regarding the organization, style of writing, appearance and motivation. The research project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, obtaining opinion nº 2,429,527. The educational booklet titled "I am able to breastfeed my child" aims at promoting maternal self-efficacy for breastfeeding and was designed to be used with pregnant women under prenatal care. Regarding the characterization of the judges, 36.4% of the content judges were nurses, 27.3% were nutritionists and 36.4% were pediatricians, 50% of whom had a masters degree. Regarding the training of design judges, 66.7% are masters. In the analysis of the content judges, the primer reached a content validity index of 0.9, with reliability (cronbach alpha = 0.980) and concordance of the responses (Intraclass Coefficient = 0.980) and adequacy from the use of SAM was "superior" (77%). In the analysis of the design judges from the SAM, the educational technology was classified as "superior" with an average of 90.1%. The study included pregnant women with ages ranging from 18 to 42 years, 42.4% of whom are in the second gestation and 39.4% have no children. In the analysis of the target audience, the level of agreement of the positive responses regarding the organization, writing style, appearance and motivation of the booklet was 100%. The Flesch Readability Test was also performed, which evaluated the booklet as very easy to understand. It is concluded that the educational booklet was considered valid and reliable for use by pregnant women with the intention of promoting maternal self-efficacy for breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding. Child health. Educational Technology. Validation Studies. Education in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma apresentando a elaboração e a validação da TE. Teresina, 2019.	30
Quadro 1	Aspectos da Linguagem, Ilustração e <i>Layout</i> que devem ser considerados na elaboração de TE em saúde.	32
Quadro 2	Requisitos para definição dos juízes docentes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e características estabelecidas para escolha e recrutamento dos juízes avaliados da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Teresina, 2019.	37
Quadro 3	Requisitos para definição dos juízes assistenciais de conteúdo proposto por Jasper (1996) e características estabelecidas para escolha e recrutamento dos juízes avaliados da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Teresina, 2019.	38
Quadro 4	Requisitos para definição dos juízes técnicos proposto por Jasper (1994) e características estabelecidas para escolha e recrutamento dos juízes avaliados da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Teresina, 2019.	40
Quadro 5	Classificação do material segundo as médias. Teresina, 2019.	44
Figura 2	Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019.	49
Quadro 6	Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019.	65
Quadro 7	Principais observações feitas pelos juízes de design com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019.	76
Quadro 8	Principais opiniões e sugestões do público-alvo para a cartilha educativa. Teresina, 2019.	80
Gráfico 1	Notas da avaliação das gestantes sobre a cartilha educativa. Teresina, 2019.	81
Figura 3	Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019.	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos juízes de conteúdo que validaram a cartilha educativa. Teresina, 2019.	59
Tabela 2	Distribuição do IVC de cada página de acordo com a análise dos juízes de conteúdo. Teresina, 2019.	60
Tabela 3	Índice de confiabilidade e concordância da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo (docentes e assistenciais). Teresina, 2019.	61
Tabela 4	Avaliação dos juízes de conteúdo quanto ao conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendizado e adequação cultural da cartilha educativa. Teresina, 2019.	62
Tabela 5	Distribuição do Índice de adequação da tecnologia educativa individual e total da cartilha educativa. Teresina, 2019.	63
Tabela 6	Avaliação dos juízes de design quanto ao conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendizado e adequação cultural da cartilha educativa. Teresina, 2019.	75
Tabela 7	Distribuição do Índice de adequação da tecnologia educativa individual e total da cartilha educativa. Teresina, 2019.	76
Tabela 8	Caracterização do público-alvo que validou a cartilha educativa. Teresina, 2019.	79
Tabela 9	Avaliação do público-alvo quanto à organização, estilo de escrita, aparência e motivação da cartilha educativa. Teresina, 2019.	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale - short form</i>
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
REDEBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
SAM	<i>Suitability Assessment of Materials</i>
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
TE	Tecnologias Educativas
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	Contextualização e histórico das ações de aleitamento materno no Brasil	16
3.2	Tecnologia educativa para promoção do aleitamento materno.....	18
3.3	Autoeficácia para o aleitamento materno.....	24
4	MÉTODO.....	30
4.1	Caracterização do estudo	30
4.2	Elaboração e validação da tecnologia educativa.....	30
4.3	Elaboração da cartilha educativa.....	31
4.4	Validação da cartilha educativa.....	34
4.5	Instrumentos de coleta de dados.....	42
4.6	Análise de dados.....	43
4.7	Adequação do material.....	45
4.8	Aspectos éticos e legais.....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5.1	Descrição da cartilha educativa.....	47
5.2	Validação da cartilha educativa.....	58
5.3	Versão final da cartilha educativa.....	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES.....	102
	APÊNDICE A – Carta convite aos juízes.....	103
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes).....	104
	APÊNDICE C - Formulário para validação da tecnologia educativa (Juízes de conteúdo)	106
	APÊNDICE D - Formulário para validação da tecnologia educativa (Juízes de conteúdo e técnicos)	116
	APÊNDICE E - Sinopse Autoeficácia para Amamentar	118
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestantes)	121
	APÊNDICE G - Formulário de validação da tecnologia educativa (Público-alvo)	124
	ANEXOS.....	126
	ANEXOS A – Parecer consubstanciado CEP	127

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é o melhor e mais completo alimento para os bebês, pois promove vínculo, afeto e nutrição, concedendo inúmeros benefícios para o binômio mãe e filho. É a forma mais sensível e econômica de alimentar as crianças pequenas, além de contribuir para um melhor crescimento e desenvolvimento, favorecer a saúde física e cognitiva e assim, reduzir a probabilidade de adoecer e morrer.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que todos os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno até o sexto mês de vida. Após esse período, o aleitamento materno (AM) deve ser complementado com outros alimentos até dois anos ou mais (WHO, 2018; BRASIL, 2015). Todavia, apesar dos esforços de organismos nacionais e internacionais e de evidências científicas, comprovando a imprescindibilidade da amamentação, as taxas de AM no Brasil, em particular, as de amamentação exclusiva, estão ainda inferiores ao recomendado (BRASIL, 2015).

Dados divulgados pela UNICEF no ano de 2013 mostram que somente 39% das crianças menores de seis meses estão em aleitamento materno exclusivo (AME) (UNICEF, 2013). No Brasil, o percentual de crianças em AM está em ascensão, ao comparar as pesquisas nacionais de 1999 e de 2008 observa-se que a duração mediana do AM e a prevalência de AME em menores de 4 meses aumentaram de 295,9 dias e 35,5%, em 1999, para 341,6 dias e 51,2%, em 2008, respectivamente. A partir dos resultados obtidos na pesquisa de 2008, constatou-se que o AME em crianças menores de seis meses ficou em torno de 41% e a prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses em torno de 58,7% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, tendo a região nordeste apresentado a menor taxa quanto ao AME, 37,0% (BRASIL, 2009).

Diante desses indicadores que se encontram distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e pelo MS, torna-se necessário adotar estratégias resolutivas para elevá-los, entretanto, métodos para orientar adequadamente sobre AM são um desafio aos estudiosos (PRAZERES et al., 2015). São numerosos os obstáculos ao AM, entre os quais estão os mitos e a desinformação, o que afirma a importância das orientações e intervenções dos profissionais de saúde no apoio à nutriz (SOUZA; FERNANDES, 2014).

As informações acerca do AM contribuem para que as mães compreendam todos os aspectos que envolvem a amamentação com a finalidade de minimizar ou eliminar dificuldades após o nascimento da criança, visto que as orientações fortalecem a confiança e as capacidades maternas em amamentar (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

A autoeficácia materna em amamentar, que está relacionada à confiança e às habilidades para amamentar, tem conquistado notoriedade, uma vez que, influencia diretamente na prática e duração do AM (DODT et al., 2013).

Segundo a Teoria da Autoeficácia de Bandura, o nível de confiança do indivíduo em suas habilidades é um forte motivador e regulador de seus comportamentos. Assim, ao perceber-se capaz de realizar uma determinada tarefa faz maior esforço e tem maior motivação para concluí-la (BANDURA, 1997a).

Com base nessa teoria, Dennis e Faux (1999) desenvolveram estudos da autoeficácia na amamentação, os quais apontam que a confiança materna em amamentar advém de a circunstância da mulher possuir conhecimentos e desenvolver habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito.

Desta forma, a confiança materna para amamentar se constrói a partir de experiências pessoais positivas relacionadas a amamentações anteriores, da experiência, através da observação e apoio de outras mães que também amamentaram, do apoio e encorajamento de pessoas próximas que incentivam a prática do aleitamento e do estado emocional e fisiológico que contribuam para o sucesso da amamentação (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

Com base na teoria de Bandura, foi desenvolvida e validada no Canadá por Dennis e Faux, em 1999, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) para avaliar a confiança materna na amamentação, mensurar os fatores que possam explicar a interrupção precoce do AM e delinear estratégias de intervenção nos pontos de maior vulnerabilidade de cada nutriz (SOUSA et al., 2015). A escala foi traduzida, adaptada e validada para outros países, inclusive no Brasil em estudo com gestantes (ORIÁ; XIMENES, 2010). Posteriormente, foi construída a versão abreviada da BSES, conhecida como *short form* (BSES-SF), para aperfeiçoar a assistência de enfermagem na promoção do AM (DENNIS, 2003). Esta versão foi validada com puérperas em alojamento conjunto (DODT, 2008; DODT et al., 2012).

A partir de uma reflexão dos itens dessa escala, dos pressupostos da Teoria da Autoeficácia e de referências sobre alojamento conjunto, foi desenvolvido e validado no Brasil um álbum seriado intitulado “eu posso amamentar meu filho” (RODRIGUES et al, 2013). O referido álbum é composto por oito ilustrações para a puérpera e sete fichas-roteiro voltadas para o profissional, as quais foram validadas por juízes e alcançaram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,92 e 0,97, respectivamente (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012).

Porém, o tema autoeficácia materna para amamentar é ainda recente no Brasil. Estudos utilizando a escala da autoeficácia, que permite a identificação dos pontos de vulnerabilidade

materna em sua habilidade de amamentar, só foram realizados em três cidades brasileiras: Fortaleza, Caxias do Sul e São Paulo (SOUSA et al., 2015).

Conhecer a capacidade e habilidade das mães para a amamentação pode ser uma maneira de prever se elas manterão o aleitamento pelo período recomendado, o que pode servir como parâmetro para o profissional constatar dificuldades e fragilidades e estabelecer intervenções de apoio (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Em função dos diferentes aspectos que envolvem o risco da não amamentação exclusiva até os seis meses de vida e sua manutenção até pelo menos dois anos, é necessário o acompanhamento da gestante e desenvolvimento de intervenções educativas, favorecendo o acesso das mães às informações acerca do AM durante o pré-natal, uma vez que, as orientações fortalecem a confiança e as capacidades maternas em amamentar (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

É cada vez mais frequente o uso de tecnologias educativas (TE) impressas, associadas às atividades de educação em saúde, dado que a aplicação concomitante da orientação verbal com a escrita torna o método mais efetivo, o que facilita a compreensão por parte dos sujeitos e promove uma melhora na sua adaptação ao contexto social/cultural no qual está inserido (SOUSA; TURRINI, 2012).

Nessa perspectiva, ganham destaque na assistência à saúde, as ferramentas tecnológicas, tais como jogos, álbuns seriados e cartilhas, auxiliando os profissionais no compartilhamento de seus conhecimentos e na troca de experiências (CHAVES et al., 2015).

O presente estudo construiu e validou uma cartilha educativa com o intuito de elevar o conhecimento e conduzir as mães ao desenvolvimento das habilidades necessárias para o AM e, desta forma, promover a autoeficácia materna para a amamentação desde o período gravídico.

Acredita-se que o uso desta TE no desenvolvimento da autoeficácia materna para amamentar pode contribuir para melhorar a adesão dessa prática, elevar as taxas de AME e o prolongamento do AM complementado, reduzindo os índices de desmame precoce, uma vez que, a autoeficácia conduz a mãe para amamentar seu filho com êxito.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Construir e validar uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para amamentar.

2.2 Específicos

- Validar conteúdo e aparência da cartilha educativa junto a juízes de conteúdo (docentes e assistenciais) e técnicos (design);
- Avaliar o material educativo utilizando o instrumento Suitability Assessment of Materials (SAM) por juízes de conteúdo e técnicos;
- Realizar a validação da cartilha educativa com gestantes quanto a aparência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização e histórico das ações de AM no Brasil

Em 2001, a OMS passou a recomendar o AME como a única fonte alimentar para praticamente todos os lactentes até seis meses de idade (VIEIRA; AMORIM; MOURA, 2013). O AME fomenta benefícios notáveis para a saúde e nutrição da criança, devido à prevenção contínua contra doenças e ao fornecimento da quantidade adequada de nutrientes (NARDI; GUSMÃO; CARVALHO, 2014). Fornece balanceamento completo dos nutrientes contribuindo para o crescimento e desenvolvimento imunológico e reduz a morbidade e mortalidade (SÁ; LUNA, 2015).

Esse tipo de aleitamento é caracterizado pela ingestão somente de leite materno, diretamente da mãe, ou ordenhado, sem nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de suplementos vitamínicos, minerais e medicamentos, uma vez que, o leite materno é altamente específico e atende a todas às necessidades nutricionais da criança (DIAS et al, 2015).

A OMS e o MS definem ainda outras categorias de AM. O aleitamento materno predominante: ingestão de leite materno como fonte principal de nutrição, podendo a criança receber ainda água, bebidas à base de água e sucos de frutas, com exceção de alimentos sólidos ou outro tipo de leite; aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independente ou não de receber outros alimentos; aleitamento misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite e; aleitamento materno complementado: leite materno e qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar e não de substituir a amamentação (BRASIL, 2015). Os alimentos complementares devem ser nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, ofertados, associados à amamentação continuada até, no mínimo, os dois anos de idade (VIEIRA; AMORIM; MOURA, 2013).

O AM é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, trazendo consigo inúmeros benefícios para a criança e para a mãe. A amamentação exclusiva pode proporcionar vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas para a criança, maiores ganhos para o desenvolvimento infantil, alguma proteção contra obesidade e doença crônica na vida adulta (MAYCOCK et al., 2015). O aleitamento propicia ainda, proteção contra infecções e redução do índice de desnutrição, diarreia, alergia, doenças respiratórias, otites, entre outras, promovendo o desenvolvimento sensor e cognitivo da criança (BRASIL, 2015; DIAS et al, 2015).

Os benefícios para a saúde da mãe incluem amenorreia lactacional, aumento do intervalo interpartal, perda de peso, ganho na gestação, proteção contra câncer de ovário e de

mama, remineralização óssea para níveis superiores aos presentes antes da lactação, perfis de glicemia melhorados em mulheres com diabetes gestacional, diminuição do risco de desenvolver diabetes tipo 2 e outras doenças crônicas (NARDI; GUSMÃO; CARVALHO, 2014; MAYCOCK et al., 2015).

Nessa perspectiva, a proteção, a promoção e o apoio ao AM têm sido uma estratégia mundialmente relevante no setor saúde e outros setores sociais para melhorar as condições de saúde das crianças (SANTOS et al., 2016). Desse modo, ao longo dos anos, vem sendo desenvolvido no Brasil e no mundo diversas estratégias, programas e ações de incentivo ao AM.

Até o início de 1980, as atividades de incentivo ao AM no Brasil aconteciam de forma isolada. Todavia, em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao AM (PNIAM), programa responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento natural no país (REIS et al, 2008).

A OMS e a UNICEF, em 1989, lançaram uma declaração conjunta sobre o papel dos serviços de saúde e maternidades, na qual são estabelecidos os dez passos para o sucesso da amamentação. Em 1990, idealizaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o objetivo de sensibilizar os profissionais das instituições de saúde para mudar condutas e rotinas que elevam os índices de desmame precoce. No mesmo ano, o Brasil foi um dos doze países escolhidos para implementar a IHAC pela Declaração de Innocenti, a qual objetivava fortalecer a promoção do AM. Em 1992, foi criada a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), comemorada internacionalmente de 01 a 07 de agosto por mais de 150 países, inclusive no Brasil (ABISSULO, 2016).

Em 1998, foi inserido o Programa de AM, que passou a implementar novas ações e continuar as já existentes com o objetivo de melhorar os índices de AM no país (REIS et al, 2008). Nesse mesmo ano, foi criada pelo MS a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH) no I Congresso Brasileiro de Leite Humano, garantindo que os bebês prematuros ou doentes sejam alimentados com leite humano de suas mães ou doadoras (BRASIL, 2008).

A partir de 2004, o MS em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria lançou a iniciativa “Madrinha da SMAM”, no qual se convida uma lactante famosa nos meios de comunicação para servir de modelo a ser seguido (SERVA, 2011).

Em 2007, o MS elaborou a Rede Amamenta Brasil, uma proposta nacional sobre o AM direcionada à atenção básica, uma estratégia baseada nos pressupostos da educação crítico-reflexiva e alinhada às propostas da política da educação permanente, com a finalidade de

qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para o fortalecimento das ações de promoção do AM (VENÂNCIO et al., 2013).

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do MS que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

No mesmo ano, o Brasil atingiu uma das metas dos Objetivos do Milênio ao reduzir 2/3 da mortalidade infantil entre os anos de 1990 e 2015 e obter taxa de mortalidade infantil de 15,7 óbitos (SOUSA et al., 2015).

Em 2013, para fortalecer a promoção e a proteção do processo de AM, foi implantada a rede “Amamenta e Alimenta Brasil”, que tem como objetivo reforçar e incentivar a promoção do AM e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção (BRASIL, 2013; ORSO; MAZZETTO; SIQUEIRA, 2016).

Todas essas iniciativas em prol da amamentação buscam uma progressão dos indicadores de AM, não obstante, apesar dos esforços dos órgãos nacionais para ascender tais indicadores, ainda não se pode afirmar mediante dados estatísticos que esses índices se encontram adequados à qualidade de vida e saúde das crianças brasileiras. Destarte, tornam-se importantes e necessárias novas estratégias de incentivo à amamentação, destacando-se as atividades de educação em saúde mediadas por TE.

3.2 Tecnologia educativa para promoção do AM

Estratégias educativas de incentivo ao AM vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos objetivando sua exclusividade no primeiro semestre de vida das crianças, maior duração, bem como introdução adequada dos alimentos complementares associada à amamentação com o intuito de elevar a qualidade de vida e de saúde na infância e na vida adulta.

As práticas educativas estimulam a participação dos indivíduos nas decisões de saúde, objetivando refletir e modificar o estilo de vida, incrementando a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos. Estão fundamentadas na necessidade de reorientação de paradigmas de atenção à saúde para promover a saúde humana, podendo ocorrer de forma individual ou coletiva (SILVA et al, 2017).

Dentre as estratégias de educação em saúde que se propõem a qualificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos indivíduos, ganha destaque as TE como *folders*, cartazes, cartilhas, livretos, folheto, álbuns seriados, manuais, cadernos de orientação e

apostilas, disponíveis nos meios de comunicação, e que visam favorecer atividades de ensino e aprendizagem, intervir nas práticas educativas em comunidade (TEIXEIRA et al., 2016).

Nietsche et al. (2005) categoriza as tecnologias em enfermagem em gerenciais, assistenciais e educacionais. As tecnologias gerenciais são consideradas como um processo sistematizado e testado das ações técnico-práticas utilizadas no gerenciamento da assistência e dos serviços de enfermagem para intervir no contexto da prática profissional. As tecnologias assistenciais incluem a construção do saber técnico científico, construindo-se no conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais de prestação de uma assistência qualificada em todas as suas dimensões. As TE, as quais esse estudo se dedica, são conceituadas como conjunto sistemático de conhecimentos científicos que possibilitam o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional.

Para Merhy (2002), as tecnologias em saúde classificam-se como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho. As leve-duras são saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como clínica médica, clínica psicanalítica, epidemiológica, processo de enfermagem e de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. As duras são equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estrutura organizacional. (MERHY, 2002).

As TE tem a função de potencializar as habilidades do indivíduo e assistir no desenvolvimento de novas atitudes buscando uma transformação de si mesmo (BERARDINELLI et al., 2014). O uso dessas tecnologias é uma opção exequível para fornecer conhecimento e sensibilizar a população ao contribuir para a promoção da saúde por meio da construção compartilhada de conhecimentos (BENEVIDES et al., 2016).

As TE lúdicas devem mediar a reflexão dos indivíduos para mudanças em seus comportamentos, como participantes dos distintos materiais educativos produzidos para diversos públicos e suas necessidades (SILVA et al, 2017). No contexto do AM, as tecnologias são direcionadas ao processo de ensino e aprendizagem de gestantes e nutrizes que estão se preparando para vivenciar e/ou vivenciando a amamentação (SILVA et al., 2016).

No Brasil, nos últimos anos, vem sendo desenvolvidas algumas TE como ferramentas de incentivo ao AM com o objetivo de facilitar o aprendizado para amamentação, como jogos, literatura de cordel, manuais, teleamamentação, álbuns seriados, história em quadrinhos e cartilhas.

O Jogo “Quem não Joga não Mama”, que recebeu essa intitulação numa alusão ao ditado popular “Quem não Chora não Mama”, foi elaborado para adolescentes com o intuito de

promover o AM. O jogo educativo é composto por 35 peças para colocar no chão, com 42,5 x 30 cm de dimensões, em papel couchê, que formam diversas possibilidades de tabuleiros, por um cartão de instruções e um dado. Fazem ainda parte do jogo 26 cartas de mão, que contêm as perguntas que o enfermeiro deve fazer às adolescentes, bem como o direcionamento de respostas que conduzirão o facilitador. As cartas abordam conteúdos relacionados à prática do AM e questões vivenciais relacionadas à amamentação. Esta tecnologia foi validada com IVC geral de 0,98, concordância de aparência com porcentagem de 98,5% e coeficiente de Alpha de Cronbach total de 0,88 (SILVA et al, 2017).

A TE sobre AM na modalidade de literatura de cordel tem a vantagem de atrair o público pela rima e aguçar o interesse do indivíduo, um veículo de comunicação que foi durante muito tempo responsável pela alfabetização de nordestinos (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

O cordel intitulado “Amamentação em ação” desenvolvido no estudo de Oliveira e Pagliuca (2013) é composto por 44 sextilhas, estrofes com seis versos, sendo o primeiro, terceiro e quinto versos livres e o segundo, quarto e sexto versos com rimas. O cordel está apresentado em seis categorias: composição do leite materno; mitos e tabus; profissional, família e amamentação; vantagens da amamentação para a criança; vantagens da amamentação para a mãe e a família; comunicação em saúde. Ao ser avaliada, a literatura de cordel mostrou-se positiva quanto ao seu polo teórico e pelo seu formato segundo o modelo da psicometria (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013). Por se tratar de estratégia distinta e inovadora, posteriormente, o cordel foi adaptado para a realidade de Portugal (OLIVEIRA; CARVALHO; PAGLIUCA, 2014).

A literatura de cordel é uma forma de comunicação que retrata a cultura, o cotidiano, a realidade do povo e suas peculiaridades, possui uma linguagem acessível e busca aliar o conhecimento científico aos saberes populares com a elaboração da forma escrita e da forma cantarolada, tornando a tecnologia atrativa para o público alvo, devendo ser adaptada aos costumes e realidades de cada localidade (SILVA et al., 2016).

Outra TE utilizada para incentivar a amamentação foi um manual educativo. Este educativo foi elaborado com 17 ilustrações e seus respectivos textos explicativos embasados na literatura. Após validação de aparência e conteúdo por cinco profissionais de saúde e validação de aparência por 17 puérperas de uma maternidade de referência em Fortaleza-CE, o manual educativo final resultou em um total de 13 figuras/textos explicativos, tendo sua validade comprovada com IVC geral de 0,97 (COSTA et al., 2013).

A utilização deste manual, tanto no período pré-natal como no puerpério, facilitará a prática da enfermagem como forma de responder às principais dúvidas do cotidiano materno

(SILVA et al., 2016). Os manuais educativos constituem-se um meio promissor para a difusão de informações, por utilizarem ilustrações, linguagem clara e compreensível para todas as camadas sociais, podendo direcionar, padronizar e dinamizar as ações e orientações de educação em saúde (COSTA et al., 2013).

A teleamamentação é uma tecnologia desenvolvida com a meta de capacitar profissionais da atenção primária, em relação aos diversos aspectos da amamentação, por diferentes profissionais da área da saúde relacionados com amamentação: pediatras, enfermeiras, fonoaudiólogas, nutricionistas e dentistas. Para isso, foi elaborado um texto técnico sobre AM, enriquecido com imagens, com doze capítulos e um conjunto de questões auto avaliativas, um vídeo, dez casos clínicos e um roteiro de questões para as áudio-dicas. Os materiais foram construídos e disponibilizados de acordo com o limite de atribuições que competem a cada profissional, sendo agrupados separadamente para os profissionais de saúde e para os agentes comunitários de saúde (PRADO et al., 2013).

Os principais fatores do sucesso da teleamamentação foram a interdisciplinaridade e as parcerias, permitindo subsidiar conhecimentos, atitudes e habilidades para o AM, tornando-se uma estratégia promissora em produzir um impacto relevante na educação permanente de profissionais de saúde (SILVA et al., 2016).

A história em quadrinhos “Passeio ao zoológico: aprendendo sobre aleitamento materno”, foi desenvolvida para ser utilizada com crianças de 7 a 9 anos de idade, a qual tem como enredo mamíferos de um zoológico amamentando seus filhotes para assim, demonstrar a importância desse hábito para o crescimento e desenvolvimento. A história retrata de forma lúdica, através de comparações com mamíferos, alguns conceitos significantes como a importância do aleitamento materno na 1ª hora de vida, os riscos da amamentação cruzada, os benefícios do leite materno, os malefícios dos bicos e chupetas, como o apoio e o incentivo do pai pode ajudar na instituição do ato de amamentar. Essa TE voltada para a promoção do AM por meio da promoção de conhecimento sobre o tema desde a infância, foi validada por juízes de conteúdo com IVC de 0,90, alpha de cronbach 0,97 e coeficiente de correlação intercalasse 0,97 e pelos juízes de design com concordância de 90,4% (NOBRE, 2018).

Estudo realizado, em Recife-PE, com crianças do ensino fundamental distribuídas em dois grupos (intervenção e controle) utilizando um jogo de tabuleiro intitulado “trilha família amamenta”, pré e pós-teste, observou-se que a intervenção educacional contribuiu significativamente para o aumento dos escores de conhecimento das crianças acerca da amamentação no grupo intervenção (MARTINS et al., 2018).

Estudo que aplicou uma cartilha educativa intitulada “Amamentar: um ato de amor”, com 36 mães de crianças menores de dois anos, que compareceram para a consulta de puericultura nas Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos-PI e avaliou o conhecimento destas mães antes e após a estratégia educativa, verificou um aumento do conhecimento após a intervenção, elevando o percentual de acertos de 50,7% para 70% (SOUSA et al., 2017).

Foram desenvolvidas ainda TE com o propósito de elevar a autoeficácia materna para amamentar. Um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar durante o puerpério intitulado “Eu posso amamentar meu filho” composto por uma capa, sete figuras (Fi) e sete fichas-roteiro (FR), abordando a temática AM, bem como os domínios da escala BSES-SF (técnico e pensamentos interpessoais), foi elaborado e validado por dez juízes quanto à aparência e conteúdo com IVC de 0,92 para as figuras e de 0,97 para as fichas-roteiro (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012).

