

Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: revisão sistemática

Evidence based strategies of promotion and maintenance of breastfeeding: systematic review

Izadora Souza Artiaga de Almeida¹
Yasmin Pugliesi¹
Luiza Emylce Pelá Rosado²

Palavras-chave

Aleitamento materno
Promoção da saúde
Manutenção

Keywords

Breastfeeding
Health promotion
Maintenance

Resumo

Identificar estratégias desenvolvidas para melhorar os índices de aleitamento materno cuja eficácia tenha sido testada por estudos randomizados. Foi feita uma revisão sistemática da literatura, em que foram selecionados ensaios clínicos randomizados, publicados nos últimos 15 anos, que tiveram o intuito de testar técnicas ou estratégias de promoção e/ou manutenção da amamentação. As bases de dados utilizadas foram: Medline-PubMed, BIREME, SciELO, Lilacs e *Cochrane Library*. Foram incluídos 14 artigos, com um total de 20.800 pares de mães e respectivos recém-nascidos, dos quais 3 avaliaram iniciação e 11 estudaram iniciação e manutenção do aleitamento materno. Estudos que tiveram como tática suporte individualizado e mais prolongado para as pacientes e maior capacitação da equipe de saúde se mostraram mais efetivos na melhoria das taxas de amamentação. Ações educativas isoladas são pouco eficazes no aumento das taxas de amamentação. Programas que se baseiam em suporte mais amplo e aconselhamento individual se mostraram mais efetivos.

Abstract

To identify strategies developed to improve breastfeeding rates, whose effectiveness have been tested by randomized trials. A systematic review was made, where Randomized Controlled Trials, published in the last fifteen years, were selected if designed to test techniques or strategies for breastfeeding promotion and/or maintenance. The databases accessed were: Medline-PubMed, BIREME, SciELO, Lilacs and Cochrane Library. We included 14 articles with a total of 20800 pairs of mothers and their newborns, of which three evaluated initiation and 11 studied initiation and maintenance of breastfeeding. Studies using strategies of longer individualized support for the patients and better health staff training were more effective in improving breastfeeding rates. Isolated educational strategies are ineffective in increasing breastfeeding rates. Programs that are based on more extensive and individual counseling support proved to be more effective.

Estudo realizado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – Goiânia (GO), Brasil.

¹Graduada em Medicina pela PUC-GO – Goiânia (GO), Brasil.

²Ginecologista e Obstetra pelo Hospital Geral de Goiânia. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Luiza Emylce Pelá Rosado – Avenida T15, 800, Apto 1.702 – setor Bueno – CEP: 74230-010 – Goiânia (GO), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

As taxas de amamentação têm apresentado paulatino aumento nas últimas décadas; entretanto, a tendência ao desmame precoce persiste na maioria dos países¹ de tal forma, que atingir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à amamentação exclusiva até os seis meses tem se mostrado uma tarefa difícil². Recente pesquisa brasileira sobre o aleitamento materno constatou que a duração mediana do aleitamento exclusivo foi de apenas 1,8 mês e a do aleitamento complementar, ou não exclusivo, de 11,2 meses. A grande maioria das mulheres inicia a amamentação, porém a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses é de 41% no conjunto das capitais e do Distrito Federal (DF)³.

A lactação é um fenômeno complexo e influenciado por vários fatores, tais como: sociais, demográficos, culturais e psicológicos da mãe e da família, que impactam sua duração⁴. Algumas variáveis que levam ao desmame precoce merecem destaque devido à possibilidade de intervenção pela equipe de saúde, dentre elas encontram-se o desconhecimento ou desvalorização da mulher sobre a importância do aleitamento para a sua própria saúde e de seu filho, a pega e a posição inadequadas e também a dificuldade de interlocução e convencimento dos profissionais de saúde em relação à nutriz^{5,6}.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), para o estímulo da lactação e a manutenção da amamentação é necessário que os profissionais de saúde tenham, além de habilidades e conhecimentos sobre aleitamento materno, capacidade de se comunicar de forma clara com a gestante, desde o pré-natal, por meio do aconselhamento em amamentação, e continuar por várias semanas após o parto, tal como relatado em manuais de rotinas internacionais e nacionais^{7,8}.

Desde 1990, em um encontro em Florença, promovido pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi desenvolvida uma estratégia denominada Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), um projeto de caráter internacional com o objetivo de apoiar, proteger e incentivar o aleitamento materno que tem como base a capacitação dos profissionais de saúde e do próprio estabelecimento para fornecerem informações corretas sobre amamentação, bem como adotarem práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento materno⁹. O Brasil foi incluído entre os 12 países escolhidos para dar início a esse projeto, observando aumento progressivo nas nossas taxas de amamentação; entretanto, carecemos de estudos randomizados nacionais que comprovem sua eficácia.

O conhecimento de intervenções baseadas em estudos clínicos bem conduzidos, que efetivamente aumentam as taxas

de iniciação e a manutenção do aleitamento materno, ainda é limitado, porém vários estudos têm analisado o impacto de medidas educativas individuais ou em grupo, nos períodos pré-natal, perinatal e pós-parto, no aumento da prevalência da amamentação¹⁰.

Assim, este estudo foi realizado com o objetivo de identificar as estratégias desenvolvidas para melhorar os índices de aleitamento materno cujo efeito tenha sido testado por intermédio de estudos randomizados. Dessa forma, poderemos oferecer subsídios aos profissionais de saúde que atuam nesta área, para aprimorarem suas orientações e intervenções.

Metodologia

Este estudo consistiu em uma revisão sistemática da literatura, em que foram selecionados ensaios clínicos randomizados, publicados nos últimos 15 anos, que tiveram o intuito de testar técnicas de promoção e manutenção da amamentação e que relataram o desfecho clínico obtido, seja no primeiro mês pós-parto, nos estudos com desenho para medir a taxa de iniciação da amamentação e com dois meses a um ano pós-parto naqueles com intenção de medir a taxa de amamentação, exclusiva ou não.

Foram utilizados como critérios de inclusão: estudos randomizados, publicados entre os anos de 1999 a 2014 nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, sem limitação de estudos por país, que incluíram gestantes ou mães de recém-nascidos com intenção de amamentar e que livremente aceitaram participar dos ensaios clínicos.

Consideramos como critérios de exclusão estudos que incluíram mulheres com comorbidades ou crianças com problemas específicos de saúde, tais como fetos prematuros, recém-nascidos de baixo peso ou que necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Estudos com perda de seguimento superior a 20% também foram excluídos.

A busca por artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas, nacionais e internacionais, ligadas a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline-PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Cochrane Library*, por intermédio da consulta dos seguintes descritores: “*breastfeeding*”, “*health promotion*” e “*maintenance*”, e suas respectivas traduções em português, durante os meses de junho de 2014 a fevereiro de 2015. Também foram analisadas as referências dos artigos encontrados, para ampliar a busca de artigos indexados, conforme normas de revisão sistemática^{11,12}.

Os trabalhos identificados por meio dos descritores tiveram seus resumos analisados e, a partir de então, selecionados para leitura na íntegra.

Estes foram lidos e analisados, de forma independente, por dois pesquisadores (autores), obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão, o que resultou nos artigos incluídos nesta revisão. Nos estudos em que havia dúvidas sobre sua inclusão, um terceiro revisor (orientador) foi solicitado para dar seu parecer¹¹.

Segundo normas do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), não foi necessária a submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, por ser um artigo de revisão (Resolução 196/96 – item VII).

Por intermédio da busca nas bases de dados, foram encontrados, conforme a combinação de descritores (“*breastfeeding*” AND “*healthpromotion*” AND “*maintenance*”), 59 artigos, sendo que 24 foram encontrados na BIREME, 1, na SciELO, 3, na Lilacs, 23, na PubMed, e 8, na *Cochrane*. Com a utilização dos descritores em português foram encontrados 22 artigos na BIREME, 2 na SciELO, 13 na Lilacs e nenhum na PubMed.

Selecionamos 27 estudos para serem analisados na íntegra; destes, 22 artigos não atendiam aos critérios de inclusão. Assim, 5 artigos foram incluídos por meio da busca inicial. Além destes, houve a inclusão de 9 artigos encontrados por meio da leitura de referências julgadas relevantes. Dessa forma, incluímos um total de 14 artigos (Figura 1).