O referido álbum foi ainda validado quanto à aparência com 21 puérperas internadas no alojamento conjunto de uma maternidade escola, atingindo IVC global de 0,92 para todas as figuras (RODRIGUES et al, 2013). Foi realizado ainda um estudo pré-experimental, que objetivou verificar a autoeficácia da puérpera em amamentar antes e após a intervenção educativa. A aplicação do álbum seriado, por meio do uso da BSES-SF, o qual constatou um aumento dos escores total da escala após a utilização da intervenção educativa, bem como dos domínios técnico e pensamento intrapessoal, verificando associação estatisticamente significativa entre os escores total da escala e o domínio pensamento intrapessoal (DODT et al., 2013).

Posteriormente foi realizado um estudo quase experimental com 41 puérperas distribuídas nos grupos intervenção e controle em uma maternidade pública no município de Quixadá-CE, utilizando o mesmo álbum seriado. A intervenção educativa consistiu na aplicação do álbum no pós-parto imediato. Todas as puérperas do grupo intervenção apresentaram autoeficácia elevada após a intervenção, enquanto que o percentual no grupo controle se manteve semelhante ao anterior, ratificando o efeito positivo da intervenção na elevação da autoeficácia das mães em amamentar (CHAVES et al., 2015).

Foram ainda realizados três estudos de natureza experimental utilizando o álbum seriado. O primeiro foi realizado em Fortaleza-CE, conduzido em um grande hospital maternidade público, utilizando um pré-teste por meio da BSES, uma intervenção e um teste posterior, bem como um grupo de controle. A intervenção ocorreu com 201 mães distribuídas nos grupos intervenção e controle. As mães do grupo de intervenção tiveram pontuações altas

de autoeficácia, mais mães continuaram a amamentar e mantiveram um período maior de amamentação exclusiva, tanto quando obtiveram alta quanto dois meses após o parto, apresentando associações estatisticamente significativas (DODT et al., 2015).

O segundo foi realizado em Recife-PE, e avaliou os efeitos da utilização do álbum seriado sobre a autoeficácia na amamentação e seus efeitos no AME em crianças nos primeiros dois meses de vida. A intervenção foi realizada com 112 mulheres no terceiro trimestre de gestação, distribuídas aleatoriamente no grupo de intervenção e grupo controle. Houve diferença estatisticamente significativa nos valores médios dos escores de autoeficácia entre as mulheres do grupo intervenção e do grupo controle ($p < 0,001$) e nas taxas de AME ($p < 0,001$). A probabilidade de amamentar exclusivamente no grupo intervenção foi duas vezes maior do que no grupo controle (JAVORSKI et al., 2018).

O terceiro foi realizado no Rio Grande do Sul para avaliar o efeito da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum na promoção da autoeficácia em amamentar. Utilizou-se a BSES-SF para mensurar os escores de autoeficácia dos grupos intervenção e controle no período de acompanhamento: alojamento conjunto, durante o período puerperal imediato; 15 dias após o parto; e mensalmente até os 120 dias. Encontrou-se maior percentual de mulheres com autoeficácia em amamentar, alta, ao longo do período de acompanhamento no grupo intervenção ($p=0,002$) e um aumento da média dos escores de autoeficácia nesse grupo no período de acompanhamento ($p < 0,05$) (RODRIGUES et al., 2017).

No Cairo (Egito), foi realizada uma pesquisa experimental com 60 mães de bebês prematuros para avaliar o efeito de um programa educativo, elaborado com base na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977b). As sessões educativas ocorreram após o parto e durante a hospitalização da criança. Observou-se que as mães do grupo intervenção demonstraram melhora no manejo da lactação, dado que a prática da ordenha/expressão do leite das mamas era mais frequente do que nas do grupo controle. Além disso, 80% das mulheres do grupo intervenção tiveram alta com os filhos mamando exclusivamente, enquanto no grupo controle apenas 40% das crianças estavam em AME no momento da alta hospitalar (AHMED, 2008).

Na Austrália, 143 mulheres no terceiro trimestre de gestação, recrutadas em três clínicas de pré-natal, foram expostas a uma intervenção educativa com base nas fontes de informação para formação de crenças de autoeficácia propostas por Bandura (1977a). As mulheres do grupo intervenção receberam um livro interativo com foco na melhoria da confiança para amamentar, estruturado nas quatro fontes de informação das crenças de autoeficácia, as do grupo controle receberam um livro com informações técnicas sobre amamentação. As mulheres do grupo intervenção alcançaram melhores pontuações nos escores

da BSES-SF e amamentaram exclusivamente por mais tempo, quando comparadas as do grupo controle, na 4ª semana pós-parto (NICHOLS et al., 2009).

No Canadá, foi realizada uma oficina educativa sobre o processo de amamentação, embasada no referencial teórico de autoeficácia, na duração do aleitamento e na confiança da mulher para amamentar. O efeito dessa oficina foi investigado por meio de um ensaio clínico, controlado e randomizado que mensurou a autoeficácia pela BSES-SF nas mulheres do grupo controle e de intervenção antes da intervenção educativa, durante o pré-natal, também se avaliou o tipo de aleitamento na 4ª e 8ª semanas após o nascimento. Observou-se que o número de mulheres que interromperam o AME foi menor nas que receberam a intervenção educativa, além de terem alcançado melhores escores de autoeficácia (NOEL-WEISS et al., 2006).

Também no Canadá, foi realizado um estudo experimental, controlado e randomizado, para testar um protocolo de intervenção educativa individualizado com 150 puérperas primíparas, objetivando aumentar a autoeficácia para o AM, projetado a partir dos pressupostos da Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1977b). Constatou-se que a utilização do protocolo foi considerada como uma intervenção viável e eficaz que repercutiu positivamente nos escores da autoeficácia, na duração e no AME entre 4 e 8 semanas nas mulheres do grupo intervenção (MCQUEEN et al., 2011).

No Brasil, até 2019, o álbum seriado foi a única tecnologia educativa impressa, desenvolvida com o intuito de promover a autoeficácia materna para amamentar. Todavia, no decorrer dos últimos anos, a autoeficácia para o AM vem ganhando destaque e diversos estudos têm sido desenvolvidos envolvendo essa temática.

3.3 Autoeficácia para o AM

De acordo com Bandura (1977a), a autoeficácia é a habilidade pessoal de um sujeito para desenvolver com sucesso tarefas ou comportamentos para obtenção de uma ação desejável. Refere-se à análise do indivíduo de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio, sendo constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força) e fundamentada em quatro fontes de informação: experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal, e estado emocional e fisiológico.

A magnitude é o grau de dificuldade para desempenhar uma ação necessária para alcançar um objetivo, classificada como pequena, moderada ou grande. A generalização está relacionada às experiências do indivíduo que podem gerar expectativas limitadas ou difusas. A força refere-se à amplitude da expectativa, variando de fraca a fortemente arraigada (ORÍÁ, 2008).

Em relação às fontes de informações, a experiência pessoal é mais poderosa, uma vez que, uma experiência positiva eleva a autoeficácia, enquanto que uma experiência negativa a reduz, principalmente quando ocorre no início do processo de aprendizagem, entretanto, após o desenvolvimento de uma forte autoeficácia, as experiências negativas não repercutirão grandes efeitos. A experiência observacional constitui-se por compartilhar experiências de pessoas próximas, especialmente na ausência de experiência pessoal prévia. A persuasão verbal advinda de fontes experientes pode convencer o indivíduo de seu potencial e habilidade para assumir um comportamento, sendo a fonte de autoeficácia mais utilizada pelos profissionais de saúde. Por fim, os estados emocional e fisiológico positivos refletidos na satisfação e excitação podem aumentar a autoeficácia (BANDURA, 1977a).

Em seus estudos, Bandura notou que a autoeficácia interpõe-se aos comportamentos de saúde, na perspectiva de que as pessoas precisam crer que podem engajar-se a comportamentos saudáveis, para que assim, possam realizar os esforços necessários para alcançá-los. Dessa maneira, o mesmo se destacou na Teoria da Aprendizagem Social e a definiu sua própria teoria conhecida como Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1977a).

De acordo com essa teoria, o nível de confiança do indivíduo em sua competência é um forte motivador para seus comportamentos. Assim, quando se considera capaz de realizar uma determinada tarefa faz maior esforço para firmá-la e desempenha uma maior motivação para concluí-la, dispondo de mais tempo na sua realização (MARIANO et al., 2016).

A partir dos pressupostos da Teoria da Autoeficácia, têm sido desenvolvidos estudos para estimular a motivação e a confiança em diversas áreas da saúde, com construção de diversas escalas que avaliam a autoeficácia do indivíduo em vários comportamentos (DODT, 2008). É necessário que as pessoas tenham a convicção de que poderão realizar determinado comportamento com êxito e conseguir o resultado de saúde esperado, para isso, é preciso que o indivíduo se sinta capaz de realizar este comportamento (GUIMARÃES et al., 2017a).

Fundamentando-se na Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977a), Dennis (1999) passou a estudar a confiança da mulher para a amamentação, o que resultou na construção e validação da BSES por Dennis e Faux em 1999 e da BSES-SF por Dennis (2003).

Os mesmos autores afirmam que a confiança materna para o AM se desenvolve baseada nas fontes de informações: experiências positivas anteriores, observação de outras mães amamentando, apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher e reações psicológicas diante do ato de amamentar. A decisão por amamentar é também influenciada pelas expectativas de resultado: a mãe decidiu amamentar, quanto esforço é gasto,

a mãe terá padrões de pensamento autoincentivadores ou autodestrutivos e como responderá emocionalmente às dificuldades na amamentação (DENNIS, 2006).

As evidências mostram que a BSES é um instrumento confiável para ser usado para apoiar profissionais de saúde que atuam em benefício do AM. Mostram também que as mulheres com maior nível de autoeficácia amamentam por mais tempo quando comparadas com as que apresentam nível inferior (GUIMARÃES et al., 2017b).

A BSES possui sua forma original com 33 itens, traduzida e validada no Brasil (ORÍ; XIMENES, 2010). Possui ainda, uma versão reduzida, BSES-SF, com 14 itens, também validada no país (DODT, 2008; DODT et al., 2012).

Tanto em sua versão original como na reduzida, a BSES permite conhecer a área em que a mulher tem menor autoeficácia na amamentação, viabilizando a implementação de estratégias de promoção do AM quando necessário, para evitar a não amamentação ou desmame precoce (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

Em ambas as versões da escala, cada mulher recebe uma pontuação que varia de 1 a 5 de acordo com o grau de concordância concedido por ela, perfazendo na versão completa e abreviada escores que variam de 33 a 165 e de 14 a 70, respectivamente. Após passar por processo de validação, as escalas ficaram organizadas nas duas categorias de domínio: técnico e pensamentos interpessoais. Na primeira categoria, a escala focaliza os aspectos técnicos do aleitamento materno mais citados pelas mulheres como: posição correta do bebê durante a amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de uma boa lactação, sucção do mamilo areolar dentre outros fatores. Já na segunda, é levado em consideração o desejo de amamentar, a motivação interna para a amamentação, satisfação com a experiência de amamentar, dentre outros fatores. A forma completa da escala possui 20 itens no domínio técnico e 13 no domínio pensamentos interpessoais, enquanto que a versão abreviada tem seu domínio técnico com 8 itens e pensamentos interpessoais com 6 itens (ORÍ, 2008; DODT, 2011).

Estudos estão sendo desenvolvidos na atualidade fazendo uso da BSES e da BSES-SF e relacionando a autoeficácia de mulheres para amamentar com múltiplas variáveis e fatores, estes estudos estão descritos a seguir.

Estudo que comparou a autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em Ribeirão Preto – SP observou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados, uma vez que, as médias de pontuação global entre o grupo das adolescentes e das adultas foram semelhantes nos domínios técnicos e pensamentos interpessoais. (GUIMARÃES et al., 2017a). Ao investigar associação entre a autoeficácia na

amamentação e os fatores sociodemográficos e obstétricos das adolescentes, estudo, desenvolvido no mesmo município, apontou que níveis de autoeficácia mais elevados estavam associados a ter apoio da mãe ou da sogra no pós-parto, amamentar na primeira hora de vida e estar em AME no momento da coleta de dados. Nenhuma variável obstétrica apresentou associação estatisticamente significativa com a autoeficácia na amamentação (GUIMARÃES et al., 2017b).

Estudo que teve como delineamento uma coorte descritiva e analítica acompanhada por um período de 4 meses com uma população de 300 binômios mães-bebês, realizado no Rio Grande do Sul, mencionou que a maior pontuação na BSES-SF foi um fator de proteção para amamentação exclusiva (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014). Outra coorte, realizada na cidade de São Paulo, com 100 puérperas, monitorou o AM no 7º, 15º, 30º, 45º e 60º dia e assinalou que 82,3% das mães obtiveram escores compatíveis com alta autoeficácia para a amamentação. Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação da média de tempo de AME e não exclusivo, com os escores de média e autoeficácia (SOUZA; FERNANDES, 2014).

Estudo longitudinal que buscou comparar as médias dos escores de autoeficácia em amamentar das mulheres no pré-natal e no pós-parto, com as variáveis da gravidez, do parto, do puerpério, encontrou que gravidez planejada, realizar seis ou mais consultas pré-natais, realizar a preparação das mamas para amamentar, pretender amamentar o filho, participar de grupo de gestantes, parto vaginal em hospital público, amamentar na primeira hora de vida e de forma exclusiva e não ter dificuldades para amamentar, teve relação significativa com a autoeficácia em amamentar (UCHOA et al., 2016).

Revisão integrativa que avaliou fatores que interferem na autoeficácia da amamentação identificou que boas condições socioeconômicas e demográficas, experiências positivas de AM, prática de AME após o parto, apoio da família, influência cultural positiva na amamentação, acesso às informações, decisão e intenção de amamentar, tipo de parto e sua vivência positiva, multiparidade e realização de pré-natal, interferem positivamente na autoeficácia. Todavia, preocupação materna quanto à qualidade e quantidade de leite, dificuldades no início do AM, estresse, ansiedade e depressão, mamilos doloridos durante o aleitamento, uso de fórmula láctea como complemento ou substituto do leite materno e o retorno da mulher ao mercado de trabalho, interferem de forma negativa na autoeficácia para amamentar (RODRIGUES et al, 2013).

Ao relacionar a depressão pós-parto e o nível de autoeficácia para amamentar, um estudo identificou que ter alta autoeficácia reduz em 38,8% o escore de depressão, enquanto

que elevada pontuação na escala de depressão pós-parto reduz em 11,84 pontos o escore da autoeficácia na amamentação, revelando associação de causa e efeito entre os sintomas de depressão pós-parto e a autoeficácia para amamentar (ABUCHAIM et al., 2016). Estudo realizado em São Paulo avaliou a associação entre autoeficácia na amamentação e depressão pós-parto com a interrupção AME, identificou que chances de interrupção do AME diminuem em 48% com a melhora do nível baixo de autoeficácia para médio e em 80% de médio para alto, enquanto a depressão pós-parto configura-se como fator de risco para o AM (VIEIRA et al., 2018).

Estudo transversal que analisou a prática da amamentação entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo durante a gestação atual, observou que houve associação entre o tipo de AM com 30 e 70 dias pós-parto e melhores condições vitais do recém-nascido com o nível de autoeficácia para amamentar. O fato de o bebê ter não apresentado intercorrências durante a internação ou ter permanecido em alojamento conjunto mostrou associação com a autoeficácia na amamentação (MARIANO et al., 2016).

Estudo realizado em Teresina-PI, numa Unidade Básica de Saúde, com 39 mães, visando avaliar a autoeficácia em amamentação, mostrou como resultado eficácia alta e média, não sendo identificada no estudo autoeficácia baixa. Na análise separada dos itens, os menores índices foram nos itens: 6 (Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando) e 13 (Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê) quanto à categoria técnica, e 2 (Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios), 8 (Eu posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família) e 10 (Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo), quanto ao domínio interpessoal (SOARES et al., 2013).

Estudos realizados na Turquia e na Inglaterra utilizando a BSES-SF evidenciaram que a experiência anterior de ter amamentado um filho e ter amamentado exclusivamente, apresentaram relação estatística significativa com a autoeficácia em amamentar (TOKAT et al., 2010; MCVARTER-SPAULDING; GORE, 2008). Corroborando com estudos realizados na Espanha e em Portugal, nos quais as pontuações na BSES-SF foram significativamente maiores em mulheres que tinham experiência anterior do que para mulheres sem experiência em amamentar (COUDRAY et al., 2011; SANTOS; BÁRCIA, 2009). Em estudos desenvolvidos na Espanha e no Reino Unido, foi constatada correlação positiva entre o número de filhos e a pontuação da BSES-SF, mulheres que possuíam mais filhos tiveram escores mais elevados de autoeficácia que as primíparas (COUDRAY et al., 2011; GREGORY et al., 2008).

Diversos estudos realizados ao redor do mundo que avaliaram a relação entre AM e autoeficácia, mostram que a esta está associada com o início e duração do aleitamento materno, como apontam os resultados observados no Canadá (DENNIS; FAUX, 1999; KINGSTON; DENNIS; SWORD, 2007), na China (DAI; DENNIS, 2003), na Polônia (WUTKE; DENNIS, 2007), na Austrália (BLYTH et al., 2002; BAGHURST et al., 2007), nos Estados Unidos (MCCARTER-SPAULDING; DENNIS, 2010), Porto Rico (TORRES et al., 2003), e no Brasil (ORÍÁ et al., 2009; DODT et al., 2012).

Destarte, estratégias educativas e TE apoiadas no referencial da Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977a), poderão contribuir para a promoção do AM e AME, visto que a expectativa ou crença da mulher sobre as próprias habilidades em cumprir os procedimentos ou ações recomendadas pelos profissionais da saúde para amamentar, é um fator importante para o início e a continuidade da amamentação.

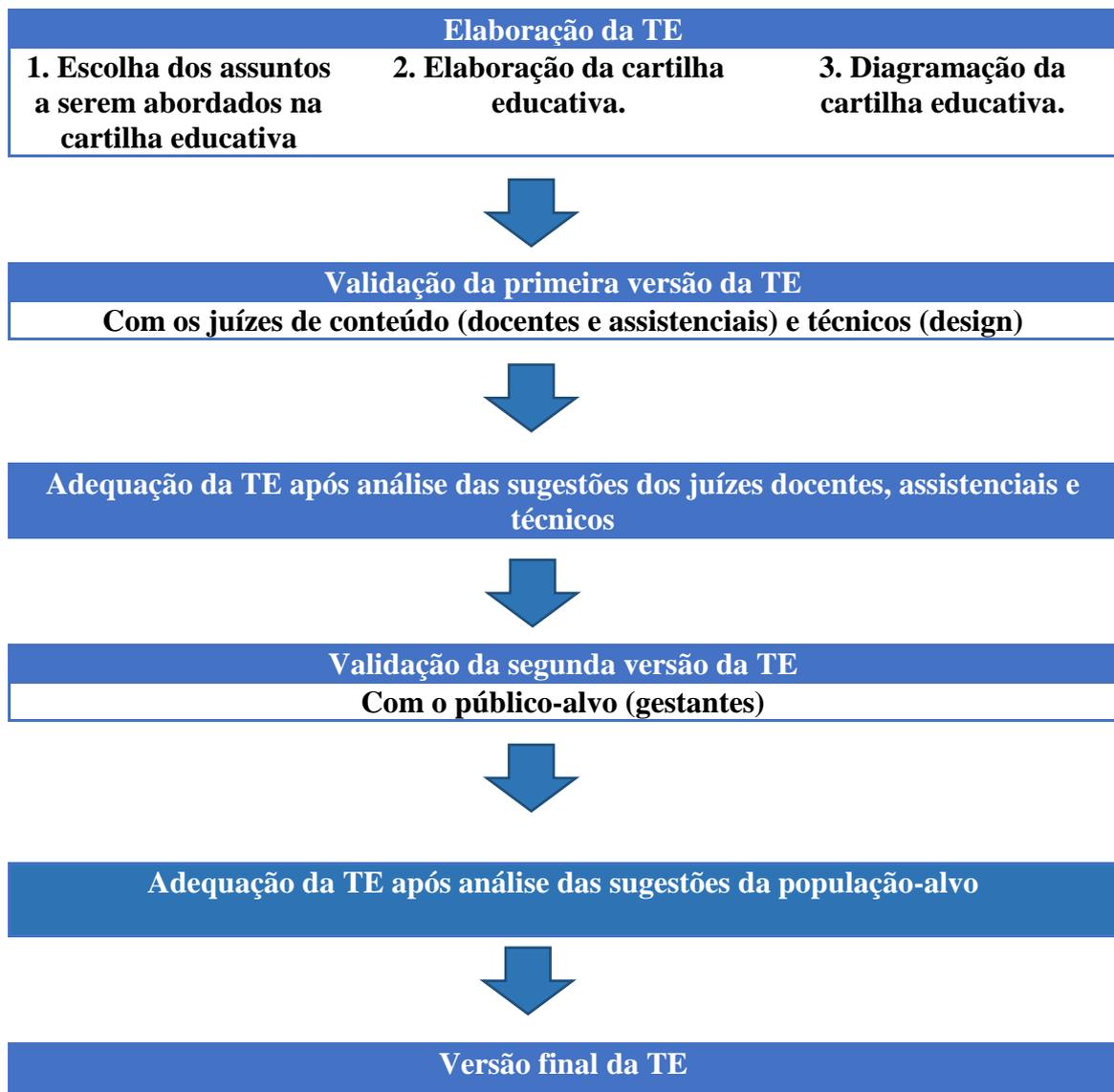
4 MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica do tipo desenvolvimento. O presente estudo construiu e validou uma TE a ser utilizada como estratégia educativa para desenvolver a autoeficácia materna em amamentar, resultando em uma cartilha educativa impressa intitulada “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Foi realizada validação de conteúdo e aparência da TE como fizeram outros estudos de validação (GALDINO, 2014; SABINO, 2016; MOURA et al., 2017; ALVES, 2017; NOBRE, 2018; LIMA, 2018).

4.2 Elaboração e validação da TE

Figura 1 – Fluxograma apresentando a elaboração e a validação da TE. Teresina, 2019.



4.3 Elaboração da cartilha educativa

O referencial teórico que permeou a elaboração da cartilha educativa foi a Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977a).

Para elaboração da cartilha educativa foram utilizados os 14 itens da BSES-SF, posto que a escala é referência em autoeficácia materna para o aleitamento materno no Brasil e no mundo. Além disso, foi feita ainda uma busca da literatura de referências atualizadas sobre AM e fatores que interferem no AM, sendo acrescentado um item na cartilha sobre problemas mamários, visto que, a condição das mamas é de grande relevância para a manutenção do AM. Muitas mães que amamentam têm dificuldades relacionadas à presença de fissuras no mamilo, dor nas mamas, ingurgitamento e mastite. A desinformação sobre prevenção desses problemas pode motivar o desmame precoce, acarretando prejuízos para o binômio mãe-filho (LEAL; SKUPIEN; RAVELLI, 2017).

Após a escolha dos assuntos a serem abordados e criação do enredo, falas e personagens da cartilha educativa pela pesquisadora, foi realizado o contato com profissional técnico capacitado para sua diagramação. O mesmo foi responsável por criar juntamente com a pesquisadora, ilustrações atrativas e de fácil compreensão ao público-alvo, além de condizerem com o contexto cultural das gestantes. Foi obtida a primeira versão impressa da cartilha educativa.

Para a elaboração e diagramação da cartilha educativa, foi utilizado o programa *Adobe® Ilustrador®*. Dessa forma, após a elaboração de cada página do material com figuras e textos propostos anteriormente, foi encaminhado à pesquisadora, para que a mesma realizasse uma avaliação da tecnologia educativa antes de enviá-lo para a análise dos juízes.

Para a adequabilidade da comunicação escrita da cartilha educativa, foi utilizado como referencial teórico-metodológico os estudos de Doak, Doak e Root (1996) e Moreira, Nóbrega e Silva (2003), utilizado por diversos pesquisadores na construção de TE (RODRIGUES et al., 2013; GALDINO, 2014; BARROS, 2015; SABINO, 2016; NOBRE, 2018).

Assim como propõem Doak, Doak e Root (1996), para a construção da cartilha educativa foi usada linguagem fácil, acessível e direta ao público que se deseja atingir. Um recurso de *layout* pode aumentar a percepção do paciente sobre a importância de um material educativo. Desse modo, a TE deve ser ilustrada com figuras e textos bem elaborados de modo a tornar mais acessível o entendimento, facilitando, assim, a comunicação visual e o acesso por parte dos sujeitos com pouca familiaridade com a linguagem escrita (DOAK, DOAK e ROOT, 1996).

Na construção da parte escrita da cartilha educativa foram redigidas sentenças relativamente curtas, usando sempre a voz ativa, de forma que indivíduos com baixo grau de escolaridade pudessem ler e compreender o material, assim como recomendam os autores do referencial teórico-metodológico. É necessário que haja adequação da linguagem científica para outra acessível ao público-alvo, pois assim, o conhecimento será melhor assimilado e mais provavelmente colocado em prática (DOAK, DOAK e ROOT, 1996).

Moreira, Nobrega e Silva (2003) descrevem os aspectos relacionados à linguagem, ilustrações e *layout* que o profissional de saúde deve considerar para elaborar materiais educativos impressos de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes.

Quadro 1 - Aspectos da Linguagem, Ilustração e *Layout* que devem ser considerados na elaboração de TE em saúde.

LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar ao leitor 3 a 4 ideias principais por documento ou por secção. - Desenvolver completamente uma ideia por vez, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir. - Evitar listas longas, uma vez que os leitores, geralmente esquecem itens de listas muito longas, sendo, por isso necessário à limitação a quatro ou cinco itens. - Declarar objetivamente a ação que é esperada do leitor. - Apresentar os conceitos e ações numa ordem lógica. - Clarificar ideias e conceitos abstratos com exemplos. - Incluir apenas as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem. - Destacar a ação positiva, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer. - Dizer aos leitores os benefícios que eles terão com a leitura do material. - Usar palavras curtas, sempre que possível. - Construir sentenças com 8 a 10 palavras e parágrafos com 3 a 5 sentenças. - Escrever como se estivesse conversando, pois este estilo é mais natural e fácil de ser lido e entendido. - Usar a voz ativa. - Limitar o uso de jargão, termos técnicos e científicos. Se forem indispensáveis, explique-os em linguagem que o leitor possa entender. - Usar palavras com definições simples e analogias familiares ao público alvo - Evitar abreviaturas, acrônimos e siglas. - Identificar um grupo de pessoas pela raça ou etnia, através do termo adotado pelo mesmo. - Elaborar mensagens adequadas a cada grupo ou subgrupo cultural ou étnico. - Fazer perguntas curtas e deixar espaço para o leitor escrever as respostas. - Pedir ao leitor para fazer escolhas, circulando ou marcando a opção correta, entre várias apresentadas. - Deixar espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas e pontos importantes. - Limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material. - Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto. - Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto. - Evitar desenhos e figuras estilizadas. - Ilustrar a ação ou o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado. - Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento.
	<ul style="list-style-type: none"> - Não usar caricatura para ilustrar partes do corpo ou itens relacionados com a saúde. - Usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público adulto/idoso com motivos infanto-juvenis e vice-versa. - Quando usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no contexto real.