Resultados e Discussão

A grande maioria dos estudos analisados foi considerada como tendo alocação sigilosa pouco clara ou inadequada, levantando preocupações sobre o efeito do viés de seleção nos resultados encontrados.

A capacidade de reduzir o viés de desempenho é limitada, o que deveria ser identificado como um defeito inerente a esse tipo particular de base de evidência, e não restrito aos estudos incluí-

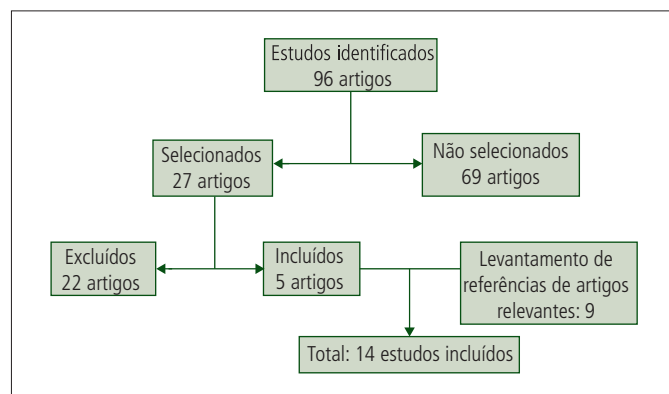


Figura 1 - Identificação e seleção dos estudos

dos nesta revisão^{10,13} (A,B). No entanto, 2 estudos apresentaram contaminação dos grupos controle de 12¹⁴ (A) e de 7%¹⁵ (A). Um dos estudos incluídos¹⁶ sugeriu uma possível contaminação após a análise dos resultados, alegando que a falta de cegamento dos participantes poderia influenciar no comportamento destes, mesmo que seja difícil controlar tal viés em estudos que avaliam estratégias relacionadas à educação e ao treinamento em saúde.

Os artigos incluídos nesta revisão foram divididos em tabelas conforme o desfecho clínico analisado. Na Tabela 1 apresentamos os artigos que relataram técnicas cujo desfecho era a iniciação da amamentação^{15,17,18} (A) e sua taxa até quatro semanas, e na Tabela 2, aqueles que analisaram a manutenção da amamentação por quatro semanas ou mais, de forma exclusiva ou não^{14,16,19-27} (A).

Entre os estudos incluídos, foram conduzidos: dois na França^{15,25} (A), três nos Estados Unidos da América (EUA)^{14,17,23} (A), três na Austrália^{16,26,27} (A), um no México¹⁹ (A), dois no Brasil^{18,21} (A), um na República de Belarus²² (A), um no Canadá²⁰ (A) e um em Singapura²⁴ (A). Dois dos estudos norte-americanos foram especificamente desenvolvidos para mulheres de baixa renda^{14,17} (A).

Os resultados desta revisão sugerem que as taxas de amamentação podem ser otimizadas com a implementação de programas e medidas educacionais, bem como um maior suporte médico e psicológico pré e pós-natal. O apoio educacional e o incentivo realizados com as mulheres e/ou seus parceiros durante esses períodos foram analisados segundo o desfecho clínico diante da iniciação e/ou duração do aleitamento materno.

Os três estudos seguintes analisaram as taxas de iniciação do aleitamento materno (Tabela 1). O primeiro estudo¹⁷ (A) avaliou o impacto de um programa educacional nas atitudes de amamentação. O programa *Best Start* é uma proposta de abordagem inovadora de *marketing* social para promover o aleitamento materno. Esse método se mostrou eficaz em aumentar as atitudes positivas em relação à amamentação, diminuir as atitudes negativas e dar confiança às mulheres quanto a sua capacidade de amamentar. Baseado em três passos, o programa consiste na identificação das preocupações e dificuldades maternas, bem como no estabelecimento de uma adequada relação profissional-paciente, para se atuar de forma individualizada e mais eficaz. Ainda que tenha uma pequena casuística (n=54), a taxa de iniciação da amamentação entre as mulheres que participaram do programa foi de 61%, enquanto as mulheres não participantes alcançaram apenas 15%, aproximadamente.