Quadro 1 - Aspectos da Linguagem, Ilustração e *Layout* que devem ser considerados na elaboração de TE em saúde. (Continuação)

ILUSTRAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela. - Usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição. - Usar, com cautela, caricaturas. Elas são boas para comunicar humor, mas podem não ser entendidas por alguns leitores. - Usar imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem. - Usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos "universais" como sinal de pare, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público alvo. - Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público alvo. - Mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso. - Dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las. - Apresentar uma mensagem por ilustração. - Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso. - Colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem. - Usar legendas que incluam a mensagem chave. - Numerar as imagens, quando forem apresentadas em sequência. - Usar setas ou círculos para destacar informações-chave na ilustração.
LAYOUT E DESIGN	<ul style="list-style-type: none"> - Usar fonte 12, no mínimo. Se o material destina-se ao público adulto, usar, no mínimo, 14. - Usar fontes para os títulos, dois pontos maiores que as do texto. - Evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura. - Usar itálico, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou para destaques. - Usar as cores com sensibilidade e cautela, para não supercolorir, deixando o material visualmente poluído. - Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de se ler. - Impressão fosca (papel e tinta) melhora a legibilidade pela redução do brilho. - Fazer uma capa com imagens, cores e texto atrativos. - Mostrar a mensagem principal e o público alvo, na capa permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização. - Sinalizar adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores. - Colocar, no início da frase ou da proposição, as palavras ou ideias-chave. - Apresentar uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois, se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte. - Colocar a informação mais importante no início e no fim do documento. - Organizar as ideias no texto, na mesma sequência em que o público alvo irá usá-las. - Colocar a informação-chave numa caixa de texto, para facilitar a localização da informação na página. - Deixar no mínimo, 2,5 cm de espaço em branco nas margens da página e entre as colunas. - Limitar a quantidade de texto e imagens na página. - Usar títulos e subtítulos, deixando mais espaço acima que abaixo deles, para dar uma ligação mais forte.

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Todas as frases e os parágrafos da cartilha educativa passaram pelo teste de legibilidade de Flesch. A legibilidade de um texto refere-se à facilidade com que ele pode ser lido. Diversas características interferem no processo de leitura do texto, como vocabulário utilizado na estrutura das frases (SILVA; FERNANDES, 2009). Partindo desse pressuposto, foram criadas fórmulas para determinar de maneira objetiva, a legibilidade do texto. Uma delas é o teste de legibilidade de Flesch, simples e muito utilizado para calcular a facilidade de leitura de um texto (MARTINS et al., 1996).

O teste de legibilidade de Flesch utiliza uma pontuação que considera o número de sílabas por palavra e a quantidade de palavras por sentença, de forma a posicionar os textos analisados dentro de uma escala de 100 pontos. Por esse método, quanto maior a pontuação, mais fácil é o entendimento do texto analisado, logo, o grau de dificuldade do texto é diretamente proporcional ao tamanho de suas palavras e sentenças (KINCAID et al., 1975). A fórmula que o *Microsoft Word* utiliza para a realização do teste é:

$$206.835 - (1.015 \times \text{ASL}) - (84.6 \times \text{ASW})$$

Onde:

ASL= *average sentence length* (comprimento médio da sentença - o número de palavras dividido pelo número de sentenças);

ASW = *average number of syllables per word* (número médio de sílabas por palavra - o número de sílabas dividido pelo número de palavras).

O teste foi aplicado em cada parágrafo/frase da cartilha educativa e na cartilha completa, adotando como referência os seguintes índices: 100-75: muito fácil; 74-50: fácil; 49-25: difícil; 24-0: muito difícil (MARTINS et al., 1996).

O teste de legibilidade de Flesch foi realizado pela própria pesquisadora, por ser um teste fácil de ser aplicado e disponível para ser executado no Word, versão 2007.

4.4 Validação da cartilha educativa

Após a construção da cartilha educativa, foi necessário validá-la, por meio de um comitê composto por juízes, os quais possuem saberes em níveis e contextos diversos (LACERDA; MAGALHÃES; REZENDE, 2007; SABINO, 2016).

A validade refere-se ao grau em que um instrumento mede realmente a variável que pretende mensurar. Entre os tipos de validade, se destacam a de conteúdo e de aparência. A validade de conteúdo analisa se os conceitos estão representados de modo adequado, bem como se os itens ou textos do instrumento são representativos dentro do universo de todo o produto. É uma verificação da relevância dos itens propostos pelo instrumento de estudo e sua representatividade em relação aos objetivos propostos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

É uma avaliação que indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio. Dessa forma, faz-se necessário que os juízes sejam experts na área de interesse, para serem capazes de avaliar adequadamente a relevância de conteúdo dos itens submetidos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; SAMPIERI, CALLADO, LÚCIO, 2013; SANTIAGO, 2016).

A validade de aparência pode ser considerada uma forma subjetiva de validar um instrumento, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão (POLIT; BECK;

HUNGLER, 2011; ALVES, 2017). Tem a finalidade de verificar se o material é compreensível aos membros da população ao qual se destina (MOURA et al., 2008; BARROS, 2015).

À medida que a validade e confiabilidade dos instrumentos são demonstradas, atesta-se sua qualidade, afasta-se a possibilidade de erros aleatórios e aumenta-se a credibilidade de sua utilização na prática (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Doak, Doak e Root (1996) além de deixarem clara a importância de se validar conteúdo e aparência na elaboração de TE em saúde, ressalta também a necessidade de avaliar a adequabilidade dos materiais escritos, para isso, indicam a utilização do instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM) como uma das ferramentas utilizadas pelos pesquisadores para avaliação de materiais educativos impressos. O SAM enquanto instrumento de avaliação se destaca por ter uma avaliação mais rigorosa e quantificada de materiais e ser utilizado em qualquer meio (SABINO, 2016). Então, assim como recomendam Doak, Doak e Root (1996), o presente estudo realizou a avaliação do material construído com o auxílio do instrumento SAM.

4.4.1 Validação da cartilha com os juízes

Para a seleção dos juízes, Pasquali (2013) ressalta que o número de seis a vinte especialistas é o recomendável para o processo de validação, Lynn (1986) recomenda de três a dez, Fehring (1986) afirma ser necessário de vinte a cinquenta especialistas. Vianna (1982), Lopes (2004) e Polit e Beck (2011) sugerem que o número de especialistas seja ímpar para evitar o empate de opiniões e questionamentos dúbios.

Para a definição do tamanho amostral, adotou-se a fórmula que considera a proporção final dos sujeitos no tocante à determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção (ARANGO, 2009):

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}, \text{ onde:}$$

$Z\alpha$: refere-se ao nível de confiança (convencionou-se 95%);

P: proporção de indivíduos que concordam com a pertinência dos itens;

d: diferença da proporção considerada aceitável

Dessa forma, para o estabelecimento do tamanho amostral para os juízes de conteúdo no presente estudo, adotaram-se os seguintes critérios estatísticos: proporção mínima de 85% de concordância com relação à pertinência de cada componente avaliado e diferença de 15% quanto à concordância, incluindo um intervalo de 70% a 100% na referida concordância (VITOR, 2010).

Ao final, obteve-se uma amostra de 22 juízes de conteúdo, distribuídos em dois grupos com quantidade ímpar em cada grupo:

1) juízes docentes de conteúdo (onze: quatro enfermeiros, quatro pediatras e 3 nutricionistas, pesquisadores/docentes com experiência na área de AM e/ou autoeficácia, TE e/ou validação de instrumentos);

2) juízes assistenciais de conteúdo (onze: quatro enfermeiros, quatro pediatras e três nutricionistas, com experiência em acompanhamento pré-natal, AM, no cuidado clínico de saúde da criança, TE e/ou validação de instrumentos);

Os profissionais nutricionistas foram incluídos como avaliadores de conteúdo, pois no Piauí esses profissionais contribuem de forma efetiva para o início e manutenção do aleitamento materno, estando também muito presentes nos bancos de leite humano. O profissional nutricionista é formado para estabelecer cuidados com a alimentação nas diferentes fases da vida. Ao se considerar a hegemonia do leite materno na alimentação inicial da criança, o ato de amamentar torna-se diretamente ligado à orientação nutricional, assim, o nutricionista faz-se protagonista na promoção das recomendações sobre AM (VIEIRA et al., 2009).

A cartilha foi avaliada ainda por três juízes com experiência em design e *marketing*, totalizando 25 juízes.

Para Echer (2005), a avaliação por diferentes profissionais é a ocasião em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando diferentes perspectivas sob o mesmo foco.

4.4.1.1 *Validação da cartilha educativa com os juízes de conteúdo (docentes e assistenciais)*

Para proceder à escolha e ao recrutamento dos juízes de conteúdo, foram utilizados os critérios estabelecidos por Jasper (1994), que dizem que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes; e possuir classificação alta atribuída à autoridade.

Na presente investigação, determinou-se que para ser incluído como juízes da validação da presente cartilha educativo, o profissional deve atender a pelo menos dois dos critérios estabelecidos por Jasper (1994), sendo assim considerado especialista na área de interesse. Dessa forma, características específicas referentes a cada um dos requisitos citados foram estabelecidas de forma que o participante deve atender a, no mínimo, uma das características instituídas para o requisito em que se enquadra. Essa seleção foi utilizada por Mota (2014), Sabino (2016) e Nobre (2018).

Os quadros 2 e 3 abaixo representam os requisitos para definição dos juízes de conteúdo docentes e assistenciais, conforme recomenda Jasper (1994). Foram selecionados peritos na área de Saúde da Criança/Amamentação para a avaliação da cartilha educativa.

Quadro 2 – Requisitos para definição dos juízes docentes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e características estabelecidas para escolha e recrutamento dos juízes avaliados da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência docente na área de interesse*; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*; - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em resumo(s) científico(s) com temáticas relevantes à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse(s)*.
Possuir aprovação em um teste %, específico para identificar juízes.	- Ser Profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em resumo(s) científico(s) com temáticas relevantes à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse(s)*.

*Área de interesse: Autoeficácia; Amamentação; Tecnologias educativas. Fonte Sabino (2016).

Quadro 3 – Requisitos para definição dos juízes assistenciais de conteúdo proposto por Jasper (1996) e características estabelecidas para escolha e recrutamento dos juízes avaliados da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*; - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em resumo(s) científico(s) com temáticas relevantes à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse(s)*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	- Ser Profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> -Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: Saúde materno-infantil; Amamentação; Tecnologias educativas .Fonte Sabino (2016).

Andrade (2011) refere que quanto mais títulos e pesquisas realizadas e/ou quanto maior a experiência do profissional em uma área afim, mais qualificado ele será para atuar como perito.

Para a amostra dos juízes de conteúdo, foi utilizada a técnica de bola de neve, já utilizado com êxito por outras dissertações em saúde (NOBRE, 2018; ALVES, 2017; SABINO, 2016; SANTIAGO, 2016; BARROS, 2015; GALDINO, 2014; LIMA, 2014). Método este conhecido pela identificação de um único profissional capacitado na área e o mesmo recebe a

função de determinar por indicação os demais participantes (POLIT; BECK, 2011). Lobiondo-Wood e Haber (2001), dizem que se trata de uma estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas, como nesse caso, em que se necessita de características muito específicas dos juízes.

Para a validação de conteúdo, faz-se necessário que os juízes sejam experts na área de interesse, pois somente assim serão capazes de avaliar adequadamente a relevância de conteúdo dos itens submetidos (JOVENTINO, 2010; SANTIAGO, 2016).

Foram incluídos na amostra dos juízes de conteúdo os que preencheram os critérios de elegibilidade propostos por Jasper (1994). Os mesmos receberam uma Carta-Convite (APÊNDICE A), via e-mail, correio postal ou pessoalmente explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participar da mesma. Após esse contato e a posterior aceitação procedeu-se o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), um instrumento para caracterização dos juízes, adaptado de Nobre (2018), e de avaliação da clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica da cartilha educativa, adaptado de Sabino (2016) (APÊNDICE C), o SAM para avaliar a adequabilidade do material, adaptado de Sousa, Turrini e Poveda (2015) de (APÊNDICE D), a cartilha educativa em PDF ou impressa e uma sinopse explicando a teoria da autoeficácia e a autoeficácia para o aleitamento materno (APÊNDICE E). Essa sinopse sobre a teoria da autoeficácia para o aleitamento materno foi disponibilizada para que todos os juízes pudessem compreender melhor o referencial teórico utilizado na elaboração da cartilha educativa.

Foi dado a cada juiz um prazo de 10 dias para responder a validação da cartilha educativa. Aos que não atenderam a esse prazo, foi realizado novo contato e prorrogado o prazo por mais 10 dias, sendo excluídos da pesquisa aqueles que não enviaram o material até o fim do segundo prazo estipulado.

4.4.1.2 *Validação de aparência da cartilha educativa com juízes com experiência em design e marketing*

A seleção dos juízes com experiência em design e marketing, igualmente aos juízes de conteúdo que realizaram a validação da cartilha educativa, também ocorreu pelo método bola de neve seguindo os critérios estabelecidos por Jasper (1994).

Os critérios estabelecidos por Jasper (1994) estão elencados abaixo, no Quadro 4. Nessa fase foram inclusos os juízes que atenderam a pelo menos dois requisitos, com pelo menos uma característica em cada um dos requisitos em que se enquadra.

Quadro 4 – Requisitos para definição dos juízes técnicos proposto por Jasper (1994) e características estabelecidas para escolha e recrutamento dos juízes avaliados da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	- Ter experiência profissional com tecnologias educativas e/ou material impresso por um período mínimo de 5 anos;
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*; - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter experiência como avaliador de tecnologias educativas e/ou materiais impressos; - Ter autoria em resumo(s) científico(s) com temáticas relativas a área de interesse*, em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	- Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Design da Informação.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	- Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(s) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: Tecnologia Educativa em Saúde e/ou Material Impresso. Fonte Sabino (2016).

O contato com os juízes ocorreu através do envio de uma Carta-Convite (APÊNDICE A), via e-mail, correio postal ou pessoalmente explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participar da mesma. Após esse contato e a posterior aceitação procedeu-se o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), instrumento de caracterização dos juízes, adaptado de Nobre (2018) e SAM, adaptado para o português para a avaliação do material (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015) (APÊNDICE D), a cartilha educativa em PDF ou impressa e uma carta explicando a teoria da autoeficácia e a autoeficácia para o aleitamento materno (APÊNDICE E).

O SAM é um instrumento que foi traduzido e adaptado à cultura brasileira, com vistas a contribuir na avaliação da compreensão do paciente sobre o material educativo, uma vez que, quando melhor compreendido, o material educativo pode melhorar o processo de comunicação profissional-paciente, tornando-se um método eficaz de orientação (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

Foi dado a cada juiz um prazo de 10 dias para responder à validação da cartilha educativa. Aos que não atenderam a esse prazo, foi realizado novo contato e prorrogado o prazo por mais 10 dias, sendo excluídos da pesquisa aqueles que não enviaram o material até o fim do segundo prazo estipulado.

4.4.2 Validação da cartilha educativa com a população-alvo

Após a validação da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo e técnico, foi realizada uma análise minuciosa das sugestões e recomendações para aperfeiçoá-la, conforme sugerido pelos juízes, então procedeu-se o contato com o profissional técnico responsável pela ilustração e diagramação da cartilha educativa para que ele realizasse as modificações sugeridas e assim adequá-la.

Após sua reformulação pelo técnico de ilustração e diagramação, a cartilha educativa teve sua aparência validada pela população-alvo. Esta avaliação realizada pela população-alvo confere maior confiança à cartilha educativa construída, pois a própria população a qual se destina a tecnologia diz se o modo como foi abordado à temática está compreensível, realizando assim a validação da aparência (SABINO, 2016).

A validação da TE junto aos indivíduos que vivenciam o tema nele abordado é um momento que possibilita verificar o que não foi compreendido, o que deve ser acrescentado ou aperfeiçoado, além de se perceber a distância entre o que foi exposto e o que foi apreendido pelo público-alvo. Trata-se de uma atitude necessária, já que a população-alvo é o foco da atividade educativa que se pretende realizar (FONSECA et al., 2004; ECHER, 2005; LIMA, 2014; SANTIAGO, 2016).

É através da verificação da adequabilidade e da compressibilidade do material que a população pode dar um *feedback* da qualidade do mesmo, permitindo à pesquisadora melhor adequar o material à realidade, antes de sua distribuição.

Foi selecionada para essa etapa uma amostra de 33 participantes, segundo recomendações de Beaton et al. (2007), que recomendam que o quantitativo da população-alvo para avaliação de uma tecnologia educativa deve ser, de preferência, entre 30 e 40 pessoas, recomendações seguidas por outros estudos (NOBRE, 2018; ALVES, 2017; SANTIAGO, 2016; LIMA 2014).

Foram considerados como critérios de inclusão: idade igual ou maior que 18 anos, comparecer às consultas de pré-natal, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F). Foram excluídas aquelas com déficit cognitivo ou dificuldades que inviabilizassem responder o instrumento, como não saber ler e habilidade de fala e/ou visão não preservadas. A amostragem deu-se por conveniência à medida que as participantes chegavam ao serviço de saúde.

Foram convidadas a participar da validação de aparência gestantes, independente do período gestacional, em acompanhamento pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos-PI, enquanto aguardavam a consulta de pré-natal, de forma individualizada em sala reservada. Após anuência para participar da pesquisa, a gestante recebeu uma cópia da cartilha educativa, e foi convidada para ir a uma sala reservada e iniciar a leitura da mesma na presença da pesquisadora. A cartilha foi lida em voz alta pela pesquisadora para as gestantes que assim preferiram. Na sequência, a gestante respondeu a um instrumento de avaliação da cartilha educativa, adaptado de Gonçalves (2007) e Galdino (2014) (APÊNDICE G). O tempo médio para a leitura da cartilha foi de 12 minutos e 6 segundos e em relação ao tempo de duração de aplicação do instrumento o tempo médio foi de 5 minutos e 43 segundos.

Os dados dessa etapa foram coletados em novembro e dezembro de 2018. Ao término das coletas de informações desta etapa, os dados foram analisados e com base nas respostas, foi avaliado se havia necessidade de ajustes pertinentes na cartilha educativa.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a validação da cartilha educativa foram utilizados três instrumentos distintos: o primeiro, voltado para os juízes de conteúdo (docentes e assistenciais), o segundo, direcionado aos juízes de conteúdo e aos juízes com experiência em design e *marketing* e o terceiro, destinado ao público-alvo.

O instrumento destinado aos juízes de conteúdo (docentes e assistenciais) (APÊNDICE C) é dividido em duas partes, a primeira, contém perguntas acerca do perfil profissional, adaptadas de Nobre (2018), e a segunda, sobre a estrutura e adequação do conteúdo da cartilha educativa, adaptado de Sabino (2016), elaborada utilizando o padrão da escala de Likert, 1=Inadequado, 2=Parcialmente adequado, 3=Adequado, 4=Totalmente adequado, na qual há uma lista para checar atributos relacionados à clareza da linguagem, pertinência prática, relevância teórica e, por fim, um espaço aberto para observações dos participantes.

Segundo Pasquali (1997), a escala Likert tem a preocupação de verificar o nível de concordância do sujeito sobre uma série de afirmações, que expressam algo favorável ou desfavorável sobre um objeto.

O questionário de avaliação voltado aos juízes de conteúdo e de design (APÊNDICE D) foi adaptado do SAM, instrumento americano proposto por Doak, Doak e Root (1996) para avaliação da dificuldade e conveniência dos materiais educativos, adaptado para o português por Sousa, Turrini e Poveda (2015). Assim como o primeiro instrumento, inicialmente existem perguntas acerca do perfil profissional e, na sequência, consiste em uma listagem com seis categorias (conteúdo, compreensão do texto, ilustração, apresentação, motivação e adaptação cultural) com 22 itens, uma escala de pontuação de zero a dois e deve ser aplicado após a leitura do texto (ALVES, 2017).

Os juízes devem focar na leitura e na interpretação do material educativo para verificar as opções de perguntas e respostas do formulário e emitir uma opinião em 04 (quatro) níveis: 2 - Ótimo, 1 - Adequado, 0 - Não adequado, N/A - Não pode ser avaliado (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

O terceiro instrumento, destinado ao público-alvo (APÊNDICE G), foi construído a partir dos trabalhos de Gonçales (2007) e Galdino (2014), o mesmo é subdividido em duas seções. A primeira dispõe de perguntas para caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa e a segunda traz os itens avaliativos da cartilha educativa acerca dos domínios organização, estilo da escrita, aparência e motivação. Será disposto ainda um espaço em branco para os participantes emitirem suas opiniões pessoais.

4.6 Análise de dados

As informações profissionais sobre os juízes e os dados das gestantes foram organizadas por meio do software Excel 8.0, sendo feita a análise descritiva através do cálculo de frequências absolutas e relativas, além das medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Quanto à validação do conteúdo da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo e design, foi feito o cálculo da porcentagem de escores obtidos por meio da soma total dos valores assinalados dividido pelo total de escores constantes no instrumento.

Quanto à validação da TE pelos juízes de conteúdo, foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) preconizado por Waltz; Bausell (1981), que vem sendo amplamente aplicado nesse tipo de pesquisa. Tal método mede o grau de concordância dos especialistas sobre os aspectos do material; para tanto, basta dividir o número de respostas marcadas com os valores “3” e “4” (concordo e concordo totalmente) pelo número total de

perguntas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O ponto de corte que será empregado para o IVC será de 0,78, tanto para cada item respondido quanto para o questionário como um todo, conforme recomenda Lynn (1986).

Para validação da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo e de design, foi utilizado o instrumento SAM (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015). Cada fator foi classificado como superior, adequado ou não-adequado, conforme os critérios objetivos incluídos no instrumento. Com isso, foi calculada uma pontuação para cada grupo de fatores em geral. Para cálculo das médias das avaliações dos juízes foram atribuídos pontos como segue abaixo:

- 2 pontos: Superior (excelente)
- 1 ponto: Adequado
- 0 ponto: Não adequado
- N/A: O fator não pode ser avaliado

O resultado da somatória dos pontos atribuídos a cada item do instrumento categorizou o material quanto à adequação da cartilha educativa para o público-alvo. A classificação utilizada segundo a literatura é a seguinte:

Quadro 5 - Classificação do material segundo as médias. Teresina, 2019.

70% - 100%	Material superior (excelente)
40% - 69%	Material adequado
10% - 39%	Material não aceitável

O cálculo foi realizado por meio do somatório total dos escores, dividido pelo total de itens do questionário. Os autores do instrumento consideram que, para que o material seja considerado adequado, deverá apresentar valor igual ou superior a 40% em relação ao total de escores. Entretanto, foi considerado neste estudo um índice de concordância de 70% entre os juízes, tendo validado o instrumento como excelente.

Já a análise do questionário aplicado para o público-alvo foi procedido conforme as recomendações de Teles (2011), no qual é necessário que haja um nível mínimo de concordância de 75% nas respostas positivas. Os itens com índice de concordância menor que 75% serão considerados dignos de alteração. Para avaliação desta concordância somou-se todas as respostas positivas e dividiu-se pela quantidade total de itens. Foi ainda solicitado ao público-alvo que avaliasse a cartilha educativa através de uma nota: Ruim: 0-2; Boa: 3-7; e Excelente: 8-10 (NOBRE, 2018).

Segundo Matos (2014), para que a avaliação seja considerada de boa qualidade precisa apresentar dois requisitos básicos: confiabilidade (medida da consistência entre avaliadores) e concordância (grau em que dois ou mais avaliadores fornecem igual classificação).

Nesse sentido, a confiabilidade da cartilha educativa foi analisada por meio do Alpha de Cronbach e a concordância entre os juízes através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), ao nível de significância de 5%. Ambos os testes estatísticos foram apresentados em forma de escala variada entre 0 e 1; nesse caso, sendo aceitável valores acima de 0,8 (FIELD, 2009).

O Alpha de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna do material, esse coeficiente mede o grau de covariância dos itens entre si, servindo como indicador da consistência interna do próprio teste. Quanto mais próximo de 1, mais alto o coeficiente de confiabilidade (PASQUALI, 1997).

O CCI é considerado a melhor medida para avaliar a correlação intra e interobservador, por analisar a correlação e a concordância entre os resultados, além disso, pode ser computado para demonstrar a força da relação entre as classificações dos observadores (POLIT; BECK, 2011). Estes dados foram calculados com auxílio do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0.

Para ambos os testes (Alpha de Cronbach e CCI) foi considerado significativo o valor de $p < 0,05$.

4.7 Adequação do material

Após as sugestões feitas pelos juízes foi realizada a adequação da cartilha educativa, incorporando tais sugestões, a fim de atender às necessidades e expectativas a que se propõe. Foram realizadas alterações no conteúdo e na aparência da TE, alguns tópicos foram unificados para facilitar o entendimento do público-alvo, assim, houve redução de quinze para doze tópicos. Em seguida, a cartilha educativa foi encaminhada à revisão de português e à gráfica para impressão. No entanto, a distribuição da cartilha educativa às gestantes somente será realizada em ações organizadas e futuras.

4.8 Aspectos éticos e legais

A investigação cumpriu com todos os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto base foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer: 2.429.527; CAE: 80635717.0.0000.8057) (ANEXO A).

A participação no estudo foi voluntária e a anuência documentada em Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dispostos em dois tipos: um para os juízes de

conteúdo e de design e um para as gestantes que avaliaram e validaram a cartilha educativa. Foi esclarecido que o participante poderia se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Foi garantido o sigilo de identidade dos participantes, a fim de evitar constrangimentos.

A pesquisa teve riscos mínimos. Para os juízes, a pesquisa teve como risco a necessidade de disponibilidade de tempo para avaliação da cartilha educativa e preenchimento dos formulários. No entanto, para contornar esse risco atentou-se para uma abordagem apropriada dos juízes e pela disponibilização de um prazo de 10 dias para resposta, podendo este prazo ser prorrogado por igual período. Para as gestantes que avaliaram a cartilha educativa, a pesquisa teve como riscos a disponibilidade de tempo para a leitura e avaliação daquela ferramenta, o receio de críticas por parte dos pesquisadores e constrangimento ao responder o formulário de validação da cartilha educativa. Estes riscos foram contornados atentando-se para uma correta abordagem das participantes e para a disponibilidade de tempo das mesmas, sem prejuízo no atendimento da consulta de pré-natal zelando pelo sigilo das informações.

Haverá benefício direto para a população, por se tratar de um estudo para o desenvolvimento da autoeficácia materna para a amamentação e, assim, elevar os indicadores de AM nos dois primeiros anos de vida das crianças, visando infância e vida adulta saudáveis.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração da cartilha educativa será apresentada em três tópicos a saber: descrição da cartilha educativa, validação da cartilha educativa e versão final da cartilha educativa.

5.1 Descrição da cartilha educativa

A cartilha educativa trata-se de uma TE impressa que tem como propósito elevar a autoeficácia materna para o aleitamento materno, recebendo a intitulação “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Para a elaboração dessa TE, foram utilizados os itens da BSES-SF (DENNIS, 2003) e referências atualizadas sobre AM. Foram seguidos os pressupostos da teoria da autoeficácia de Bandura (1977a).

A primeira versão da cartilha educativa submetida à avaliação dos juízes e do público-alvo continha 36 páginas, em papel A5, encadernada em formato de brochura, presas com grampos. Para a construção da cartilha educativa buscou-se que o conteúdo fosse sucinto e as cores fossem chamativas para despertar o interesse das gestantes. A cartilha é iniciada com a capa, em seguida encontra-se uma página com as informações sobre os elaboradores, contracapa e sumário, nessa ordem. Na sequência, o conteúdo da cartilha é apresentado em tópicos. Na sua primeira versão da cartilha educativa, foram utilizados quinze tópicos que abordavam os quatorze itens da BSES-SF e um tópico sobre problemas mamários, após o processo de validação a cartilha foi compilada em doze tópicos. Estes são apresentados como falas da personagem principal da TE, são eles:

1. **Eu alimento meu bebê somente com leite materno:** enfoca no aleitamento materno exclusivo e na contraindicação ao uso de chupetas e mamadeiras;
2. **Eu percebo se o meu bebê está pegando no peito direitinho durante toda a mamada:** aborda os sinais de posicionamento e “pega” corretos para o AM;
3. **Eu alimento meu bebê em um peito e quando ele esvazia mudo para o outro:** informa sobre a importância de oferecer as duas mamas ao bebê e quanto ao esvaziamento da mama;
4. **Eu fico satisfeita com a minha experiência de amamentar:** discorre sobre as dificuldades para amamentar, benefícios do AM e satisfação da mãe em amamentar;
5. **Eu posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando:** retrata os motivos do choro e sobre a importância de amamentar mesmo se o bebê estiver chorando;
6. **Eu posso dar de mamar confortavelmente na frente de outras pessoas:** expõe que o AM pode ser realizado em qualquer lugar;

7. **Eu posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo:** aborda a relevância do apoio da família e do parceiro para o sucesso da amamentação;
8. **Eu consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê:** explana sobre como suprir as necessidades do bebê e realizar outras atividades;
9. **Eu lido com a amamentação com sucesso da mesma forma que lido com outros desafios:** disserta sobre como a mulher deve organizar o seu tempo e sobre como fazer a retirada do leite do peito;
10. **Eu sei quando o meu bebê está mamando o suficiente e sei quando ele terminou a mamada:** informa sobre o AM em livre demanda e identifica os sinais de que a amamentação está sendo satisfatória para a mãe e para o bebê;
11. **Eu sinto vontade de continuar amamentando meu bebê:** reforça que o AM pode ser realizado em qualquer lugar e aborda sobre a importância de a amamentação ser mantida junto a alimentos complementares após os seis meses de vida da criança;
12. **Eu consigo controlar meus problemas na mama:** explana sobre o que a mãe deve fazer para evitar e controlar problemas mamários.

A elaboração dos materiais em tópicos facilita a compreensão do conteúdo, além disso, ao dividir o material em tópicos, é possível oferecer oportunidades ao leitor em pequenos sucessos, dividindo instruções longas e complexas em partes fáceis de entender (SABINO, 2016). A apresentação de informações em tópicos facilita o seu armazenamento na memória de longo prazo (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A cartilha educativa utiliza as fontes de informação da autoeficácia para promoção da autoeficácia materna para amamentar. Para isso, conta com uma personagem principal, chamada Ana, e sua família. A cartilha conta com imagens fictícias que complementam as informações repassadas em cada tópico. A cartilha inicia com Ana apresentando sua família, Enrico (o marido), Sara (filha mais velha de dois anos e seis meses) e Arthur (filho de dois meses), e relatando que se sente capaz de amamentar o filho Arthur e convidando a leitora para conversar um pouco sobre isso. A cartilha conta com experiências reais de como Ana lida com o processo de amamentação e abrange um diálogo entre a personagem principal e a leitora. A todo o momento, é evocada a linguagem de autoeficácia, enfatizando que a mãe é capaz de amamentar seu filho, ressaltando as experiências de êxito vivenciadas por Ana, de forma que a experiência vicária fosse contemplada em toda a cartilha. Além disso, existem mensagens diretas para a leitora, o que permite a persuasão verbal pelo profissional. A cartilha é finalizada com a família reunida e Ana afirmando que ela e a leitora são capazes de amamentar seus filhos.

A autoeficácia funciona como uma fonte de motivação, pois à medida que é desenvolvida a autoeficácia, mais as pessoas intensificam seus esforços para atingir ou mesmo ultrapassar o resultado esperado (BANDURA, 2012).

Durante a criação e elaboração da cartilha educativa foram tomados alguns cuidados para atentar ao tamanho das fontes, trazer diálogos sucintos e que demonstrassem a ideia central pretendida, e desenvolver imagens atrativas para as gestantes (DOAK, DOAK E ROOT, 1996).

A partir do conteúdo elaborado foi realizado o teste de Legibilidade de Flesch com o objetivo de garantir que a leitura da cartilha educativa estivesse adequada. Este foi aplicado em 100% dos parágrafos/frases da cartilha educativa. Todos os parágrafos/frases da cartilha educativa foram considerados fáceis ou muito fáceis. Na análise completa da cartilha educativa, o teste revelou um índice de 84, estando dentro do intervalo de 75-100, o que classifica o material educativo como muito fácil (MARTINS et al., 1986). Além disso, nenhuma das frases estava na voz passiva, o que dificultaria a compreensão das mesmas, assim como ocorreu no material criado por Sabino (2016) e por Nobre (2018).

Na figura 2, pode-se visualizar a versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.

Figura 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019.



ELABORAÇÃO

Ingred Pereira Cirino

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí - UFPI

Luisa Helena de Oliveira Lima

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI (Orientadora)

ILUSTRAÇÃO / DIAGRAMAÇÃO

Ênio Rodrigues

Éder Rodrigues

APOIO



Figura 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).



Eu sou capaz de amamentar meu filho.

Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para o aleitamento materno.

Olá, sou a Ana, casada com o Enrico e mãe da Sara de 2 anos e 6 meses e do Arthur de 2 meses. Eu me sinto capaz de amamentar meu filho Arthur e quero conversar um pouco sobre isso com vocês mãães.

Picos - PI
2018
1ª Edição

SUMÁRIO

Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente	05
Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento	07
Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada	09
Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro	11
Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar	13
Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer	14
Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando	15
Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família	17
Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo	19
Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades as necessidades do bebê	21
Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada	23
Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios	25
Fazendo a retirada do Leite do Peito	27
Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando	29
Eu consigo controlar meus problemas na mama	31



Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.

Amamentação em Livre Demanda

- A criança deve ser amamentada quando ela quiser e pelo tempo que ela quiser;
- É importante que você, mamãe, dê tempo suficiente para que seu bebê esvazie totalmente a mama;
- Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo (que só mama) mama de 8 a 12 vezes ao dia.





05

06

Figura 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).

Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.

Aleitamento Materno Exclusivo

- Você, mamãe, deve amamentar seu bebê somente com leite do peito até que ele complete seis meses de vida.
- Seu leite tem todos os nutrientes e fatores de proteção que seu filho precisa para crescer forte e saudável.
- Não é necessário oferecer água, pois mesmo nos dias quentes, o seu leite é suficiente para matar a sede e a fome do seu filho.
- Oferecer outros alimentos às crianças menores de seis meses pode trazer prejuízos para a saúde da criança.

07

Eu consigo amamentar meu filho somente com o meu leite até que ele complete 6 meses.

Consegue sim meu amor!

08

Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada

Sinais de posicionamento correto.

- Mãe bem apoiada e confortável;
- Corpo do bebê bem junto ao da mãe, de frente para a mãe;
- Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo (Bico do peito);
- Bebê com cabeça e corpo alinhados;
- Bebê bem apoiado.

09

Sinais da “pega” correta.

- Boca do bebê bem aberta cobrindo quase toda a aureola (área mais escura ao redor do mamilo);
- Lábio inferior do bebê virado pra fora;
- Queixo do bebê bem próximo ou encostado na mama;
- Mãe não sente dor nos mamilos (bico do peito).

10

FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).

Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.

- Em cada mamada as duas mamas devem ser oferecidas à criança;
- O bebê deve mamar em um peito pelo tempo que desejar até soltar espontaneamente a mama;
- Após o bebê soltar a primeira mama deve ser oferecida a outra mama.
- Na próxima mamada começar pela mama que a criança mamou por último.
- Mamãe, NÃO se deve marcar o tempo da mamada, cada criança leva um tempo diferente para esvaziar a mama.
- Crianças menores podem mamar apenas um peito, enquanto as crianças maiores podem querer sugar as duas mamas.

PROXIMA MAMADA

11 12

Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.

Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.

13 14

FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).



FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).

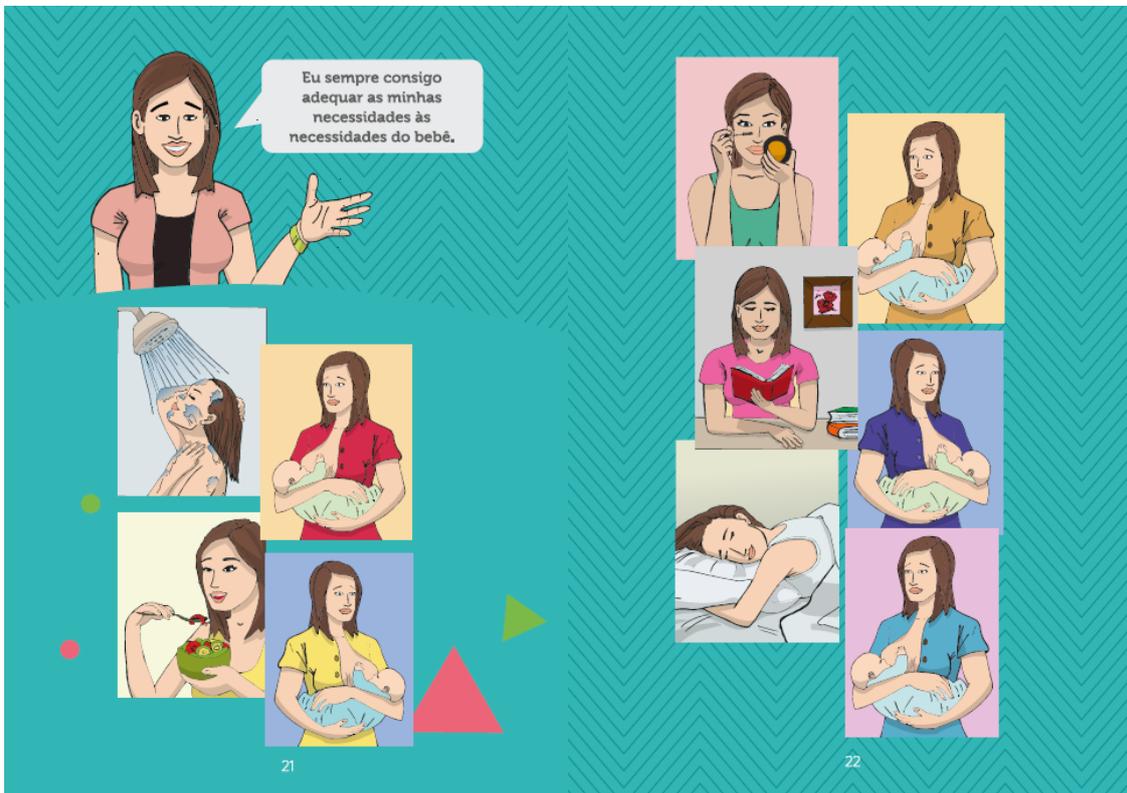
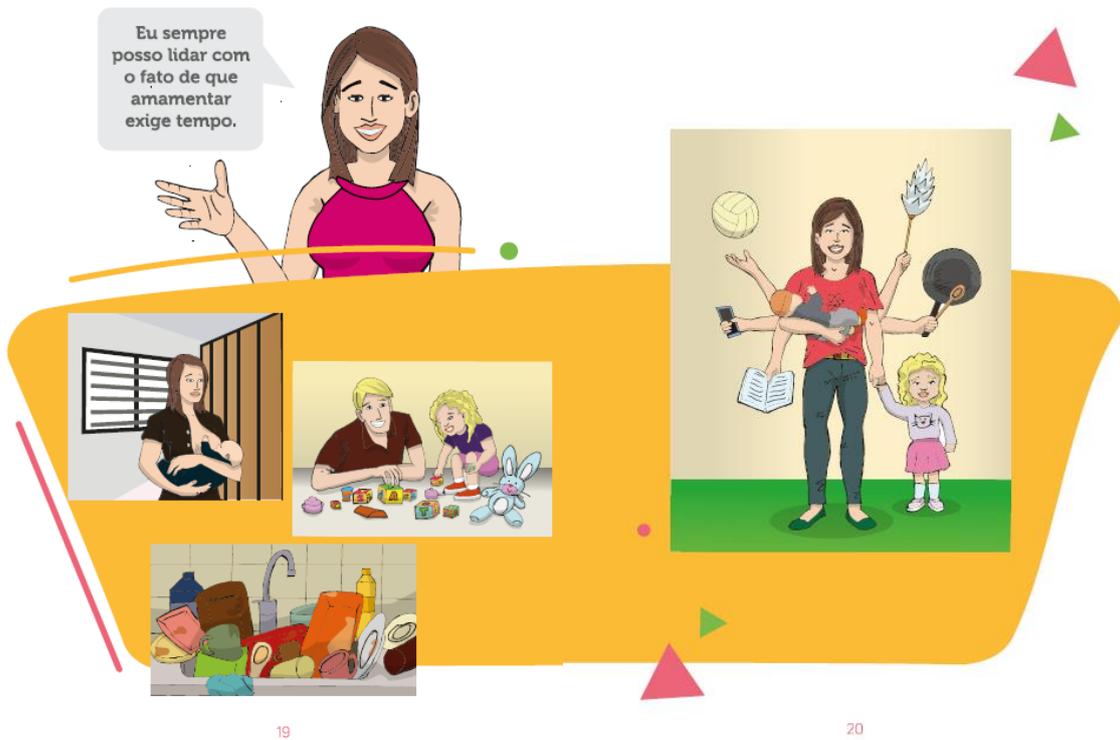


FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).



FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).



FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).



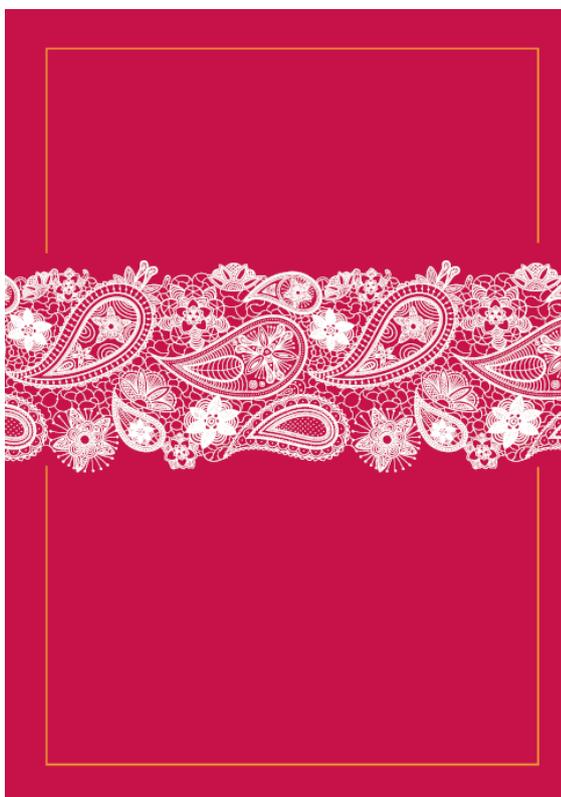
REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DENNIS, C. L. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonat Nurs**, v. 32, n. 6, p. 734-44, 2003.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 166f. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

FIGURA 2: Versão inicial da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina-PI, 2019. (Continuação).



5.2 Validação da cartilha educativa

Para validar a TE foram selecionadas três categorias de juízes, com o intuito de garantir a avaliação precisa da cartilha educativa. Desta forma, foram utilizados três tipos de instrumentos de forma semelhante a outros estudos (GALDINO, 2014; SABINO, 2016; NOBRE, 2018).

5.2.1 Validação por Juízes de Conteúdo (docentes e assistenciais)

Durante essa etapa participaram 22 juízes de conteúdo, sendo 11 docentes com experiência nas áreas de AM, autoeficácia, TE e/ou validação de instrumentos; e 11 profissionais da assistência com experiência em acompanhamento pré-natal, AM, no cuidado clínico de saúde da criança, TE e/ou validação de instrumentos, escolhidos através da técnica de bola de neve.

Sobre a caracterização dos juízes de conteúdo (Tabela 1), pode-se perceber que a faixa etária predominante foi maiores de 30 anos de idade (58,7%), com média de 35,19 anos ($\pm 8,8$) e 86,4% dos juízes são do sexo feminino. Quanto à formação profissional, 36,4% são enfermeiros, 27,3% nutricionistas e 36,4% pediatras. Com relação ao tempo de formação a maioria, 58,7%, tem 10 ou menos anos de formação, com média de 11,14 anos ($\pm 18,7$); 86,4%

se formaram em instituições públicas e 22,5% trabalham na área há mais de 10 anos e 50% tem Mestrado como maior titulação.

Tabela 1 – Caracterização dos juízes de conteúdo que validaram a cartilha educativa. Teresina-PI, 2019.

Variáveis	n	%	Mínimo-Máximo	Média± DP*
Faixa etária			23-33	35,19±8,8
≤ 30 anos	8	36,2		
> 30 anos	13	58,7		
Sexo				
Masculino	3	13,6		
Feminino	19	86,4		
Profissão				
Enfermeiro	8	36,4		
Nutricionista	6	27,3		
Pediatra	8	36,4		
Tempo de formação			2-36	11,14±8,7
≤10 anos	13	58,7		
> 10 anos	8	36,2		
Instituição de formação				
Pública	19	86,4		
Privada	3	13,6		
Tempo de trabalho na área				
≤10 anos	17	77,5		
> 10 anos	5	22,5		
Maior formação				
Doutorado	3	13,6		
Mestrado	11	50		
Especialização	8	36,4		

O processo de validação é essencial após a elaboração de materiais educativos, tendo em vista a necessidade de que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e fazer sugestões para o seu aperfeiçoamento, sendo uma etapa utilizada também em outros estudos que elaboram materiais educativos (GALDINO, 2014; SABINO, 2016; MOURA et al., 2017; ALVES, 2017; NOBRE, 2018; 2018; LIMA, 2018).

A abordagem multiprofissional é preconizada para o processo de validação considerando a ampliação do conteúdo da TE em relação ao conhecimento e experiência dos diferentes profissionais envolvidos no processo (ECHER, 2005; ALVES, 2017). A participação de juízes no processo de validação pode elevar a aceitação e adesão do público-alvo na utilização de materiais educativos (SOUSA; TURRINI, 2012). Outra vantagem ao validar a cartilha educativa com uma equipe multiprofissional é a uniformização das informações em

saúde, uma vez, que na prática existe uma dificuldade em manter uma linguagem única quando se trata de orientação interdisciplinar (ECHER, 2005; ALVES, 2017).

No processo de validação do referido material educativo os juízes avaliaram três aspectos: clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Assim, calculou-se o IVC de cada página, que está representado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do IVC de cada página de acordo com a análise dos juízes de conteúdo. Teresina, 2019.

Página/Assunto	Clareza de linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica
Capa	1	1	0,95
Página de elaboração	1	1	1
Contra capa	1	1	0,95
Sumário	0,95	0,95	1
Página 5	1	1	1
Página 6	0,86	0,86	0,91
Página 7	1	1	0,95
Página 8	0,95	0,95	0,95
Página 9	0,95	0,91	0,91
Página 10	0,95	0,95	0,95
Página 11	0,82	0,86	0,86
Página 12	0,78	0,81	0,78
Página 13	0,90	0,91	0,91
Página 14	0,78	0,86	0,82
Página 15	0,86	0,91	0,91
Página 16	0,91	0,95	0,95
Página 17	1	1	1
Página 18	0,91	0,91	0,91
Página 19	0,86	0,82	0,78
Página 20	0,68	0,68	0,63
Página 21	0,86	0,82	0,78
Página 22	0,86	0,82	0,82
Página 23	0,95	0,95	0,95
Página 24	0,91	0,95	0,91
Página 25	0,95	0,95	0,95
Página 26	0,91	0,91	0,91
Página 27	0,78	0,78	0,78
Página 28	0,68	0,81	0,86
Página 29	0,91	0,95	0,91
Página 30	1	1	1
Página 31	0,86	0,91	0,91
Página 32	0,86	0,86	0,86
Página 33	0,95	0,91	0,95
Página 34	0,91	0,91	0,91
Página 35	0,95	0,95	0,95
IVC por item	0,9	0,91	0,9
IVC global		0,9	

Em relação à clareza de linguagem, apenas duas páginas receberam IVC inferior a 0,78 (páginas 20 e 28). A página 20 recebeu nota inferior a 0,78 também para pertinência prática e relevância teórica, sendo retirada da cartilha educativa, como sugerido por um juiz. A página 28 apresentou IVC elevado nos quesitos pertinência prática e relevância teórica, então foi realizada a alteração no conteúdo dessa página, a partir das sugestões dos juízes de conteúdo conforme apresentados no quadro 6 e optou-se por mantê-la na cartilha. Ressalta-se também que nenhum juiz sugeriu retirar a página 28.

Os quesitos pertinência prática e relevância teórica obtiveram IVC igual ou maior que 0,78 em todas as demais páginas. Em seguida calculou-se o IVC de cartilha educativa, tendo sido obtidos valores de 0,90 para clareza de linguagem, 0,91 para pertinência prática e 0,90 para relevância teórica. O IVC global da tecnologia educativa foi de 0,90 indicando um excelente nível de concordância entre os juízes, assim como em outros trabalhos de validação (SABINO, 2016; ALVES, 2017; MOURA et al., 2017; NOBRE, 2018).

De acordo com a análise feita pelos juízes, a cartilha educativa apresenta conteúdo e aparência pertinentes e válidos no que diz respeito à promoção da autoeficácia materna para o aleitamento materno, fato que foi evidenciado pelos índices adequados de IVC referentes à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

A tabela 3 demonstra a confiabilidade e concordância da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo (docentes e assistenciais).

Tabela 3– Índice de confiabilidade e concordância da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo (docentes e assistenciais). Teresina, 2019.

Itens avaliados	Médias das notas	Alpha de Cronbach	CCI*	Valor p**
Clareza de linguagem	3,434	0,931	0,931	0,000
Pertinência prática	3,473	0,949	0,949	0,000
Relevância teórica	3,455	0,944	0,944	0,000
Avaliação global	3,454	0,980	0,980	0,000

* Coeficiente de Correlação Intraclasse; **Significância ao nível de 5%.

O Alpha de Cronbach e o CCI evidenciaram resultados satisfatórios na avaliação dos itens clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, onde foi possível demonstrar que o material tem confiabilidade e concordância das respostas altas (alpha de cronbach > 0,8; CCI > 0,8), sendo estatisticamente significativa (p=0,000). Desta forma, pode-se afirmar que a cartilha educativa foi validada com êxito pelos especialistas de conteúdo.

Corroborando com estes dados, outros estudos metodológicos de desenvolvimento de tecnologia educativas também validaram seus materiais com altos índices estatísticos: Sousa e Turrini (2012) finalizaram a construção de material para pacientes submetidos à cirurgia

ortognática com consistência interna de 0,972 e correlação intraclasse de 0,601; Oliveira, Lopes e Fernandes (2014) conseguiram validar a cartilha para alimentação saudável durante a gravidez com nível de concordância entre os juízes variando entre 0,818 e 0,954 entre os itens avaliados; Moura et al. (2017) validaram um material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes com consistência interna de 0,830 e correlação intraclasse *de* 0,810; já Nobre (2018) validou uma TE para promoção da cultura do aleitamento materno em escolares com consistência interna e correlação intraclasse de 0,970.

Os juízes de conteúdo responderam ainda ao questionário adaptado para o português denominado SAM, para a avaliação inicial da cartilha educativa. Esse instrumento é utilizado em larga escala nesse tipo de estudo de validação (SOUSA; TORRINI; POVESA, 2015).

Tabela 4 - Avaliação dos juízes de conteúdo quanto ao conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendizado e adequação cultural da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Itens avaliados	Superior	Adequado	Não adequado	N/A
Conteúdo				
O propósito está evidente	17	4	1	-
O conteúdo trata de comportamentos	15	7	-	-
O conteúdo está focado no propósito	15	6	-	1
O conteúdo destaca os pontos principais	17	5	-	-
Exigência de alfabetização				
Nível de leitura	11	11	-	-
Usa escrita na voz ativa	12	10	-	-
Usa vocabulário com palavras comuns no texto	11	11	-	-
O contexto vem antes de novas informações	13	9	-	-
O aprendizado é facilitado por tópicos	15	7	-	-
Ilustrações				
O propósito da ilustração referente ao texto está claro	11	11	-	-
Tipos de ilustrações	11	11	-	-
As figuras/ilustrações são relevantes	16	6	-	-
As listas, tabelas, etc. têm explicação	4	11	1	-
As ilustrações têm legenda	1	15	3	-
Leiaute e apresentação				
Característica do leiaute	15	7	-	-
Tamanho e tipo de letra	10	11	1	-
São utilizados subtítulos	7	10	1	4
Estimulação / Motivação do aprendizado				
Utiliza a interação	14	7	1	-

Tabela 4 - Avaliação dos juízes de conteúdo quanto ao conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendiz e adequação cultural da cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

As orientações são específicas e dão exemplos	12	10	-	-
Motivação e autoeficácia	15	6	1	-
Adequação cultural				
É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência	16	5	1	-
Imagem cultural e exemplos	15	7	-	-

Ao analisar o conteúdo da tabela 4, nota-se que todos os tópicos foram considerados “superior” ou “adequado” pela maioria dos juízes. Os tópicos nos quais algum item foi considerado inadequado por um ou mais juízes e houve sugestão de mudança, foram realizadas modificações na cartilha educativa. No tópico ilustrações, houve sugestões para acrescentar legendas e textos de apoio em algumas imagens da cartilha, essas sugestões foram acatadas.

A tabela 5 apresenta o SAM total e individual de cada um dos juízes de conteúdo que avaliou a cartilha educativa. A denominação de cada juiz foi baseada na sua formação (E – enfermeiro; N – nutricionista; P – pediatra) e categoria (D – docente; A – assistencial).

Tabela 5 - Distribuição do índice de adequação da tecnologia educativa individual e total da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Juiz	SAM individual (%)
ED1	90,2
ED2	95,5
ED3	76,2
ED4	76,2
EA1	76,2
EA2	81,8
EA3	69,8
EA4	88,6
ND1	50,0
ND2	44,2
ND3	52,3
NA1	86,3
NA2	95,5
NA3	81,8
PD1	50,0
PD2	92,7
PD3	54,5
PD4	77,3
PA1	95,5

Tabela 5 - Distribuição do índice de adequação da tecnologia educativa individual e total da cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

PA2	88,6
PA3	88,6
PA4	81,8
SAM total (%)	77,0

Pode-se verificar que todos os juízes classificaram a cartilha educativa como adequada ou superior com porcentagens entre 44,2 a 95,5%. Dessa forma, segundo a avaliação pelo SAM o material é considerado superior (77%), o que corrobora com estudo de Sabino (2016), no qual somente um item foi classificado como “adequado” e todos os demais como “superior” e com estudo de Moura et al. (2017), no qual a média do escore foi de 91,7%, sendo que o valor mínimo observado foi 66,7% e o valor máximo 100,0%, a partir da utilização do SAM com os juízes de conteúdo.

Os juízes também fizeram sugestões para modificações na tecnologia educativa, que são trazidas no quadro a seguir. As sugestões dos juízes docentes de conteúdo e dos juízes assistenciais de conteúdo foram avaliadas e consideradas para posterior modificação na cartilha educativa.

Quadro 6 – Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019.

Página/ Assunto	Sugestão de mudança	Avaliação
Capa	Não deixar a imagem da mãe em pé amamentando. Um ambiente/posição de conforto traria mais adequabilidade à mensagem do material (ED3).	Acatado
	Retirar o ponto final da frase, por se tratar do título da cartilha. O mesmo vale para as demais situações envolvendo o título (EA1).	Acatado
Página de elaboração	Sem sugestões	
Contra capa	Melhorar a expressão facial em toda a cartilha (ED1).	Acatado
	Mencionar no início da cartilha sobre o que se trata a autoeficácia. Escrever uma breve apresentação, antes do sumário (EA1).	Não acatado
	Mencionar sobre a filha Sara, talvez toda essa determinação em amamentar o Arthur, seja pela experiência anterior com a Sara, e isso pode ser um estímulo para as mães (EA2).	Acatado (em outra página da cartilha)
	A imagem poderia ser a família em um ambiente mais aconchegante, com um maior envolvimento do pai e filha mais velha. (ND2).	Acatado

Quadro 6 – Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

	Ressaltar a importância da participação dos maridos ou outros familiares pra ajudar na amamentação (PD2).	Acatado (em outra página da cartilha)
Sumário	O termo “sumário” deve ser centralizado (EA2).	Não acatado
	Retirar o “Eu sempre” dos títulos dos capítulos. Além de ficar muito repetitivo, deve-se evitar termos extremos (EA3).	Acatado
	Realizar algumas adequações em relação a posição dos temas na sequência da cartilha (PA2).	Acatado
Página 5	A palavra mama está repetida, o que ocasiona uma leitura destoante. Sugestão: Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo (que só mama) vai ao seio de 8 a 12 vezes ao dia (NA3).	Acatado
Página 6	Trazer expressão de felicidade na Anna, pois ela parece estar sofrendo em amamentar (ED1).	Acatado
	Como essa é a primeira imagem da criança arrotando, acrescentar uma legenda, para que a informação fique mais completa, e indicar que a terceira figura é a posição correta de deixar a criança deitada (virada para cima) (EA2).	Acatado
	Retirar a imagem do travesseiro, nessa e em outras ilustrações ao longo da cartilha, por seu uso ser contraindicado por alguns especialistas (ND2).	Acatado
	Explicar sobre colocar o bebê para arrotar (NA2).	Acatado
	Acrescentar legenda e número sequencial. Padronizar bebê (ED4).	Acatado
Página 7	Falar para não oferecer líquido, suco, chá e falar da questão do açúcar e industrializados (ED1).	Não acatado
	Substituiria “leite em pó na frase ou construiria a frase afirmando uso somente do leite materno (ED3).	Acatado
	Acrescentar que prejuízos a saúde da criança podem ocorrer (PA1; ED4).	Acatado
Página 8	A imagem mostra para não usar chupeta e mamadeira, mas não falou explicitamente para não usar. Talvez seja interessante trazer esse dado (ED1)	Acatado
	Se falou em adicionar suplementos, ilustre uma imagem do tipo (ED3)	Não acatado
	Em vez do balão com a proibição da mamadeira e chupeta, poderia colocar a imagem do bebê com desenvolvimento de 6 meses, saudável e ativo, ilustrando a mãe imaginando seu filho forte e saudável (ND2).	Não acatado
	Incluir o tema colostro (PA2).	Não acatado
Página 9	Deixar mais claro na imagem que ela está bem recostada, e melhorar expressão (ED1).	Acatado

Quadro 6 – Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

	Em algum momento da cartilha, poderia ser mencionado a importância do aleitamento materno, para aumentar a interação do binômio mãe-filho (EA2).	Acatado (em outra página da cartilha)
	Evidenciar mais nitidamente na ilustração que a mãe se encontra com as costas bem apoiada (PA1).	Acatado
	Rever grafia da palavra “aréola” (ND2).	Acatado
Página 10	Colocar na figura a marca da parte da aréola que o bebê não abocanha e colocar as sobrelhas do bebê (ED1).	Acatado
	Deixar a roupa do bebê para passar continuidade da mensagem na figura (ED3).	Acatado
	Deixar a aréola do peito um pouco mais visível na parte superior (NA2).	Acatado
	Rever grafia da palavra “aréola” (NA3; PA1).	Acatado
Página 11	Definir melhor o que significa crianças maiores e crianças menores (ED2).	Não acatado
	Recortar a informação “crianças menores podem mamar apenas um peito...” e inseri-la logo abaixo de “em cada mamada as duas mamas devem ser oferecidas às crianças”, assim garantindo que a informação não fique confusa (EA1).	Acatado
	Mudar o texto do balão para “eu sempre amamento meu filho em um peito e só quando ele esvazia, ofereço o outro peito” (ND1).	Acatado
Página 12	Melhorar a postura da Ana. A ilustração dá a impressão que a posição não está confortável para a mãe. Aparenta que a mãe está se curvando para oferecer o peito, ao invés de levar a criança pra si (ED1; ND1; NA1)	Acatado
	Rever a organização das imagens. O bebê dormindo ficou fora da ordem (ED3).	Não acatado
	Melhorar a disposição das figuras para ficar mais claro a ordem das ações (PD2).	Acatado
	Acrescentar legenda as ilustrações. Bem como número sequencial. Padronizar bebê (ED4).	Acatado
	Retirar a imagem do bebê deitado (PA2).	Não acatado
Página 13	Incluir algo que as dificuldades são normais e esperadas (PD2).	Acatado
Página 14	Melhorar postura e expressão da mãe (ED1; ND1).	Não acatado
	Retirar a figura com expressão triste pois pode confundir as mães (EA4).	Acatado
Página 15	Definir que termo vai utilizar: bebês ou crianças (ED2)	Não acatado
	Rever grafia da expressão “Além de saciar” (EA3; ND2).	Acatado
	Rever grafia da palavra “demonstrar” (PA1).	Acatado
Página 16	Organizar a maneira como as imagens estão cortadas/inseridas na página (ED3).	Não acatado

Quadro 6 – Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

	Direcionar o olhar da mãe para o filho (ND2).	Acatado
	Incluir a frase “Fique tranquila mãe” (PA2)	Não acatado
	Padronizar bebê, pode ser interpretado como duas crianças (ED4).	Acatado
Página 17	Não apenas de familiares (EA3).	Acatado
	Ressaltar a importância da ajuda da família (PD2).	Acatado (em outra página da cartilha).
Página 18	O tamanho da letra do diálogo ficou pequena (ED2; ED3).	Acatado
	Acrescentar “Quem escolhe o lugar e a hora da amamentação é o bebê e a mãe” (ND1).	Não acatado
	Melhorar a qualidade da imagem da família que está desfocada (ED4).	Acatado
Página 19	Acrescentar “e dedicação” após o termo tempo (ED2).	Não acatado
	Enfatizar que a ajuda de familiares e/ou parceiro é de suma importância para ajudar a mulher a lidar com a “falta de tempo”, amenizar cansaço e estresse físico da mesma (EA3).	Acatado
	A mãe poderia estar mais relaxada, visto que se trata de ela entender que esta atividade demanda tempo e dedicação (ND2).	Acatado
	Ressaltar a importância de organizar as atividades entre as mamadas (PD2).	Acatado (em outra página da cartilha)
	Acrescentar texto explicando a ilustração. Pois pode dar a impressão que todas as tarefas são da mulher (ED4).	Acatado
Página 20	Lembrar que a mulher/mãe atual não cuida apenas de casa e família, mas pode trabalhar fora também. Reveja a imagem e dê continuidade a página anterior (ED3).	Acatado
	Na imagem, a ideia repassada é de que ela pode fazer tudo ao mesmo tempo, quando na realidade ela precisa separar o momento de amamentar da mesma forma que dispõe tempo para demais afazeres (EA1).	Acatado
	Essa imagem parece contradizer a anterior. Pois, se na anterior dá-se a ideia de que outras atividades podem esperar e o pai colaborar para que a mãe dedique seu tempo à amamentação do bebê, esta dá a ideia de que ela deve dar conta de tudo sozinha (ND2).	Acatado
	A ilustração poderia ser excluída (PD2).	Acatado
	A ilustração transmite uma interpretação negativa. É importante buscar uma ilustração que a família a ajuda em todas as responsabilidades do lar sem sobrecarregá-la e nem prejudicar amamentação, já que esta exige muito esforço da mãe (NA3; ED4).	Acatado

Quadro 6 – Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

Página 21	As ilustrações poderiam refletir combinação de rotina mãe x bebê, como a mãe dormindo ao mesmo tempo em que o bebê descansa (ND2).	Não acatado
	Dar dicas às mães sobre como adequar essas necessidades (EA3).	Acatado
Página 22	Encaixar as páginas 25 e 26 após a 22 (PA2).	Acatado
Página 23	Esse ponto do esvaziamento da mama deve ser mencionado no momento da pega do bebê (EA2).	Não acatado
Página 24	Aos 4 meses, em geral a criança ainda não senta sem apoio (PD2; PA1).	Acatado
	Não colocar valores numéricos pois podem causar frustração, ilustrar com um gráfico ascendente sem valores numéricos (PA1).	Acatado
Página 25	Substituir “tire” por “retire” (ED2).	Acatado
	Mencionar nesse momento, que o leite retirado não deve ser dado na mamadeira, e sim em um copo (EA2).	Acatado (em outra página da cartilha)
	Dar orientações para procurar as dicas no posto de saúde (PA1).	Acatado (em outra página da cartilha)
	Retirar o termo livre demanda (ED4).	Não acatado
Página 26	Sem sugestões	
Página 27	Acrescentar texto com o passo a passo da ordenha (ED1; EA2; ND1; PD2; EA4; ED4).	Acatado
	Colocar a sequência correta das ilustrações (ED2; ED4).	Acatado
	Colocar a mãe, durante a ordenha do leite, sentada ou apoiada, de maneira confortável, facilitando a descida do leite (ND2).	Acatado
	Mencionar a importância da doação de leite, em casos de produção em excesso, bem como a proibição da amamentação cruzada (NA2).	Não acatado
	Durante a ordenha a mãe deve usar uma máscara ou mesmo uma fralda limpa na região da boca, para evitar a contaminação do leite (NA3).	Acatado
Página 28	Aumentar o tamanho da fonte da informação da garrafa e deixar o texto mais visível (ED3; EA1; EA2)	Acatado
	Esclarecer o tempo que o leite deve ficar em banho-maria e sobre a importância de oferecer no copinho (NA2).	Não acatado
	Colocar texto explicando o descongelamento, banho maria (PA2).	Acatado
Página 29	Acrescentar, no último balão, que a Ana vai amamentar o bebê até os 02 anos de idade (ED2).	Acatado

Quadro 6 – Principais observações feitas pelos juízes de conteúdo com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

	A frase “Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele” está confusa para o leitor (EA1; ND2).	Acatado
	Realocada essa página após a página 19 (NA3).	Não acatado
	Retirar o segundo comentário da Anna, parece redundância (PA2).	Não acatado
Página 30	A última imagem dá uma impressão exagerada de arrependimento (ED3).	Acatado
Página 31	Acrescentar a informação: “Caso o problema persista, procure orientação no serviço de saúde mais próximo” (ED3).	Acatado
	Rever grafia da palavra “aréola” (ND2; NA3)	Acatado
	Colocar não usar pomadas sem indicação médica, por que às vezes pomadas são recomendadas (PD2).	Acatado
	Acrescentar empedramento das mamas além de fissuras (PA2).	Acatado
	Acrescentar no texto para lavar apenas com água (ED4).	Acatado
Página 32	Colocar as páginas 31 e 32 depois da página 16 (ED2).	Não acatado
	Deixar clara a informação quanto ao horário de pegar sol (ED3).	Acatado
	Expor de forma escrita a importância da manutenção da amamentação mesmo diante de problemas nas mamas (NA2).	Acatado
	Ilustrar essa mãe no quintal ou varanda de casa (ND2; ED2)	Acatado
	Acrescentar legenda, número sequencial e diminuir sol (ED4).	Acatado
Página 33	Aumentar o tamanho da fonte para ficar uniforme em todo o material e modificar a imagem pois já foi apresentada anteriormente (ED3).	Acatado
Página 34	Rever o espaçamento (EA2).	Acatado
Página 35	Sem sugestões	

Foram realizadas 99 sugestões pelos juízes de conteúdo, destas 76 foram acatadas e 23 não acatadas.

Uma tecnologia educativa com a finalidade de promoção e educação em saúde deve estar apta à realidade, buscando sempre descrever e esclarecer o que a literatura recomenda. Dessa maneira, foram realizadas alterações no conteúdo e aparência da cartilha educativa tendo como base as opiniões de profissionais capacitados para tal finalidade buscando aproximá-la da população a qual se destina (OLIVEIRA; CARVALHO; PAGLIUCA, 2014; SABINO, 2016).

No tocante às sugestões e comentários dos juízes de conteúdo, os mesmos serão retratados a seguir, iniciando a discussão pelas principais sugestões acatadas ou não.

Na capa, foi solicitada pelo juiz ED3, que a mãe não estivesse amamentando em pé na ilustração, essa sugestão foi acatada, uma vez que o MS (2015) recomenda que a mãe esteja confortavelmente posicionada e bem apoiada para amamentar. De acordo com Moreira, Nóbrega e Silva (2003), a capa deve mostrar a mensagem principal e o público-alvo, e permitir que o leitor capte a mensagem principal.

Na contra capa, foi proposto pelo juiz EA2 que fosse abordado a experiência de amamentar a filha mais velha, Sara. Essa sugestão foi acatada em uma outra página da cartilha educativa, visto que segundo Fontes e Azzi (2012), as crenças de autoeficácia estão relacionadas à capacidade do próprio indivíduo organizar e executar suas ações cotidianas para alcançar certo resultado, passando pela modelação, persuasão social, estado emocional e experiências. Ainda na contra capa foi solicitado, pelo juiz EA1, que fosse feita uma breve apresentação do que é a autoeficácia, essa solicitação não foi acatada, pois o intuito da cartilha é promover a autoeficácia materna para amamentar e não proporcionar conhecimento sobre o tema autoeficácia.

O juiz ED1 solicitou que a expressão facial fosse melhorada em toda a cartilha. Essa solicitação foi acatada, visto que, as ilustrações devem retratar adequadamente a realidade que se deseja expor, além de simples e culturalmente sensibilizadoras, possibilitando uma melhor memorização do conteúdo (SABINO, 2016).

Foi aconselhado pelo juiz EA3 que fosse retirado o “sempre” dos títulos dos tópicos, essa sugestão foi acatada, pois o sempre é um termo extremo, assim, apesar de a Teoria da Autoeficácia considerar importante a repetição de informações, frases ou pontos chaves para a aquisição do conhecimento, considerou-se que a retirada do termo “sempre” não influenciaria na proposta inicial que é de mostrar que as mães são capazes de amamentar (CDC, 2009; DEATRICK; AALBERG; CAWLEI, 2010).

O juiz ED1 sugeriu que fosse acrescentada na cartilha uma informação incentivando às mães a não oferecer líquido, suco, chá, açúcar e industrializados às crianças pequenas, e o juiz ED3 sugeriu que fosse acrescentado uma ilustração dos suplementos que não devem ser oferecidos, no entanto, optou-se por não acatar essas sugestões, pois segundo os autores utilizados como referencial teórico-metodológico para a construção da cartilha educativa deve-se destacar a ação positiva, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

Foi sugerido pelos juízes ED4 e EA2 em alguns tópicos da cartilha que fossem acrescentadas legendas para complementar os textos e esta sugestão foi seguida, visto que, as legendas podem dizer ao leitor o essencial sobre a ilustração e onde se concentrar na gravura

(ALVES, 2017). Moreira, Nobrega e Silva (2003) recomendam colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem e usar legendas que incluam a mensagem chave que se deseja repassar.

Alguns especialistas (ED1, EA4, ND1 e ND2) sugeriram melhorar a expressão da Ana, deixá-la com aspecto de mais relaxada. Essas solicitações foram acatadas, pois deve-se utilizar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto e o comportamento esperado (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003).

Foi recomendado pelo juiz ND2, que nas ilustrações em que o filho Arthur está deitado no berço, fosse retirada da ilustração o travesseiro, visto que alguns especialistas não recomendam o seu uso. Essa recomendação foi acatada, uma vez que, as pessoas tendem a reproduzir o que viram em um material educativo que retrata a sua realidade (CDC, 2009; MOURA, 2016). O mesmo juiz aconselhou a substituição da imagem da proibição da mamadeira e chupeta. Essa recomendação não foi acatada, pois a pesquisadora entendeu a necessidade de abordar o tema, enfatizando que seus usos podem prejudicar o aleitamento materno. Os resultados de um estudo realizado em São Luís do Maranhão sugerem que bebês que usam chupeta e/ou mamadeira apresentam maior frequência de indicadores de dificuldades na amamentação quando comparados com as que não usam esses dispositivos. Os aspectos mais afetados pelo uso de mamadeira nesse estudo foram a posição mãe/bebê e a sucção ao peito, enquanto que o uso de chupeta aumentou o número de comportamento desfavoráveis dos aspectos posição mãe/bebê, afetividade, resposta do bebê e adequação da sucção (BATISTA et al, 2018).

Dois juízes (PA1, ED4) aconselharam acrescentar quais os prejuízos de oferecer outros alimentos além do leite materno para as crianças menores de seis meses. Acatou-se esse conselho, visto que, é importante que as mães compreendam que o leite materno é muito mais que uma fonte de nutrientes. O leite materno agrega, além de benefício calórico e proteico, a proteção imunitária necessária, em especial, no primeiro ano de vida da criança e reduz o risco de morte por diarreia e doenças respiratórias em recém-nascidos, bem como apresenta benefícios nas áreas cognitiva e motora (MOURA et al., 2015).

O juiz EA2 sugeriu mencionar a importância do AM para aumentar o binômio mãe-filho. Acatou-se essa solicitação, dado que a literatura retrata que o ato de amamentar é muito mais do que a passagem do leite de um organismo para outro, ele é um rico processo no estabelecimento e consolidação do vínculo e interação mãe e bebê, é por meio desse contato que o bebê se relaciona com o mundo a sua volta, abrindo-se assim, para a significação do sujeito (CAPUCHO et al., 2017).

Os juízes ED1, ND1, NA1 e PA1 recomendaram melhorar o posicionamento da mãe para amamentar, sendo acatada essa recomendação. Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando em uma má pega, a qual dificulta o esvaziamento da mama, podendo levar a uma diminuição da produção do leite, o que causa, muitas vezes, ganho de peso inferior ao esperado apesar do bebê permanecer longo tempo no peito (BRASIL, 2015).

Os juízes ED1 e NA2 solicitaram que a aréola do seio ficasse mais visível na imagem da pega para amamentar. A ilustração foi modificada e adaptada tendo em vista a necessidade de o material educativo assemelhar-se com a realidade vivenciada pela população-alvo (CDC, 2009; DEATRICK; AALBERG; CAWLEI, 2010).

O juiz PD2 recomendou incluir na cartilha que as dificuldades pra amamentar são esperadas e normais. Dessa forma, foi acrescentado no tópico sobre a satisfação em amamentar que a Ana teve dificuldades para amamentar no início, mas que se sente satisfeita em amamentar seu filho. Estudo realizado por Rocci e Fernandes (2014), identificou que dentre as dificuldades para amamentar, a “pega” adequada do bebê ao seio foi referida como maior obstáculo. Observou-se que as dificuldades não obrigatoriamente levaram à interrupção da amamentação, no entanto, as mães que apresentaram dificuldades na amamentação tiveram, em média, menor tempo de aleitamento exclusivo, demonstrando que as dificuldades da mulher no processo de aleitar estão fortemente associadas ao desmame.

O juiz ND2 sugeriu que o olhar da mãe fosse direcionado para o filho no tópico sobre amamentar mesmo se o bebê estiver chorando. Acatou-se a recomendação, já que para o bebê, a experiência da alimentação, do carinho, do olhar, da vocalização da mãe gera sentimentos de gratificação, o que lhe assegura e tranquiliza. A capacidade da mãe em perceber as necessidades do filho proporciona a condição de suavizar seus medos, dessa forma, a mãe tranquiliza seu filho (SILVA; PORTO, 2016).

No tópico sobre amamentar confortavelmente na frente de familiares foi solicitado pelo juiz EA3 que a informação fosse modificada para amamentar confortavelmente na frente de outras pessoas, esta recomendação foi acatada. A discussão em torno da prática da amamentação em público ganhou destaque em todo o país, em função principalmente do ativo movimento feminista. As mulheres são constrangidas e assediadas, tanto moral quanto fisicamente por amamentarem em locais públicos, conquanto é inadmissível tratar a prática de amamentar em público como algo indesejável e anormal. Em São Paulo, a Lei Nº16.161, de 13 de abril de 2015, protege os direitos do aleitamento materno em público em todo o município (GOMES, 2017).

Os juízes ED2 e ED3 solicitaram que fosse aumentado o tamanho da letra dos diálogos, o que vai de encontro à sugestão dos juízes EA1, EA2 e ED3, que recomendaram amplificar o tamanho da letra das orientações no recipiente com leite ordenhado, acatou-se essas sugestões. O tamanho e o tipo de letra podem tornar o texto fácil ou mais difícil para os leitores em todos os níveis de habilidade (ALVES, 2017).

No tópico sobre lidar com o fato que amamentar exige tempo, a imagem da mãe amamentando e fazendo diversas tarefas ao mesmo tempo, foi criticada pelos juízes ED3, EA1, ND2, NA3, ED4 e PD2, esse último sugeriu que a ilustração fosse excluída. Essa imagem foi substituída por ilustrações do pai e da avó da criança ajudando nos afazeres domésticos como recomendado pelo juiz ND2, NA2 e ED4, o que vai de encontro com as sugestões dos juízes PD2 e EA3, que ressaltaram a importância do auxílio e participação da família e do parceiro para o sucesso da amamentação. Revisão de literatura que investigou os fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo, concluiu que as mulheres em situação conjugal não definida são mais propensas a desmamar precocemente, ser mãe solteira pode dificultar que a mulher amamente seu filho de forma exclusiva, visto o acúmulo de tarefas domésticas, cuidados à criança e a falta de apoio psicológico e social para o desempenho do papel de nutriz (MOURA et al., 2015).

Foi recomendado por alguns juízes (ED1; EA2; ND1; PD2; EA4; ED4) que fosse acrescentado o passo a passo para a ordenha do leite dos seios. Os juízes EA2 e NA2 recomendaram ainda que fosse colocado um texto mencionando que o leite ordenhado deve ser oferecido em um copo e não na mamadeira para reforçar a informação fornecida pela imagem. Acataram-se essas sugestões, visto que, todas as ilustrações contidas em um material educativo devem ter relação com o texto, evitando que as imagens possam desviar a atenção do leitor para aspectos pouco importantes (CDC, 2009; DEATRICK; AALBERG; CAWLEI, 2010).

O juiz ND2 solicitou que a mãe estivesse sentada ou recostada durante a ordenha e o juiz NA3 apontou que a mãe deveria usar uma máscara ou frauda limpa no rosto durante a ordenha para evitar a contaminação do leite, o que vai de encontro as recomendações do MS (2015), assim, as recomendações foram acatadas.

Ainda sobre a ordenha do leite materno foi sugerido mencionar a importância da doação de leite, em casos de produção em excesso, bem como a proibição da amamentação cruzada pelo juiz NA2, no entanto, essa recomendação não foi acatada, uma vez que o tema sugerido foge ao propósito da TE. Além disso, é importante não colocar informações excessivas em uma mesma página, visto que o excesso de informações pode prejudicar o processo de compreensão do leitor e esconder mensagens prioritárias (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

O juiz ED3 recomendou que ficasse mais evidente o horário que a mulher deve pegar sol nos seios, acatou-se essa recomendação, visto que, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2013) afirma que a exposição ao sol no período entre 10 e 15 horas não é recomendada, porém nas regiões brasileiras com horário de verão, a restrição deve ser até 16 horas.

Foi sugerido pelos juízes ED2 e ED4 para que fosse colocada a sequência correta das ilustrações, o juiz ED4 solicitou ainda que as imagens fossem acrescidas de número sequencial o que vai de encontro às recomendações de Moreira, Nobrega e Silva (2003) que orientam numerar as imagens quando estas forem apresentadas em sequência.

Doak, Doak e Root (1996) afirmam que um material organizado é mais efetivo, sobretudo o que apresenta ao leitor um assunto por vez, como a presente cartilha, que foi dividida em tópicos, propiciando a motivação e adesão à leitura. Além disso, a construção da cartilha foi realizada com base nos dois domínios da BSES-SF, técnico e pensamentos interpessoais, nesse contexto, a cartilha educativa poderá influenciar a leitora a adotar o mesmo comportamento de Ana, estimulando a aprendizagem das instruções e motivando as mães a amamentarem seus filhos.

5.2.2 Validação por Juízes da Área de Design

A validação da cartilha educativa foi realizada por três profissionais da área de design. A caracterização da amostra, a faixa etária variou de 23 a 33 anos, demonstrando o quão jovens são os avaliadores, com média e 29,33 anos ($\pm 5,5$), quanto ao sexo 66,7% são do sexo feminino e 33,3 % têm mais de 10 anos de formação. Sobre a instituição de formação 66,7% são oriundos de instituições públicas, e com 10 ou menos anos de tempo de trabalho na área. Quanto à formação, 66,7% são mestres.

Os juízes de design responderam ao questionário adaptado para o português denominado SAM, para a avaliação inicial da cartilha educativa. A literatura mostra a importância de se utilizar a avaliação dos juízes de design, pois os mesmos contribuem de maneira significativa na apresentação, ilustração, *layout* e diagramação do material (JOVENTINO, 2013, BARROS, 2015; NOBRE, 2018). Destaca-se que o SAM pode revelar deficiências específicas na instrução de um material, o que reduz a sua adequação (DOAK; DOAK, ROOT, 1996).

Tabela 6 – Avaliação dos juízes de design quanto ao conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendiz e adequação cultural da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Itens avaliados	Superior	Adequado	Não adequado	N/A
-----------------	----------	----------	--------------	-----

Tabela 6 – Avaliação dos juízes de design quanto ao conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendiz e adequação cultural da cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

Conteúdo				
O propósito está evidente	3	-	-	-
O conteúdo trata de comportamentos	3	-	-	-
O conteúdo está focado no propósito	3	-	-	-
O conteúdo destaca os pontos principais	3	-	-	-
Exigência de alfabetização				
Nível de leitura	2	1	-	-
Usa escrita na voz ativa	3	-	-	-
Usa vocabulário com palavras comuns no texto	2	1	-	-
O contexto vem antes de novas informações	3	-	-	-
O aprendiz é facilitado por tópicos	3	-	-	-
Ilustrações				
O propósito da ilustração referente ao texto está claro	3	-	-	-
Tipos de ilustrações	2	1	-	-
As figuras/ilustrações são relevantes	3	-	-	-
As listas, tabelas, etc. têm explicação	1	1	-	1
As ilustrações têm legenda	-	-	2	1
Leiaute e apresentação				
Característica do leiaute	2	1	-	-
Tamanho e tipo de letra	3	-	-	-
São utilizados subtítulos	1	2	-	-
Estimulação / Motivação do aprendiz				
Utiliza a interação	3	-	-	-
As orientações são específicas e dão exemplos	3	-	-	-
Motivação e autoeficácia	3	-	-	-
Adequação cultural				
É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência	3	-	-	-
Imagem cultural e exemplos	3	-	-	-

Ao analisar o conteúdo da tabela 6, nota-se que os tópicos conteúdo, estimulação e adequação cultural foram considerados “superior” por todos os juízes e apenas no tópico ilustração um juiz considerou um dos itens como não adequado, todavia, a sugestão feita por esse juiz foi acatada.

Tabela 7 - Distribuição do Índice de adequação da tecnologia educativa individual e total da cartilha educativa. Teresina, 2019.

Juiz	SAM individual (%)
J1	84,1
J2	90,9
J3	95,2
SAM total (%)	90,1

Pode-se verificar que todos os juízes classificaram a cartilha educativa (Tabela 7) como superior com porcentagens entre 84,2 a 95,2%. Os resultados encontrados nesse estudo corroboram com os encontrados por Galdino (2014), Alves (2017) e Nobre (2018) nos quais todos os juízes consideraram a tecnologia educativa adequada para a utilização com o público a qual se destina. Dessa forma, o SAM total dos juízes de design foi considerado superior com 90,1%.

Tanto os especialistas de conteúdo quanto os técnicos responderam o questionário SAM, para avaliação da versão inicial da cartilha. Tal instrumento vem sendo amplamente utilizado neste tipo de estudo, por ser de fácil entendimento e permitir ampla abordagem crítica do respondente (SOUSA; TORRINI; POVEDA, 2015). Ao considerar o SAM total dos juízes de conteúdo e design, a cartilha educativa também se classifica como superior (78,5%).

Não foi possível calcular a confiabilidade e a concordância das respostas dos juízes de design, uma vez que não houve grande variabilidade nas respostas dos mesmos. Apresenta-se no Quadro 7 as principais sugestões dos juízes técnicos de design e as mudanças realizadas na cartilha educativa.

Quadro 7– Principais observações feitas pelos juízes de design com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019.

Página/ Assunto	Sugestões de mudança	Avaliação
Capa	Fazer um estudo de cores. O uso de cores fortes causa agitação. Procure adequar o layout a cores frias (J2).	Não acatado
Página de elaboração	Substituir as logomarcas dos apoiadores por imagens de melhor qualidade, maior resolução (J1).	Acatado
Contra capa	Sem sugestões	
Sumário	Sem sugestões	
Página 5	Substituir o texto do balão por “Quem decide a hora da mamada é o meu bebê!”	Não acatado
Página 6	É importante legendar a imagem (J2).	Acatado
Página 7	Sem sugestões	
Página 8	Uso de legendas para reformar a mensagem à imagem (J2).	Acatado

Quadro 7– Principais observações feitas pelos juízes de design com relação à cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

	No texto do balãozinho é importante substituir “eu consigo” por “eu devo” (J2).	Não acatado
Página 9	Sem sugestões	
Página 10	Sem sugestões	
Página 11	Sem sugestões	
Página 12	Muito importante do uso das legendas e que elas devem ser usadas cronologicamente para reforçar na “prática” as orientações (J2).	Acatado
Página 13	Inserir um texto de apoio ressaltando os motivos que fazem a mulher se sentir bem após amamentar (J2).	Acatado
Página 14	Acrescentar que apesar de alguns desconfortos, saber que a boa saúde do bebê é a tranquilidade da mãe (J2).	Não acatado
Página 15	Sem sugestões	
Página 16	Inserir legenda para apoio das imagens (J2).	Não acatado
Página 17	Colocar a frase de efeito na legenda “Amamentar não é uma vergonha!” (J2).	Não acatado
Página 18	Acrescentar frase de efeito na legenda “Quem amamenta garante um bebê mais saudável” (J2).	Não acatado
Página 19	Acrescentar texto de apoio (J2).	Acatado
Página 20	Acrescentar texto de apoio (J2).	Acatado
Página 21	Acrescentar texto de apoio (J2).	Acatado
Página 22	Complementar com legendas ou texto de apoio (J2).	Acatado
Página 23	Sem sugestões	
Página 24	Acrescentar legenda (J2).	Acatado
Página 25	Incluir uma elaboração de rotinas diárias, para amamentar, lavar roupinhas, descansar, etc. (J2).	Não acatado
Página 26	Acrescentar texto de apoio ou legendas (J2).	Acatado
Página 27	Legendas de passo a passo são extremamente necessárias nesse tema (J2).	Acatado
Página 28	Sem sugestões	
Página 29	Ressaltar a importância da amamentação para o bebê (J2).	Acatado
Página 30	Ressaltar a os benefícios da amamentação (J2).	Acatado (em outra página da cartilha)
Página 31	Sem sugestões	
Página 32	Legendas de passo a passo são extremamente necessárias nesse tema (J2).	Acatado
Página 33	Encerrar o tema mostrando a importância da amamentação para a saúde do bebê e dar uma opção caso a mãe queira mais informações, como, por exemplo, “procure um ginecologista”.	Não acatado
Página 34	Sem sugestões	
Página 35	Sem sugestões	

Os juízes de design apresentaram 24 sugestões de mudança das quais 15 foram acatadas e 9 não acatadas.

Tais observações são fundamentais para a elaboração final da cartilha, pois apesar de ter sido validada pelo referido público, os detalhes citados enriquecem o produto final e melhoram sua aplicabilidade, através da reformulação de informações, substituição de termos e revisão das ilustrações (COSTA et al., 2013; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

O juiz J2 sugeriu que as cores da cartilha fossem alteradas por cores mais frias, será realizada uma análise das cores da TE em momento futuro antes de sua impressão e distribuição às gestantes. Outro quesito bastante apontado pelo juiz J2 foi quanto ao uso de legendas e textos de apoio para complementar as ilustrações, assim como haviam recomendado os juízes de conteúdo.

O mesmo juiz propôs que na fala da Ana “Eu consigo amamentar meu filho somente com meu leite até que ele complete seis meses”, o termo “eu consigo”, fosse substituído por eu devo”. Este conselho não foi acatado, pois a autoeficácia está relacionada com a convicção que se tem sobre a capacidade de adotar o comportamento que resulte na obtenção dos resultados desejados, além disso, quanto maior a crença na própria eficácia, maior o desenvolvimento da motivação pessoal (BANDURA, 2012).

Pasquali (2013) afirma que a análise feita pelos juízes visa estabelecer a compreensão dos tópicos e a pertinência dos mesmos ao atributo a que se propõe validar, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os tópicos da TE estão se referindo ou não ao traço em questão.

5.2.3 Validação pelo Público-alvo

Após as sugestões dos juízes de conteúdo e de design, a primeira versão da cartilha foi alterada levando em consideração as sugestões acatadas pela pesquisadora. Os profissionais responsáveis pela ilustração e diagramação realizaram os ajustes necessários.

Participaram dessa etapa de validação 33 gestantes em acompanhamento pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família, da zona urbana do município de Picos-PI. A literatura demonstra a necessidade de se validar materiais educativos com o público-alvo, assim como já foram feitos em outros trabalhos que criaram materiais educativos (SABINO, 2016; MOURA et al., 2017b; ALVES, 2017; NOBRE, 2018).

É importante a validação da tecnologia com pessoas leigas, após a validação com especialistas, visto que elas irão usufruir da tecnologia, além do que é importante conhecer a população a qual se destina a tecnologia (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; SOUSA; TURRINI, 2015). O processo de validação confere maior credibilidade aos materiais educativos e ter o propósito de ampliar sua qualidade (RODRIGUES et al., 2013).

Participaram do estudo gestantes com faixa etária que variou de 18 a 42 anos, tendo boa parte (39,4%) entre 25 e 29 anos. O estado civil predominante foi casada/união estável (81,8%), 48,5% cursaram o ensino médio completo, 42,4% estão em sua segunda gestação e 39,4% não têm nenhum filho (a) (Tabela 8).

Tabela 8– Caracterização do público-alvo que validou a cartilha educativa. Teresina, 2019.

Variáveis	n	%	Mínimo- Máximo	Média± DP*
Faixa etária			18-42	27,15±5,4
18 a 24 anos	9	27,3		
25 a 29 anos	13	39,4		
30 a 34 anos	9	27,3		
35 ou mais	2	6,0		
Estado civil	2			
Solteira	6	18,2		
Casada/união estável	27	81,8		
Escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	4	12,1		
Ensino Fundamental Completo	9	27,3		
Ensino Médio Completo	16	48,5		
Ensino Superior	2	6,1		
Nº de gestações				
Uma	13	39,4		
Duas	14	42,4		
Três	6	18,2		
Nº de filhos				
Nenhum	13	39,4		
Um	10	30,3		
Dois	9	27,3		
Três	1	3,0		

DP*: desvio-padrão.

A cartilha educativa foi lida por cada uma das gestantes individualmente. Após a leitura da tecnologia educativa foi solicitado, com a ajuda da pesquisadora, que as gestantes respondessem a um instrumento adaptado de Gonçalves (2007) e Galdino (2014), com o objetivo de analisar a organização, o estilo da escrita, a aparência e a motivação da cartilha educativa junto ao público-alvo. A utilização de um instrumento para a verificação da aprendizagem e a revisão de materiais é importante para verificar a adequação da instrução de saúde à população a qual se destina (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Na tabela 9 observa-se os resultados obtidos em cada pergunta realizada e seu respectivo nível de concordância nas respostas.

Tabela 9– Avaliação do público-alvo quanto à organização, estilo de escrita, aparência e motivação da cartilha educativa. Teresina, 2019.

	Respostas positivas	
	N	%
Organização		
A capa chamou sua atenção?	33	100
A sequência do conteúdo está adequada?	33	100
A estrutura da cartilha educativa está organizada?	33	100
Estilo de escrita		
Quanto ao entendimento as frases são (fáceis de entender/difíceis de entender/não sei)	33	100
Conteúdo escrito é (claro/confuso/não sei)?	33	100
O texto é (interessante, desinteressante não sei)?	33	100
Aparência		
As ilustrações são (simples/complicadas/outro)?	33	100
As ilustrações servem para complementar o texto?	33	100
As páginas ou secções parecem organizadas?	33	100
Motivação		
Em sua opinião, qualquer gestante que ler essa cartilha educativa, vai entender do que se trata?	33	100
Você se sentiu motivada a ler a cartilha educativa até o final?	33	100
A cartilha educativa aborda os assuntos necessários para conhecer melhor o Aleitamento Materno?	33	100
A cartilha educativa lhe sugeriu a agir ou pensar a respeito da sua capacidade para amamentar?	33	100
Concordância geral		100

O nível de concordância geral das respostas positivas foi de 100% entre os itens abordados, resultado suficiente para validação da cartilha educativa pelo público-alvo. Esse dado corrobora com os estudos de Nobre (2018) e Mouta et al. (2017) nos quais o nível de concordância das respostas positivas do público-alvo foi de 95,6% e 88,4%, respectivamente..

Ao final do questionário, as gestantes foram ainda solicitadas a registrar suas opiniões e realizar sugestões sobre possíveis melhorias na tecnologia educativa. O quadro 8 apresenta os principais dados extraídos dessas respostas subjetivas.

Quadro 8– Principais opiniões e sugestões do público-alvo para a cartilha educativa. Teresina, 2019.

Opiniões	Sugestões
“Bem eficaz” (G2)	“Repassar as informações para todas as gestantes” (G12)
“Ajuda bastante as mães” (G3; G17)	“Como tratar ou solucionar os problemas da mama ingurgitada” (G20)

Quadro 8– Principais opiniões e sugestões do público-alvo para a cartilha educativa. Teresina, 2019. (Continuação)

“Muito instrutiva” (G4)	“A personagem principal ou o marido podia ser negro” (G29)
“Boa” (G5; G21; G22; G23; G27)	
“Muito interessante” (G6; G13; G20)	
“Interessante” (G7; G8; G9; G29; G33)	
“Bonita” (G9)	
“Ótima” (G10)	
“Ajuda as mães a amamentar pelo tempo adequado, da maneira certa e ajuda a evitar e tratar problemas que possam surgir” (G16)	
“Muito boa” (G17; G28)	
“Bastante educativa” (G18)	
“Muito proveitosa” (G19)	
“Importante” (G20; G24)	
“Conteúdo de fácil compreensão” (G26)	
“Bem clara, muito interessante, dinâmica e bastante comunicativa” (G32)	

Após a leitura das sugestões e opiniões das gestantes, foi possível perceber que a cartilha educativa foi considerada interessante e adequada ao fim que se destina. Observa-se que as gestantes expuseram poucas sugestões, não sendo necessário realizar novas alterações na cartilha educativa, uma vez que as sugestões solicitadas não alterariam substancialmente o conteúdo da tecnologia educativa.

Ao final da aplicação do formulário foi pedido às gestantes que dessem uma nota à cartilha com variação de zero a dez, 87,9% deram nota 10, as demais deram nota 9, demonstrando assim a aceitabilidade da tecnologia educativa pelo público-alvo (Gráfico 1).

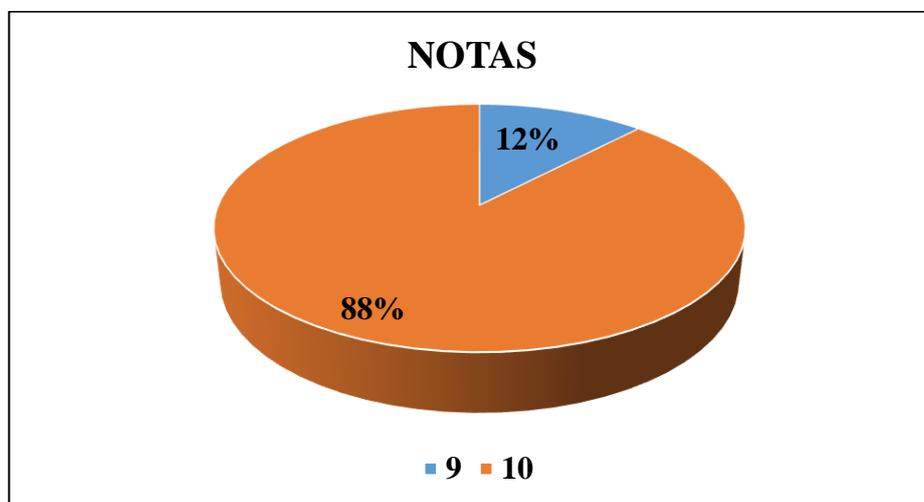


Gráfico 1 – Notas da avaliação das gestantes sobre a cartilha educativa. Teresina, 2019.

Após a leitura da cartilha, as mães verbalizaram confiança em realizar as ações descritas na mesma. É importante que a partir da leitura realizada, a pessoa possa sentir-se capaz de empreender as ações ou comportamentos descritos no material com o intuito de melhorar a sua saúde, elevando assim a sua autoeficácia (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). As pessoas com autoeficácia mais elevada tendem a dispensar maior esforço para alcançar os objetivos desejados e também a aumentar suas metas, devido aos sentimentos de capacidade e motivação desenvolvidos (BANDURA, 2012).

5.3 Versão final da cartilha educativa

A seguir, na figura 3, pode-se visualizar a versão final da tecnologia educativa, elaborada após as considerações dos especialistas e da população.

FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina, 2019.



ELABORAÇÃO

Ingrid Pereira Cirino

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí - UFPI

Luisa Helena de Oliveira Lima

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI (Orientadora)

ILUSTRAÇÃO / DIAGRAMAÇÃO

Ênio Rodrigues

Éder Rodrigues

APOIO



FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”. Teresina, 2019. (Continuação)



Eu sou capaz de amamentar meu filho

Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para o aleitamento materno.

Olá, sou a Ana, casada com o Enrico e mãe da Sara de 2 anos e 6 meses e do Arthur de 2 meses. Eu me sinto capaz de amamentar meu filho Arthur e quero conversar um pouco sobre isso com vocês mães.

Picos – PI
2018
1ª Edição

SUMÁRIO

Eu alimento meu bebê somente com leite materno.	05
Eu percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	07
Eu amamento meu bebê em um peito e quando ele esvazia mudo para o outro.	09
Eu fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	11
Eu posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	13
Eu posso dar de mamar confortavelmente na frente de outras pessoas	15
Eu posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo.	17
Eu consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê.	19
Eu lido com a amamentação com sucesso da mesma forma que eu lido com outros desafios.	21
Fazendo a retirada do Leite do Peito	23
Eu sinto quando meu bebê está mamando o suficiente e sei quando ele terminou a mamada.	25
Eu sinto vontade de continuar amamentando meu bebê.	27
Eu consigo controlar meus problemas na mama.	29



Eu alimento meu bebê somente com leite materno.

Aleitamento Materno Exclusivo

- Você, mãe, deve amamentar seu bebê somente com leite do peito até que ele complete seis meses de vida;
- Seu leite tem todos os nutrientes e fatores de proteção que seu filho precisa para crescer forte e saudável;
- Não é necessário oferecer água, pois mesmo nos dias quentes, o seu leite é suficiente para matar a sede e a fome do seu filho;
- Dar outros alimentos aos bebês pode causar problemas na saúde deles, como diarreia, pneumonia e outras doenças.

05



Não ofereça chupeta nem mamadeira a seu bebê, pois podem prejudicar a amamentação.

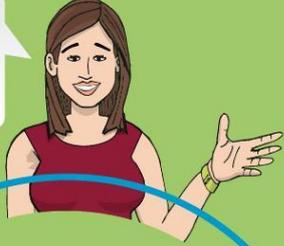
Eu consigo amamentar meu filho somente com o meu leite até que ele complete 6 meses.

Consegue sim meu amor! Você amamentou a Sara só com seu leite até ela completar seis meses e vai conseguir amamentar o Arthur também.

06

FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)

Eu percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.



Sinais de posicionamento correto.

- Mãe bem apoiada e confortável;
- Corpo do bebê bem junto ao da mãe, de frente para a mãe;
- Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo (Bico do peito);
- Bebê com cabeça e corpo alinhados;
- Bebê bem apoiado.



07

Sinais da “pega” correta.

- Boca do bebê bem aberta cobrindo quase toda a aréola (área mais escura ao redor do mamilo);
- Lábio inferior do bebê virado pra fora;
- Queixo do bebê bem próximo ou encostado na mama;
- Mãe não sente dor nos mamilos (bico do peito).



08

Eu amamento meu bebê em um peito e quando ele esvazia mudo para o outro.



- Em cada mamada as duas mamas devem ser oferecidas à criança. Crianças menores podem mamar apenas um peito;
- O bebê deve mamar em um peito pelo tempo que desejar até soltar espontaneamente a mama;
- Após o bebê soltar a primeira mama deve ser oferecida a outra mama;
- Na próxima mamada começar pela mama que a criança mamou por último;
- Mamãe, NÃO se deve marcar o tempo da mamada, cada criança leva um tempo diferente para esvaziar a mama.

09



1 Amamente seu filho em uma mama.



2 Ofereça a outra mama.



3 Deixe o bebê descansar.

PRÓXIMA MAMADA:



4 Ofereça primeiro a mama que a criança mamou por último, na mamada anterior.

10

FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)

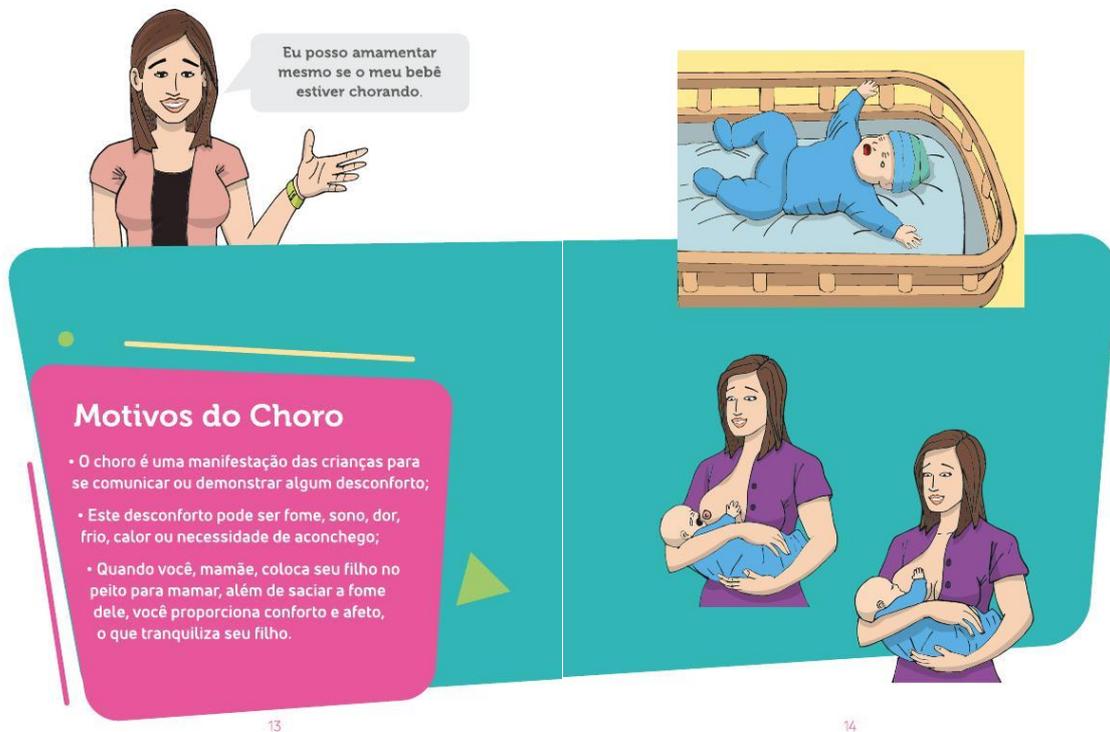
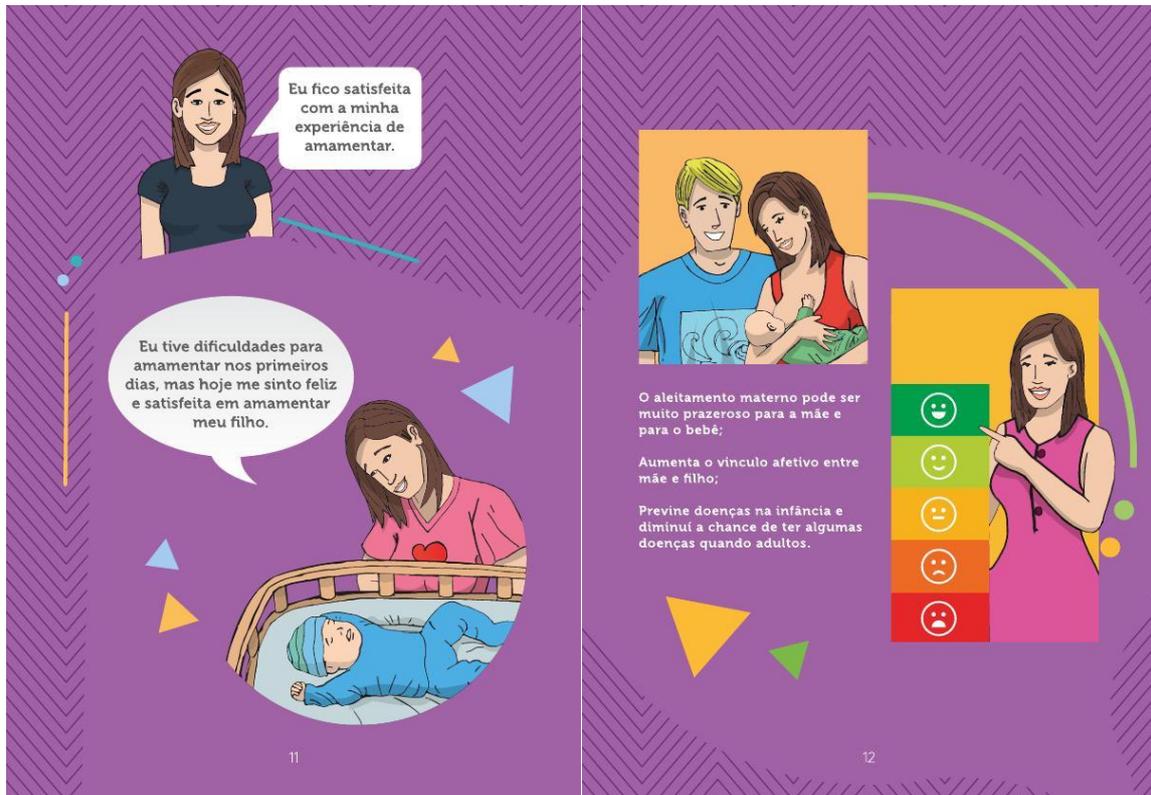


FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)

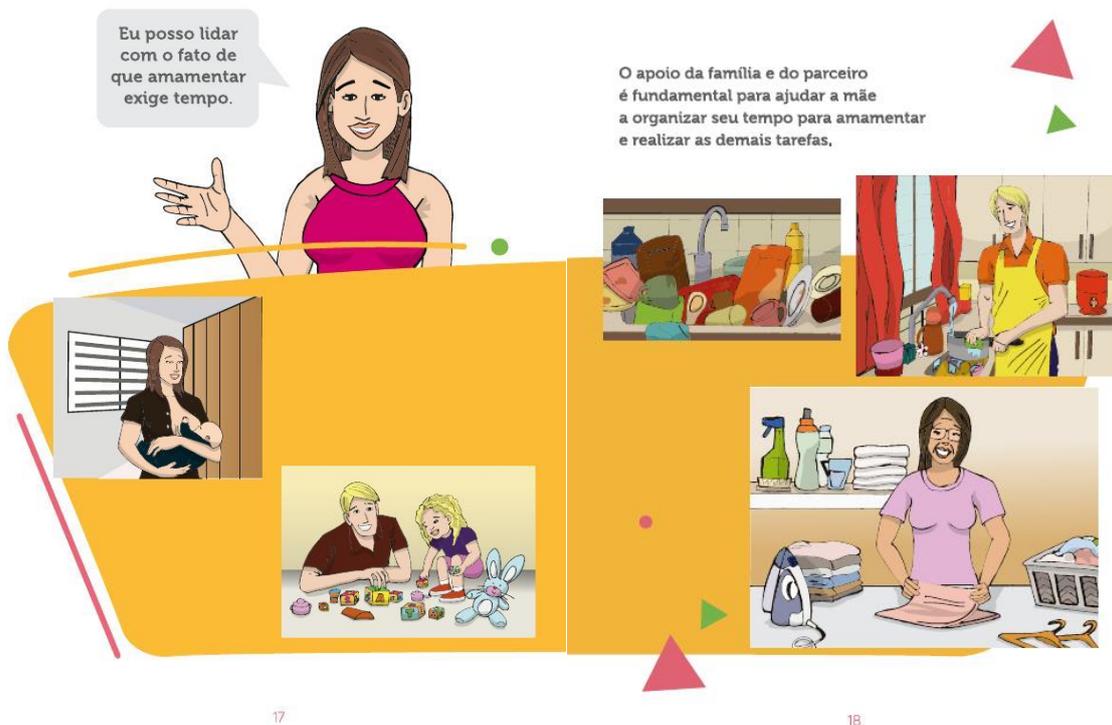


FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)

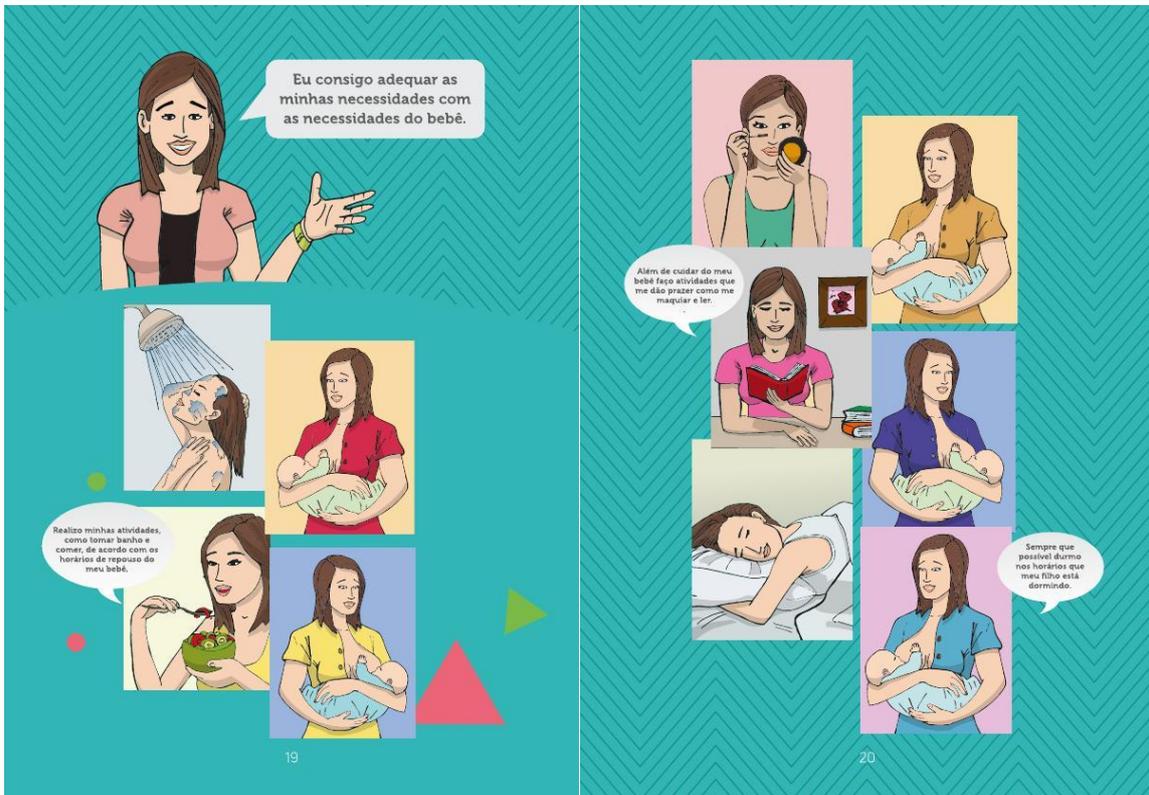


FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)

Fazendo a retirada do Leite do Peito

- 1** Amarre o cabelo e use uma máscara ou frauda limpa cobrindo o nariz e a boca.
- 2** Lave as mãos e reserve um recipiente já higienizado anteriormente.
- 3** Massageie os seios.
- 4** Realize a ordenha em um seio.
- 5** Em seguida realize a ordenha no outro seio.
- 6** Conserve o leite ordenhado na geladeira por até 12 horas e no congelador por até 15 dias.
- 7** Quando for oferecer o leite à criança, ferva água e apague o fogo.
- 8** Descongele o leite em banho maria e ofereça morno à criança.
- 9** Ofereça o leite à criança em um copinho. Não use mamadeira!

Caso ainda tenha dúvidas sobre como fazer a retirada do leite do peito, procure orientações no posto de saúde.

23 24

Eu sinto quando meu bebê está mamando o suficiente e sei quando ele terminou a mamada.

Amamentação em Livre Demanda (quando a criança quiser).

- A criança deve ser amamentada quando ela quiser e pelo tempo que ela quiser;
- É importante que você, mãe, dê tempo suficiente para que seu bebê esvazie totalmente a mama;
- Em geral, uma bebê em aleitamento materno exclusivo (que só mama) vai ao seio de 8 a 12 vezes por dia.

Sinais de que a amamentação está sendo satisfatória:

Em relação ao bebê:

- É uma criança calma, quase não chora;
- Está ganhando peso;
- Solta o peito espontaneamente e arrotta após a mamada;
- Dorme bem.

Em relação à mãe:

- Sente sensação de esvaziamento da mama após a mamada;
- Não sente dor ao amamentar;

1 Amamente de maneira confortável pelo tempo que o bebê quiser.

2 Após amamentar coloque o bebê para arrotar.

3 Coloque o bebê para dormir de barriga para cima.

AO NASCER 2 MESES 4 MESES

25 26

FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)

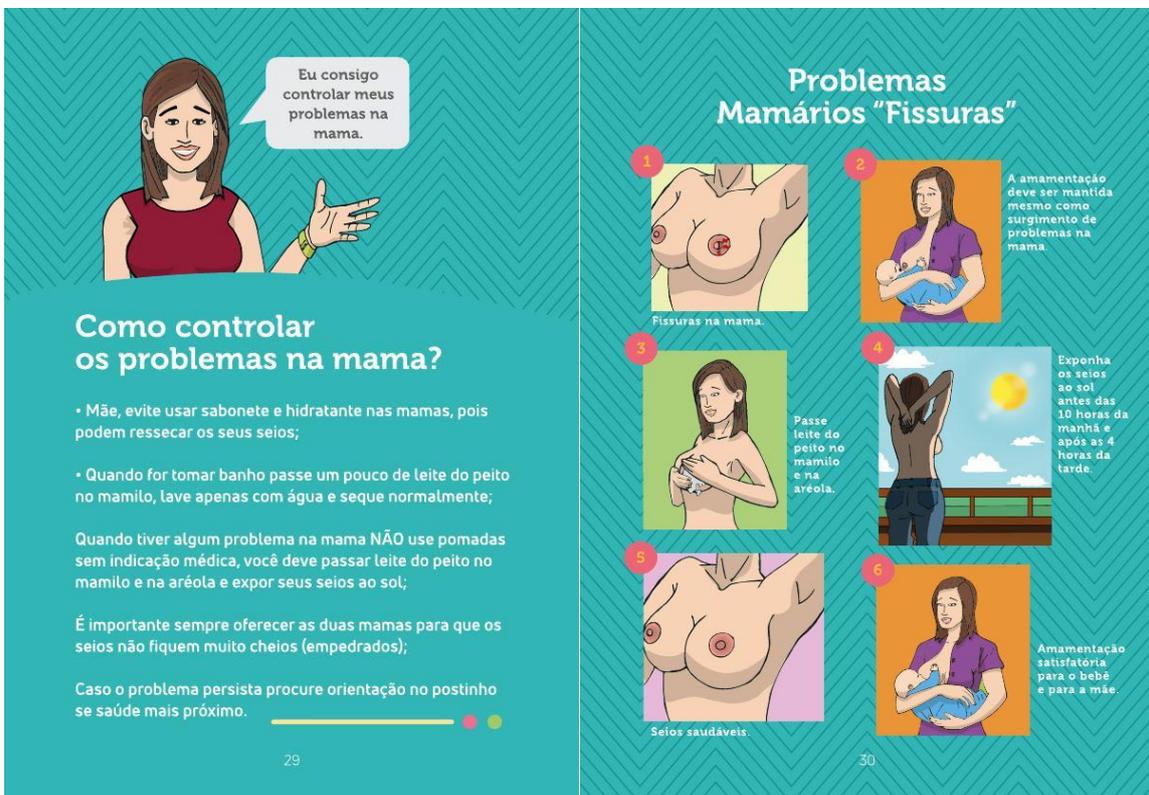
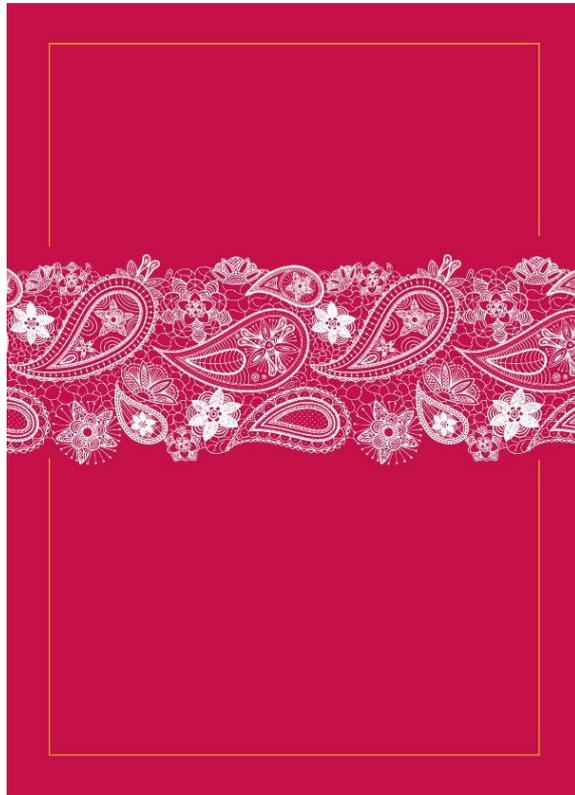


FIGURA 3: Versão final da cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”.
Teresina, 2019. (Continuação)



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, ao final desse estudo, que os objetivos propostos foram alcançados de acordo com os resultados expostos. Foi possível construir e validar a cartilha educativa “Eu sou capaz de amamentar meu filho”, tecnologia destinada à promoção da autoeficácia materna para o aleitamento materno. A tecnologia educativa foi validada quanto ao conteúdo e aparência junto a juízes de conteúdo e de design e quanto à organização, estilo de escrita, aparência e motivação junto ao público-alvo.

O propósito da cartilha educativa é promover a autoeficácia materna para amamentar durante a gestação a fim de possibilitar que a mulher se sinta capaz e habilitada para amamentar desde o período gravídico, o que pode repercutir em melhoria dos indicadores de AM e AME.

A participação dos juízes de conteúdo e de design foi fundamental para adequabilidade da tecnologia educativa, que mesmo tendo atingido IVC, SAM, alpha de cronbach e CCI favoráveis, passou por modificações e acréscimos a fim de tornar-se mais eficaz. A colaboração das gestantes em acompanhamento pré-natal foi essencial para esse estudo, que através de suas opiniões, trouxeram um *feedback* positivo ao julgarem a cartilha educativa.

A principal limitação do estudo foi a coleta de dados com os juízes que, em sua maioria, demoraram um tempo significativo para responder ao convite e os formulários de avaliação da cartilha educativa e muitas vezes não retornaram em tempo hábil com as respostas da avaliação, sendo necessário entrar em contato com outro profissional e assim, dobrava-se o tempo de espera. Para superar essa limitação foi necessário entrar em contato com outros pesquisadores da área que indicaram colegas que poderiam participar dessa etapa de validação na condição de juízes.

A tecnologia educativa impressa construída e validada para promover a autoeficácia materna para amamentar durante o período gravídico representa um trabalho inédito no cenário brasileiro. Dessa forma, espera-se que a cartilha educativa desenvolvida seja de fato utilizada para a promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao AM. Devendo, assim, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro que acompanha a gestante durante todo o pré-natal, contribuir entregando e estimulando as mães a lerem a cartilha educativa, bem como buscar promover a autoeficácia materna para amamentar, uma vez que, o uso da cartilha educativa pelas gestantes favorecerá a assistência de enfermagem quanto à promoção da saúde, visto que, um instrumento tecnológico como esse, traz informações de forma simples, clara e ilustrativa.

REFERÊNCIAS

- ABISSULO, C. M. F. **Tecnologia educacional utilizada para orientação da puérpera sobre aleitamento materno: simuladores realísticos de baixa fidelidade**. 2016. 127f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016
- ABUCHAIM, E. S. V. et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 6, p. 664-70, 2016.
- AHMED, A. H. Breastfeeding Preterm Infants: An Educational Program to Support Mothers of Preterm Infants in Cairo, Egypt. **Pediatric nurs.**, Pitman, v. 34, n. 2, p. 125-139, 2008.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, M. A. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de queda em idosos**. 2017. 167f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- ANDRADE, L. M. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada**. 2011. 123p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ARANGO, H.G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- BAGHURST, H. et al. Breastfeeding self-efficacy and other determinants of the duration of breastfeeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. **Midwifery**, Edinburg, v. 23, p. 382-91, 2007..
- BANDURA, A. On the functional propertiel of perceived self-efficacy revisited. **Jounal of Management**, v. 38, n 1, p. 9-44, 2012.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p.191-215, 1977a.
- BANDURA, A. **Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice Hall. 1977b.
- BARROS, L.M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. 2015. 291 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- BATISTA, C. L. C.; RIBEIRO, V. S.; NASCIMENTO, M. D. S. B.; RODRIGUES, V. P. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. **J Pediatr**, v. 94, n. 6, p. 596-601, 2018.
- BENEVIDES, J. L. et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 309-316, 2016.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 603-9, 2014.

BLYTH, R. et al. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. **Birth**, Boston, v. 29, n. 4, p. 278- 84, 2002.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** – Brasília: Anvisa, 2008.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12.** Brasília, 2012.

_____, _____. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009.

_____, _____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

_____, _____. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.** Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html

_____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAPUCHO, L.B. et al. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 19, n.1, p.108-113, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Simply put. A guide for creating easy-to-understand materials. CDC, 2009. Disponível em:
<https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf>. Acesso em: 27 dez 2018.

CHAVES, A. F. L. et al. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 407-14, 2015.

COSTA, P. B. et al. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1160-7, 2013.

COUDRAY, M. L. R.; OSUNA, C. L.; RAYO, M. D.; MARTÍNEZ, M. R.; ROIG, A. O. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia em ala lactancia materna. **Matronas Prof**, v. 12, n. 1, p. 3-8, 2011.

DAI, X.; DENNIS, C. L Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Chinese. **J. midwifery womens health.**, New York, v. 48, n. 5, p. 350 – 356, 2003.

DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials. Guidelines for Effective Print Communication. Corporight, 2010. Disponível em:

<https://mainehealth.org/-/media/community-education-program-cep/health-literacy/mh-print-guidelines.pdf?la=en>. Acesso em: 27 dez 2018.

DENNIS, C. L. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Res Nurs Health**, v. 29, n. 7, p. 256-68. 2006.

DENNIS, C. L. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonat Nurs**, v. 32, n. 6, p. 734-44, 2003.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res Nurs Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. **Res. nurs. health.**, New York, v. 22, p. 399-409, 1999.

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J Hum. Lact.**, v. 15, n. 3, p. 195-201, 1999.

DIAS, E. G. et al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de Mamonas-MG em 2013. **Revista Contexto & Saúde**, v. 15 n. 29, 2015.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J. The Literacy problem. In: DOAK, C.C.; DOAK L.G.; ROOT, J. **Teaching patients with low literacy skills**. J.B.Lippincott; 1996.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale –Short Form (BSES-SF) em puérperas**. 2008. 107f. Dissertação (Mestrado). Departamento de enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 166f. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

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

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.

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

DODT, R. C. M. et al. Psychometric assessment of the short form version of the breastfeeding self-efficacy scale in a Brazilian sample. **J Nurs Educ Pract**, v. 3, n. 2, p. 66-73, 2012.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 225-30, 2012.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

- FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M; PAQUETTE, M. (eds.). **Classification of nursing diagnoses**, proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott - North American Nursing Diagnosis Association, p. 55-62, 1994.
- FERRAZ, F., SILVA, L. W. S., SILVA, L. A. A., REIBNITZ, K. S., BACKES, V. M. S. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 58, n. 5, 2005.
- FONTES, A. P.; AZZI, R. G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sócio-cognitiva. **Estud. Psicol**, v. 29, n. 1, p. 105-114, 2012.
- GALDINO, Y. L. S. **Construção e validação de uma cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes**. 2014. 88f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.
- GOMES, M.C.A. Violência, intolerância e corpo feminino: Analisando as reações discursivas na mídia em torno da prática de amamentação. **Card Ling Socie**, v.18, n.2, p.175-194, 2017.
- GONÇALES, M. B. **Teste de Papanicolaou: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.
- GREGORY, A.; PENROSE, K.; MORRISON, C.; DENNIS, C. L.; MACARTHUR, C. Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Forms in an ethnically diverse U.K. Sample. **Public Health Nursing**, v. 25, n. 3, p. 278-284, 2008.
- GUIMARÃES, C. M. S. et al. Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de Ribeirão Preto, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, e4100015, 2017a.
- GUIMARÃES, C. M. S. et al. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 109-115, 2017b.
- JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concepts as used in nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.
- JAVORSKI, M.; RODRIGUES, A. J.; DODT, R. C. M.; ALMEIDA, P. C. LEAL, L. P.; XIMENES, L. B. Effects of an educational technology on self-efficacy for breastfeeding and practice of exclusive breastfeeding. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03329, 2018.
- JOVENTINO, E.S. **Construção de uma escala psicométrica para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 215f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- KINGSTON, D.; DENNIS, C. L; SWORD, W. Exploring Breast-feeding Self-efficacy. **J perinat. neonatal nurs.**, Frederick MD, v. 21, n. 3, p. 207–215, 2007.
- LACERDA, T.T.B.; MAGALHÃES, L.C.; REZENDE, M.B. Validade de conteúdo de questionários de coordenação motora para pais e professores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, v.18, n.2, p.63-77, 2007.

LEAL, J. F.; SKUPIEN, S. V.; RAVELLI, A. P. X. Aleitamento materno: abordagem do enfermeiro para incentivo a essa prática. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, v.23, n.1, p. 54-59, 2017.

LIMA, A. C. M. A. C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV**. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

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

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermagem-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. 306f. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, p. 771-9, 2014.

MARIANO, L. M. B. et al. Aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, e2910015, 2016.

MARTINS, F. D. P.; LEAL, L. P.; LINHARES, F. M. P.; SANTOS, A. H. S.; LEITE, G. O.; PONTES, C. M. Effect of the board game as educational technology on schoolchildren's knowledge on breastfeeding. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3049, 2018.

MATOS, D. A. S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Est. Aval. Educ.**, v. 25, n. 59, p. 298-324, 2014.

MAYCOCK, B. R. et al. A study to prolong breastfeeding duration: design and rationale of the Parent Infant Feeding Initiative (PIFI) randomised controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 159, p. 1-8, 2015.

McCARTER-SPAULDING, D. E.; DENNIS, C. L. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in a sample of black women in the United States. **Res. nurs. health.**, New York, n. 33, p. 111–119, 2010.

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

MCVARTER-SPAULDING, D.; GORE, R. Breastfeeding Self-Efficacy IN WOMAN OF African Descent. **JOHNN**, v. 38, n. 2, p. 230-243, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 2, p.184-188, 2003.

MOURA, E. R. B. B.; FLORENTINO, E. C. L.; BEZERRA, M. E. B.; MACHADO, A. L. G. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 94-116, 2015.

MOURA, E. R. F. et al. Validação de jogo educativo destinado a orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista da APS**, v. 11, n. 4, p. 435-443, 2008.

MOURA, I.H.M. et al. Construction and validation of educational materials for the prevention of metabolic syndrome in adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. 2934, p. 1-8, 2017.

NARDIR, A. L.; GUSMÃO, R. C.; CARVALHO, N. M. Estudos de caso sobre amamentação: da gestação aos seis meses de vida. **Rev. APS.**, v. 17, n. 4, p. 507-515, 2014.

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

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

NOEL-WEISS, J. et al. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding work shop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. **JOGNN**, Philadelphia, n. 35, p. 616-624, 2006.

OLIVEIRA, P. M. P.; CARVALHO, A. L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Adaptação cultural de tecnologia educativa em saúde: literatura de cordel com enfoque na amamentação. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 134-41, 2014.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 205-12, 2013.

ORIA, M. B. et al. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public health nurs.**, Cambridge, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 188f. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

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

ORSO, L. F.; MAZZETTO, F. M. C.; SIQUEIRA, F. P. C. Percepção de mulheres quanto ao cenário de cuidado em saúde na promoção do aleitamento materno. **Revista Recien**, v. 6, n. 17, p. 3-12, 2016.

PALHONI, A. R. G. et al. Apresentação de um Manual instrucional de promoção ao aleitamento materno em Unidade Básica de Saúde: um relato de experiência. **Revista Interdisciplinar da PUC Minas no Barrreiro/Percurso Acadêmico**, v. 6, n. 11. 2016.
Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/7933>. Acesso em 08 de abril de 2017.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. Ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Editora UnB, 1997. p. 161-200.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

PRADO, C. et al. Teleamentação no programa nacional de telessaúde no Brasil: a experiência da telenfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 990-6, 2013.

PRAZERES, M. A. F. et al. “Cantinho da mamãe.” Educação sobre aleitamento materno por meio de vídeos para puérperas no Hospital: relato de caso. **Revista Amazônia Science & Health**, v.3, n. 1, p. 27-32, 2015.

REIS, K. S. et al. Programas de incentivo ao aleitamento materno. **Revista Digital de Nutrição**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 22-7, 2014.

RODRIGUES, A. P. et al. Promoção da autoeficácia em amamentar por meio de sessão educativa grupal: ensaio clínico randomizado. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e1220017, 2017.

RODRIGUES, A. P. et al. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, v. 7 (esp), p. 4144-52, 2013.

RODRIGUES, A. P. et al. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p. 586-93, 2013.

SÁ, E. R. L.; LUNA, R. C. P. Diagnóstico de aleitamento materno em crianças menores de dois anos assistidas pelo programa bolsa família. **Rev Enferm UFPI**, v. 4, n. 4, p. 63-67, 2015.

SAMPIERI, R.H.; CALLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTIAGO, J. C. S. **Criação e validação de uma cartilha educativa sobre excesso ponderal para o adulto com hipertensão**. 2016. 162f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

SANTOS, F. S. et al. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v, 25, n. 1, e0220015, 2016.

SANTOS, V.; BÁRCIA, S. Contributo para a adaptação transcultural e validação da Bresastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Forms – versão portuguesa. **Ver Port Clin Geral**, v. 25, p. 363-9, 2009.

- SERVA, V. M. S. B. Semana Mundial da Amamentação: 20 anos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 3, p. 213-216, 2011.
- SILVA, A. C. et al. Tecnologias em aleitamento materno: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 29, n. 3, p. 439-446, 2016
- SILVA, A. K. C. et al. Construção e validação de jogo educativo para adolescentes sobre amamentação. **Rev baiana enferm**, v. 31, n. 1, e16476, 2017.
- SILVA, R. S.; PORTO, M. C. A Importância da Interação Mãe-Bebê. *Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, v.20, n.2, p. 73-78, 2016.
- SOARES, L. S. **Autoeficácia em amamentação de doadoras de leite materno humano**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.
- SOARES, L. S. et al. Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Enferm. Foco**, v. 4, n. 3, p. 150-152, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Consenso de fotoproteção da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1ª Ed. Rio de Janeiro, 2013.
- SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 6, p. 990-6, 2012.
- SOUSA, C.S.; TURRINI, R.N.T.; POVEDA, V.B. Translation and adaptation of the instrument "Suitability Assessment of Materials" (SAM) into portuguese. **Rev. Enferm. UFPE**, v.9, n. 5, p.7854-61, 2015.
- SOUSA, E. F. C.; FERNANDES, R. A. Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm.** v, 27, n. 5, p. 465-70, 2014.
- SOUSA, F. et al. Avanços e desafios do aleitamento materno no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n.3, p. 434-442, 2015.
- SOUSA, R. R. C. et al. Health Education to Strengthen Breastfeeding Actions. **International archives of medicine**, v. 10, n. 181, p. 1-6, 2017.
- TAVARES, M. C. et al. Aplicação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form a puérperas em alojamento conjunto: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.
- TEIXEIRA, E. et al. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-10, 2016
- TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto**. 2011. 111f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TOKAT, M. A.; OKUMUS, H.; DENNIS, C. L. Translation and psychometric assessment of Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Forms among pregnant and postpartum women in Turkey. **Midwifery**, v. 26, p. 101-108, 2010.

TORRES, M. M. et al. Translation and validation of the Breastfeeding Self-efficacy Scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **J. human. lact.**, Charlottesville, v. 19, n. 1, p. 35-42, 2003.

UCHOA, J. L. et al. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 1, p. 10-20, 2016

UNICEF. **State of the World's Children**. Nova York: UNICEF; 2013.

VENÂNCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 11. p. 2261-2274, 2013.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

VIEIRA, E. S.; CALDEIRA, N. T.; EUGÊNIO, D.S.; LUCCA, M.M.; SILVA, I. A. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3035, 2018.

VIEIRA, R. W.; DIAS, R. P.; COELHO, S. C.; RIBEIRO, R. L. Do aleitamento materno à alimentação complementar: Atuação do profissional nutricionista. **Saúde & Amb. Rev.**, v. 4, n. 2, p. 1-8, 2009.

VIEIRA, S. M. M.; AMORIM, M. M. A.; MOURA, M. B. Categorias de aleitamento materno segundo a visão dos profissionais da estratégia de saúde família em Belo Horizonte/MG. **Rev. APS**, v. 16, n. 4, p. 378-385, 2013.

VITOR, A.F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas**: análise de conceito e validação por especialistas. 2010. 210f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Fund. **Ten steps to successful breastfeeding**. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>>. Acesso em: 05/01/2019.

WUTKE, K.; DENNIS, C. L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. **Int j. nurs. stud.**, Oxford, n. 44, p. 1439–1446, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Carta convite aos juízes

Prezado(a),

Meu nome é Ingrid Pereira Cirino, sou enfermeira e estou desenvolvendo um estudo intitulado “Construção e Validação de Tecnologia Educativa para Autoeficácia Materna em Amamentar” na condição de mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Para alcançar os objetivos do estudo faz-se necessário construir e validar uma Cartilha Educativa. Portanto reconhecendo sua experiência no assunto e certa de sua valiosa contribuição para a validação desse material, venho convidá-lo para emitir seu julgamento sobre o conteúdo e aparência desse material elaborado com base na Teoria de Autoeficácia de Bandura, nos itens da Breastfeeding Self-Efficacy Scale e em referências atualizadas sobre Aleitamento Materno e Autoeficácia.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito vossa contribuição nas seguintes atividades:

- ✓ Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- ✓ Leitura e análise da tecnologia educativa quanto ao conteúdo e aparência;

Sua colaboração envolverá a avaliação do material educativo, pela aparência e conteúdo, em relação aos seguintes critérios: clareza na compreensão das gravuras e do conteúdo, sua relevância e grau de relevância, associação ao tema proposto, adequabilidade ao público alvo (gestantes) e viabilidade de aplicação. Poderá sugerir modificações parciais e/ou totais, portanto, fica a seu critério a inclusão, exclusão ou alteração de qualquer texto ou gravura que considere pertinente.

Agradeço antecipadamente sua disponibilidade em partilhar vosso conhecimento e experiência. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Ingrid Pereira Cirino

Rua Simplício Mendes, nº 831, centro, Teresina-PI

Fones: (89) 9 8111-9818/(89) 9 9982-8242

Email: ingredleo@yahoo.com.br

APÊNDICE B

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Juízes)**

Título do projeto: Construção e Validação de Tecnologia Educativa para Autoeficácia Materna em Amamentar

Pesquisadora responsável: Mestranda Ingrid Pereira Cirino.

Telefone: (89) 99982-8242/ (89) 98111-9818.

E-mail: ingredleo@yahoo.com.br

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciência da Saúde / Pós-graduação Stricto Sensu / Campus Ministro Petrônio Portela.

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada acima cujo objetivo é a construção e validação de uma tecnologia educativa direcionada a gestantes para desenvolvimento de sua autoeficácia no ato de amamentar. O (a) Senhor (a) precisa decidir se participará ou não. Por favor, não se apresse em tomar esta decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o (a) Senhor (a) tiver.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma.

Meu nome Ingrid Pereira Cirino, sou Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI), estou realizando neste momento uma pesquisa ao desenvolvimento da autoeficácia materna para o aleitamento materno, cujos dados serão coletados por mim.

Neste estudo, você estará desenvolvendo o papel de juiz técnico ou de conteúdo ou juiz profissional de designer gráfico, no qual, irá avaliar a coerência e coesão da tecnologia educativa, de acordo com seus conhecimentos. A seleção dos juízes escolhidos para participar desta pesquisa está justificada pela confiança e credibilidade de sua experiência no respectivo assunto (aleitamento materno, autoeficácia, diagramação e arte gráfica). Caso demonstre interesse em colaborar com o estudo, recomendo a leitura do material educativo e o preenchimento do instrumento de avaliação, os quais deverão em seguida, ser devolvidos à pesquisadora por meio de correio eletrônico ou tradicional.

Ao aceitar, será garantida sua integridade. Os riscos da realização desta pesquisa são mínimos, como disponibilidade de tempo para avaliar a tecnologia educativa e preenchimento dos formulários. No entanto, para contornar esse risco atentar-se-á para uma abordagem apropriada dos juízes e pela disponibilização de um prazo de 10 dias para resposta.

O estudo traz como benefícios a produção de conhecimento sobre a temática proporcionando benefício direto para a população, por se tratar de um estudo para o desenvolvimento da autoeficácia materna para a amamentação e, assim, elevar os indicadores de aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida das crianças, visando infância e vida adulta saudáveis. Contudo, se ocorrer por alguma razão algum desconforto, e se for desejo do juiz, a pesquisadora deverá sanar tal problema.

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados coletados somente para elaboração da dissertação de Mestrado e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

O senhor (a) que está lendo esse termo possui total liberdade de recusar-se participar da pesquisa ou até mesmo de retirar seu termo de consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalização e sem prejuízo. Eu pesquisadora garanto total sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, asseguro absoluta privacidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ RG: _____ li este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e decido autorizar a minha participação neste estudo.

Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e que a minha participação é isenta de despesas e de riscos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Participante

Data ____/____/____

(somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo projeto

Data ____/____/____

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – Rua Cícero Eduardo, 905, Bairro Junco, Picos, Piauí, Brasil, CEP: 64607-670. [Tel: \(89\) 3422-3007](tel:(89)3422-3007); e-mail: cep-picos@ufpi.edu.br.

APÊNDICE C

Formulário para validação da tecnologia educativa**(Juizes de conteúdo)**

Adaptado de Sabino (2016)

Parte 1

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino () Feminino ()
 3. Profissão: _____ 3. Tempo de formação: _____
 4. Instituição de formação: Pública () Privada ()
 5. Tempo de trabalho na área: _____
 6. Formação: Doutorado () Mestrado () Especialização () Graduação ()

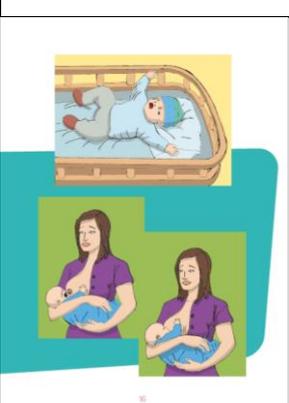
Parte 2

ASSUNTOS (Figuras e texto)	CLAREZA DA LINGUAGEM As figuras e os textos possuem linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	PERTINÊNCIA PRÁTICA As figuras e os textos possuem importância para a cartilha?	RELEVÂNCIA TEÓRICA O conteúdo de cada figura e texto é relevante?	SUSGESTÕES
	1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado	1. Nada importante 2. Parcialmente importante 3. Importante 4. Totalmente importante	1. Nada relevante 2. Parcialmente relevante 3. Relevante 4. Totalmente relevante	

<p>ELABORAÇÃO</p> <p>Ingrid Pereira Cirino Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí - UFPI</p> <p>Luiza Helena de Oliveira Lima Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI (Orientadora)</p> <p>ILUSTRAÇÃO / DIAGRAMAÇÃO</p> <p>Evânio Rodrigues Eder Rodrigues</p> <p>APOIO</p> 	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Nada importante 2. Parcialmente importante 3. Importante 4. Totalmente importante</p>	<p>1. Nada relevante 2. Parcialmente relevante 3. Relevante 4. Totalmente relevante</p>	
 <p>Eu sou capaz de amamentar meu filho. Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para o aleitamento materno.</p> <p>Olá, meu filho, estou com o Dênis e mãe da Sora há 2 anos e 6 meses e do Arthur há 2 meses. Tu me sinto capaz de amamentar meu filho Arthur e quero comemorar um pouco sobre isso com você também.</p> <p>Procs - PI SDR 1ª Edição</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Nada importante 2. Parcialmente importante 3. Importante 4. Totalmente importante</p>	<p>1. Nada relevante 2. Parcialmente relevante 3. Relevante 4. Totalmente relevante</p>	
<p>SUMÁRIO</p> <p>Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente 03</p> <p>Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento 07</p> <p>Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direito/durante toda a lactação 09</p> <p>Eu sempre amamentar meu bebê em um peito e depois muito para o outro 11</p> <p>Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar 13</p> <p>Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer 14</p> <p>Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando 15</p> <p>Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família 17</p> <p>Eu sempre posso lidar com o leite do que amamentar seja tempo 19</p> <p>Eu sempre consigo atender as minhas necessidades e necessidades do bebê 21</p> <p>Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada 23</p> <p>Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios 25</p> <p>Resumo a história do Lado do Peito 27</p> <p>Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando 29</p> <p>Eu consigo controlar meus problemas na mama 31</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Nada importante 2. Parcialmente importante 3. Importante 4. Totalmente importante</p>	<p>1. Nada relevante 2. Parcialmente relevante 3. Relevante 4. Totalmente relevante</p>	
 <p>Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.</p> <p>Amamentação em Livre Demanda</p> <ul style="list-style-type: none"> - A criança deve ser amamentada quando ela quiser e pelo tempo que ela quiser; - É importante que você, mãe, dê tempo suficiente para que seu bebê esvazie totalmente a mama; - Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo (que só mama) mama de 8 a 12 vezes ao dia. <p>05</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Nada importante 2. Parcialmente importante 3. Importante 4. Totalmente importante</p>	<p>1. Nada relevante 2. Parcialmente relevante 3. Relevante 4. Totalmente relevante</p>	

	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
 <p>Aleitamento Materno Exclusivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Você, mãe, deve amamentar seu bebê somente com leite do peito até que ele complete seis meses de vida. Seu leite tem todos os nutrientes e fatores de proteção que seu filho precisa para crescer forte e saudável. Não é necessário oferecer água, pois mesmo nos dias quentes, o seu leite é suficiente para matar a sede e a fome do seu filho. Oferecer outros alimentos às crianças menores de seis meses pode trazer prejuízos para a saúde da criança. 	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
 <p>Se sempre amamentar seu filho com o leite do peito até os seis meses de vida, ele estará mais saudável e feliz.</p> <p>Seu bebê está com fome e não está mamando direito. O que você pode fazer para melhorar a amamentação?</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
 <p>Sinais de posicionamento correto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mãe bem apoiada e confortável. Corpo do bebê bem junto ao da mãe, de frente para a mãe. Boca do bebê de frente para o mamilo, com nariz e alvéolo do mamilo visíveis no peito. Bebê não cobre o corpo da mãe. Bebê bem apoiado. 	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	

<p>Sinais da "pega" correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Boca do bebê bem aberta cobrindo quase toda a areola (a área mais escura ao redor do mamilo). Lábios inferior do bebê virado pra fora. Queixo do bebê bem próximo ao seio/ao tórax da mãe. Não há som de rasar mamilo (tipo de papel). 	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
<p>Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Em cada mamada as duas mamas devem ser oferecidas à criança. O bebê deve mamar em um peito pelo tempo que desejar até sentir espontaneamente a fome. Após o bebê sugar a primeira mama deve ser oferecida a outra mama. Na próxima mamada começar pelo mama que a criança mamou por último. Mamada, bebê se deve marcar o tempo da mamada, cada criança leva um tempo diferente para esvaziar a mama. Crianças menores podem mamar apenas um peito, enquanto as crianças maiores podem querer sugar as duas mamas. 	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
 <p>PROCURA MANEIRA</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
<p>Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.</p> 	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	

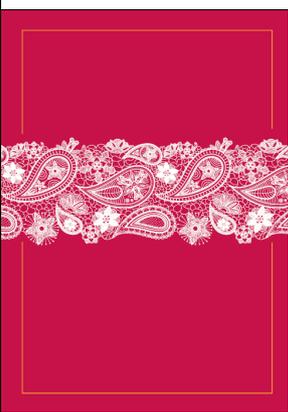
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	

	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	

	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado</p>	

	<p>3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	
<p>Fazendo a retirada do Leite do Peto</p> 	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	
	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	
	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	<p>1.Inadequado 2.Parcilamente adequado 3.Adequado 4.Totalmente adequado</p>	

	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	

<p>REFERÊNCIAS</p> <p>BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: amamentação materna e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.</p> <p>DEMPSEY, C. L. The breastfeeding self-efficacy scale. <i>Psychiatry assessment of Breastfed Items. J Clin Psychol Assess Pract</i>, v. 32, n. 6, p. 734-44, 2013.</p> <p>2021. R. C. M. Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. 2021. 102f. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.</p> <p style="text-align: center;">34</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	
	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	<p>1. Inadequado 2. Parcialmente adequado 3. Adequado 4. Totalmente adequado</p>	

APÊNDICE D

Formulário para validação da tecnologia educativa**(Juízes de conteúdo e técnicos)**

Adaptado do Suitability Assessment of Materials (SAM) – Sousa, Turrini, Poveda (2015)

Parte 1

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masculino () Feminino ()
 3. Profissão: _____ 3. Tempo de formação: _____
 4. Instituição de formação: Pública () Privada ()
 5. Tempo de trabalho na área: _____
 6. Formação: Doutorado () Mestrado () Especialização () Graduação ()

Parte 2

INSTRUÇÕES

Marcar segundo os valores abaixo:

2 pontos: Superior (excelente)

1 ponto: Adequado

0 ponto: Não adequado

N/A: O fator não pode ser avaliado

ATENÇÃO: se marcar 0 (não adequado), descrever questão e item bem como o motivo pelo qual considerou essa opção, no espaço destinado ao final deste instrumento.

1. Conteúdo				
O propósito está evidente	2	1	0	N/A
O conteúdo trata de comportamentos	2	1	0	N/A
O conteúdo está focado no propósito	2	1	0	N/A
O conteúdo destaca os pontos principais	2	1	0	N/A

2. Exigência de alfabetização				
Nível de leitura	2	1	0	N/A
Usa escrita na voz ativa	2	1	0	N/A
Usa vocabulário com palavras comuns no texto	2	1	0	N/A
O contexto vem antes de novas informações	2	1	0	N/A
O aprendizado é facilitado por tópicos	2	1	0	N/A

3. Ilustrações				
O propósito da ilustração referente ao texto está claro	2	1	0	N/A
Tipos de ilustrações	2	1	0	N/A
As figuras/ilustrações são relevantes	2	1	0	N/A
As listas, tabelas, etc. têm explicação	2	1	0	N/A
As ilustrações têm legenda	2	1	0	N/A

4. Leiaute e apresentação				
Característica do leiaute	2	1	0	N/A
Tamanho e tipo de letra	2	1	0	N/A
São utilizados subtítulos	2	1	0	N/A

5. Estimulação / Motivação do aprendiz				
Utiliza a interação	2	1	0	N/A
As orientações são específicas e dão exemplos	2	1	0	N/A
Motivação e autoeficácia	2	1	0	N/A

6. Adequação cultural				
É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência	2	1	0	N/A
Imagem cultural e exemplos	2	1	0	N/A

RESERVADO AO PESQUISADOR

S = Pontuação total SAM (soma de todos os fatores)

M = Pontuação máxima total = 44

N = Número de respostas N/As acima = ___ X2 = ___

T = Pontuação máxima total ajustada = (M-N)

Percentual de pontuação = S / T

Interpretação da pontuação adequada (Superior, adequado, não-aceitável).

Comentários: (Indique a página e caracterize o aspecto a modificar)

APÊNDICE E

Sinopse Autoeficácia para Amamentar

O aleitamento materno (AM) é o melhor e mais completo alimento para os bebês, promove vínculo, afeto e nutrição concedendo inúmeros benefícios para o binômio mãe e filho. A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que todos os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno até o sexto mês de vida, após esse período o AM deve ser complementado com outros alimentos até dois anos ou mais (UNICEF, 2009; BRASIL, 2015). Todavia, apesar dos esforços de organismos nacionais e internacionais e de evidências científicas comprovando a essencialidade da amamentação em relação a outras formas de alimentar a criança, as taxas de AM no Brasil, em particular, as de amamentação exclusiva, estão ainda inferiores ao recomendado (BRASIL, 2015).

À vista disso, a autoeficácia materna em amamentar, que está relacionada a confiança e habilidades para amamentar, tem ganhado destaque, uma vez que influencia diretamente na prática e duração do AM (DODT et al., 2013). Segundo a Teoria da Autoeficácia de Bandura, o nível de confiança do indivíduo em suas habilidades é um forte motivador e regulador de seus comportamentos, assim, ao perceber-se capaz de realizar uma determinada tarefa faz maior esforço e tem maior motivação para concluí-la (BANDURA, 1997).

De acordo com Bandura (1977) a autoeficácia é a habilidade pessoal de um sujeito para desenvolver com sucesso tarefas ou comportamentos para obtenção de uma ação desejável. Refere-se a análise do indivíduo de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio, sendo constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força) e fundamentada em quatro fontes de informação: experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal, e estado emocional e fisiológico.

A magnitude é o grau de dificuldade para desempenhar uma ação necessária para alcançar um objetivo, classificada como pequena, moderada ou grande. A generalização está relacionada às experiências do indivíduo que podem gerar expectativas limitadas ou difusas. A força refere-se à amplitude da expectativa variando de fraca a fortemente arraigada (ORÍÁ, 2008).

Em relação às fontes de informações, a experiência pessoal é mais poderosa, uma vez que, uma experiência positiva eleva a autoeficácia, enquanto que uma experiência negativa a reduz, principalmente quando ocorre no início do processo de aprendizagem, entretanto, após o desenvolvimento de uma forte autoeficácia as experiências negativas não repercutirão grandes

efeitos. A experiência observacional constitui-se de compartilhar experiências de pessoas próximas, especialmente na ausência de experiência pessoal prévia. A persuasão verbal advinda de fontes experientes pode convencer o indivíduo de seu potencial e habilidade para assumir um comportamento, sendo a fonte de autoeficácia mais utilizada pelos profissionais de saúde. Por fim, os estados emocional e fisiológico positivo refletido na satisfação e excitação podem aumentar a autoeficácia (BANDURA, 1977).

Dennis e Faux (1999) desenvolveram estudos da autoeficácia na amamentação, defendendo que a confiança materna em amamentar advém da circunstância da mulher possuir conhecimentos e desenvolver habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito.

Desta forma, a confiança materna para amamentar se constrói a partir de experiências pessoais positivas relacionadas a amamentações anteriores, da experiência através da observação e apoio de outras mães que também amamentaram, do apoio e encorajamento de pessoas próximas que incentivam a prática do aleitamento e do estado emocional e fisiológico que contribuam para o sucesso da amamentação (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

Assim, diante do número reduzido de trabalhos científicos com o objetivo de aumentar a autoeficácia materna para a amamentação no Brasil, foi elaborada uma cartilha educativa intitulada “Eu sou capaz de amamentar meu filho” baseada nos pressupostos da teoria da autoeficácia com o intuito de elevar o conhecimento e conduzir as mães ao desenvolvimento das habilidades necessárias para o AM e, desta forma, promover a autoeficácia materna para a amamentação desde o período gravídico, uma vez que, em função dos diferentes aspectos que envolvem o risco da não amamentação exclusiva até os seis meses de vida e sua manutenção até pelo menos dois anos, é de fundamental importância o acompanhamento da gestante e desenvolvimento de intervenções educativas favorecendo o acesso das mães às informações acerca do AM durante o pré-natal.

Acredita-se que o uso desta cartilha educativa no desenvolvimento da autoeficácia materna para amamentar pode contribuir para melhorar a adesão dessa prática, elevar as taxas de aleitamento materno exclusivo e o prolongamento do AM complementado, reduzindo os índices de desmame precoce.

REFERÊNCIAS

BANDURA A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DENNIS, C. L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res Nurs Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.

MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, p. 771-9, 2014.

ORÍ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 188f. Tese (Doutorado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

UNICEF. **The Baby-Friendly Hospital Initiative. Word Health Organization and UNICEF**. 2009. Disponível em:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ Acesso em 08 de abril de 2017.

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**(Gestantes)**

Título do projeto: Construção e Validação de Tecnologia Educativa para Autoeficácia Materna em Amamentar

Pesquisadora responsável: Mestranda Ingrid Pereira Cirino.

Telefone: (89) 99982-8242/ (89) 98111-9818.

E-mail: ingredleo@yahoo.com.br

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciência da Saúde / Pós-graduação Stricto Sensu / Campus Ministro Petrônio Portela.

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. A senhora precisa decidir se participará ou não. Por favor, não se apresse em tomar esta decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a senhora não será penalizada de forma alguma.

Meu nome Ingrid Pereira, sou Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI), estou realizando neste momento uma pesquisa para elaboração e validação de uma estratégia educativa direcionada a gestantes com o intuito de desenvolver sua eficiência para amamentar, possuindo, assim, os conhecimentos e habilidades necessárias à amamentação.

Neste estudo, você estará desenvolvendo o papel de avaliadora, no qual, irá avaliar a adequação dessa estratégia educativa para as gestantes. Caso demonstre interesse em colaborar com o estudo, recomendo a leitura do material educativo, junto a pesquisadora, e o preenchimento do instrumento de avaliação. As perguntas são simples, sobre a adequação do material educativo sobre aleitamento materno para a gestante.

Ao aceitar, será garantida sua integridade. Os riscos da realização desta pesquisa são mínimos. Para as gestantes que irão avaliar a estratégia educativa a pesquisa terá como riscos a disponibilidade de tempo para a leitura e avaliação da estratégia educativa, o receio de críticas por parte dos pesquisadores e constrangimento ao responder o formulário de validação da estratégia educativa. Estes riscos serão contornados atentando-se para uma correta abordagem das participantes e para a disponibilidade de tempo das mesmas, sem prejuízo no atendimento da consulta de pré-natal, zelando pelo sigilo das informações. O estudo traz como benefícios a produção de conhecimento sobre a temática proporcionando benefício direto para a população,

por se tratar de um estudo para o desenvolvimento da eficiência materna para a amamentação e, assim, elevar os indicadores de aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida das crianças, visando infância e vida adulta saudáveis. Mas se por acaso houver algum desconforto a pesquisadora estará preparada para solucioná-lo.

A participação nesta pesquisa não traz nenhum risco à saúde, não será usado nenhum método invasivo, e as informações coletadas poderão trazer benefícios para melhorar a qualidade de vida da população.

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados coletados somente para elaboração da dissertação de Mestrado e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

A senhora que está lendo esse termo possui total liberdade de recusar-se participar da pesquisa ou até mesmo de retirar seu termo de consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalização e sem prejuízo. Eu pesquisadora garanto total sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (não interesse em identificar os entrevistados) e quanto ao local de coleta de dados, asseguro absoluta privacidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____ RG: _____ li este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e decido autorizar a participação do meu filho neste estudo.

Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e que a minha participação é isenta de despesas e de riscos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Participante

Data ____/____/____

(somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo projeto

Data ____/____/____

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros –

Rua Cícero Eduardo, 905, Bairro Junco, Picos, Piauí, Brasil, CEP: 64607-670. [Tel: \(89\) 3422-3007](tel:(89)3422-3007); e-mail: cep-picos@ufpi.edu.br.

APÊNCIDE G

Formulário de validação da tecnologia educativa**(Público-alvo)**

Adaptado do questionário utilizado por Gonçalves (2007) e Galdino (2014)

Parte 1

1. Idade: _____
2. Estado civil: () solteira () casada () viúva () divorciada
3. Grau de escolaridade (em anos) _____
4. Quantas gestações: _____
5. Quantos filhos: _____

Parte 2

INSTRUÇÕES

Leia atentamente a cartilha educativa. Em seguida analise o instrumento educativo marcando um “X” em uma das alternativas que estão na frente de cada afirmação. Se você marcar a opinião 2 ou 3, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado ao item. Observação: não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. Organização			
1.1 A capa chamou sua atenção?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Em parte ()
1.2 A sequência do conteúdo está adequada?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Em parte ()
1.3 A estrutura da cartilha educativa está organizada?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Em parte ()

2. Estilo de escrita			
2.1 Quanto ao entendimento das frases, elas são:	1 Fáceis de entender ()	2 Difíceis de entender ()	3 Não sei ()
2.2 Conteúdo escrito é:	1 Claro ()	2 Confuso ()	3 Não sei ()
2.3 O texto é:	1 Interessante ()	2 Desinteressante ()	3 Não sei ()

3. Aparência			
3.1 As ilustrações são:	1 Simples ()	2 Complicadas ()	3 Outro. Qual?
3.2 As ilustrações servem para complementar o texto?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Outro. Qual?
3.3 As páginas ou seções parecem organizadas?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Outro. Qual?

4. Motivação			
4.1 Em sua opinião, qualquer gestante que ler essa cartilha educativa, vai entender do que se trata?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Não sei ()
4.2 Você se sentiu motivado de ler a cartilha educativa até o final?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Não sei ()
4.3 A cartilha educativa aborda os assuntos necessários para conhecer melhor o Aleitamento Materno?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Não sei ()
4.4 A cartilha educativa lhe sugeriu a agir ou pensar a respeito da sua capacidade para amamentar?	1 Sim ()	2 Não ()	3 Não sei ()

Quais sugestões você faria para melhorar a cartilha educativa?

De modo geral, o que você achou da cartilha educativa?

ANEXOS

ANEXO A

Parecer Consubstanciado CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O ALEITAMENTO MATERNO

Pesquisador: INGRED PEREIRA CIRINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80635717.0.0000.8057

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.429.527

Apresentação do Projeto:

TÍTULO: PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA O ALEITAMENTO MATERNO.

PESQUISADORA: Ingrid Pereira Cirino (Mestranda)

Trata-se de uma pesquisa metodológica do tipo desenvolvimento, que visa construir e validar uma tecnologia educacional (TE) a ser utilizada como

estratégia para desenvolver a autoeficácia materna em amamentar, tendo como público-alvo gestantes.

Para embasar a construção da TE, será

realizada a avaliação do escore de autoeficácia para o aleitamento materno de puérperas em alojamento conjunto através da versão reduzida da

escala de autoeficácia na amamentação (BSES-SF). Na sequência, será realizada uma revisão integrativa para obtenção dos artigos científicos com

o objetivo de analisar o conhecimento disponível na literatura sobre autoeficácia no processo de amamentação, para embasar a escolha da temática

a ser abordada na TE, em seguida, será realizado o contato com profissional técnico capacitado para sua diagramação. Até que, finalmente, seja

obtida a primeira versão impressa da TE. Após a construção da TE, a mesma será validada por meio de um comitê composto por juízes. Será

trabalhado com 23 juízes, distribuídos em três grupos com quantidade ímpar em cada grupo: 1) juízes docentes de conteúdo (nove

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (69)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.429.527

pesquisadores/docentes com experiência na área de AM e/ou autoeficácia, TE e/ou validação de instrumentos);2) juízes assistenciais de conteúdo (nove, cinco enfermeiros e quatro nutricionistas, com experiência no acompanhamento pré-natal, AM e/ou no cuidado clínico de saúde da criança);3) juízes com experiência profissional em design e marketing (cinco).Após a validação da TE pelos juízes de conteúdo e técnico, será realizada uma análise minuciosa das sugestões e recomendações para aperfeiçoá-la, conforme sugerido pelos juízes, então proceder-se-á o contato com o profissional técnico responsável pela ilustração e diagramação da TE para que o mesmo realize as modificações sugeridas e assim adequá-la.Após sua reformulação pelo técnico de ilustração e diagramação a TE será validada pela população. Será selecionada para essa etapa uma amostra de 30 participantes, 15 gestantes e 15 puérperas. Decidiu-se validar a TE tanto com a população-alvo do estudo (gestantes) como com puérperas, pois apesar da tecnologia ser voltada para o desenvolvimento da autoeficácia para a amamentação durante a gestação, a mulher só vai aplicar seu conhecimento, confiança e habilidade após o parto quando iniciar o processo de amamentação de seu filho(a).As informações profissionais sobre os juízes e os dados das puérperas e gestantes serão organizadas por meio do software Excel 8.0, sendo feita a análise descritiva. Quanto à validação da TE pelos juízes de conteúdo, será empregado o Índice de Validade de Conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Para validação da TE pelos juízes de propaganda e marketing, será calculada a porcentagem de escores obtidos no instrumento Suitability Assesment of Materials (SAM) (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e validar Tecnologia Educativa para promoção da autoeficácia no ato de amamentar.

Objetivo Secundário:

Identificar escores de autoeficácia para amamentar, de puérperas em alojamento conjunto;

Construir uma tecnologia educativa sobre autoeficácia materna para o aleitamento materno;

Caracterizar juízes especialistas (perfil profissiográfico) e população-alvo (perfil sociodemográficos), participantes do estudo;

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.429.527

Validar internamente o material construído junto a juízes e à população-alvo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa terá riscos mínimos. Para as puérperas com a quais será avaliado o escore de autoeficácia terá como riscos à exaustão durante a aplicação do instrumento, insegurança quanto ao sigilo das informações, receio de críticas por parte dos pesquisadores e constrangimento ao responder os itens constantes na escala de autoeficácia para a amamentação. Estes riscos serão contornados pela correta abordagem das puérperas, prezando pelo bem-estar das mesmas e zelando pelo sigilo das informações. Para os juízes a pesquisa terá como risco a necessidade de disponibilidade de tempo para avaliação da tecnologia educativa e preenchimento dos formulários. No entanto, para contornar esse risco atentar-se-á para uma abordagem apropriada dos juízes e pela disponibilização de um prazo de 10 dias para resposta, podendo este prazo ser prorrogado por igual período. Para as gestantes e puérperas que irão avaliar a tecnologia educativa a pesquisa terá como riscos a disponibilidade de tempo para a leitura e avaliação da mesma, o receio de críticas por parte dos pesquisadores e constrangimento ao responder o formulário de validação da tecnologia educativa. Estes riscos serão contornados atentando-se para uma correta abordagem das participantes e para a disponibilidade de tempo das mesmas, sem prejuízo no atendimento da consulta de pré-natal ou no atendimento durante o alojamento conjunto, zelando pelo sigilo das informações.

Benefícios:

Haverá benefício direto para a população, por se tratar de um estudo para o desenvolvimento da autoeficácia materna para a amamentação e, assim, elevar os indicadores de aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida das crianças, visando infância e vida adulta saudáveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área.

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.429.527

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa aprovada pelo CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1038829.pdf	01/12/2017 18:05:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PUERPERAS.pdf	01/12/2017 18:05:03	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES.pdf	01/12/2017 18:04:40	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTANTES_PUERPERAS.pdf	01/12/2017 18:04:06	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	01/12/2017 17:56:59	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	ESCALA_AUTOEFICACIA_AMAMENTAÇÃO.pdf	30/11/2017 18:39:28	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/11/2017 18:36:46	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETONAINTEGRA.pdf	30/11/2017 18:30:52	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	FORMULARIO_VALIDACAO_PUBLICO_ALVO.pdf	30/11/2017 18:30:20	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	FORMULARIO_VALIDACAO_JUIZES_TECNICOS.pdf	30/11/2017 18:28:51	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	FORMULARIO_VALIDACAO_JUIZES_CONTEUDO.pdf	30/11/2017 18:20:10	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	FORMULARIO_CARACTERIZACAO_MATERNA.pdf	30/11/2017 18:17:52	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	CURRICULOLATTES.pdf	30/11/2017	INGRED PEREIRA	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.429.527

Outros	CURRICULOLATTES.pdf	18:16:41	CIRINO	Aceito
Outros	TERMOCONFIDENCIALIDADE.pdf	30/11/2017 18:15:51	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.pdf	30/11/2017 18:14:18	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	AUTORIZACAOINSTITUCIONALESF.pdf	30/11/2017 18:12:15	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Outros	AUTORIZACAOINSTITUCIONALHRJL.pdf	30/11/2017 18:11:30	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORES.pdf	30/11/2017 18:10:08	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/11/2017 18:08:59	INGRED PEREIRA CIRINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:
LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br