Um estudo francês¹⁵ (A) demonstrou que a adição de uma consulta no pós-parto imediato, com médico treinado em amamentação, a um programa preexistente pode aumentar significativamente a taxa de amamentação exclusiva em relação ao grupo controle. Paralelamente, tal estudo evidenciou um

Tabela 1 - Características e resultados dos estudos que analisaram a taxa de amamentação até quatro semanas pós-parto

Autor/local/ano	Perdas	N1	NC	Intervenção	Período da intervenção	Desfecho	Resultado intervenção (%)	Resultado controle (%)	Medida de associação (IC95%)
Ryseret al., EUA, 2004 ¹⁷	–	26	28	Programa <i>Best Start</i>	Pré-natal	AE na 1ª SE	60,9	14,8	p<0,01
Labarere et al., França, 2005 ¹⁵	2,1%	115	116	Consulta com médico treinado	2 se pós-parto	AE por 4 SEs	83,9	71,9	HR 1,17 [1,01–1,34]
Oliveira et al., Brasil, 2006 ¹⁸	–	74	137	Aula individual e avaliação de pega e posição e visita domiciliar com 1 e 4 SEs	Pós-parto	AE por 4 SEs	60,8	53,3	0,36

AE: amamentação exclusiva; HR: *hazard ratio*; NI: número de indivíduos no grupo de intervenção; NC: número de indivíduos do grupo controle; perdas: SE: semana.

Tabela 2 - Características e resultados dos estudos que analisaram as taxas de iniciação e manutenção da amamentação

Autor/local/ano	Perdas	NI	NC	Intervenção	Período da intervenção	Desfecho	Resultado intervenção (%)	Resultado do controle (%)	Medidas de associação (IC95%)
Morrow et al., México, 1999 ¹⁹	10%	G1 44 G2 52	34	Visitas domiciliares/ conselheiro de saúde G1. 6 visitas G2. 3 visitas G3. Controle	Pré-natal e pós-parto	AE por 12 SEs	67 50	12	p<0,001*
Henderson et al., Austrália, 2001 ²⁶	6,2%	80	80	Aula individual, para primíparas	24 horas pós- parto	AE por 6, 12 e 24 SEs	6 SEs 76 12 SEs 72 24 SEs 56	82 75 64	p=0,30 p=0,70 p=0,30
Kramer et al., RB, 2001 ²²	3,3%	8181	8865	Assistência médica baseada no modelo HAC	Pré, peri e pós-natal	AE por 12 e 24 semanas	12 SEs 43,3 24 SEs 7,9	6,4 0,6	p<0,001 p=0,01
Dennis et al., Canadá, 2002 ²⁰	0,7%	132	126	Suporte individual/ telefone/lactantes treinadas	48 horas após a alta hospitalar	Duração do AM em 4, 8 e 12 SEs pós-parto	4 SEs 92,4 8 SEs 84,8 12 SEs 81,1	83,9 75,8 66,9	p=0,03 p=0,05 p=0,01
Labarere et al., França, 2003 ²⁵	9,5%	106	104	Aconselhamento individual hospitalar	Pós-parto	AE por 17 SEs	14,0	14,4	RR 0,97 [0,42–2,22]
Santiago et al., Brasil, 2003 ²¹	–	GEM 35 GPE 33	33	Acompanhamento médico especializado no seguimento do lactente GEM, GPE, GPNE	Pós-parto	AE por 16 SEs	82,9 66,7	30,3	p<0,001 p<0,001
Wolfberg et al., EUA, 2004 ²³	3%	27	32	Aula sobre amamentação para o pai	Pré-natal	Iniciação e duração do AM por 8 SEs	35	19	0,13
Foster et al., Austrália, 2004 ¹⁶	9%	G1 327 G2 329	328	G1. Aula sobre aspectos práticos de AM G2. Exploração das atitudes da família em relação ao AM G3. Controle	Pré-natal	Iniciação e duração do AM por 24 SEs	54,5 49,8	54,2	p=0,20 p=0,88
Chapman et al., EUA, 2004 ¹⁴	12%	90	75	Suporte individual domiciliar e hospitalar para mulheres latinas	Pré, peri e pós-natal	Iniciação e risco de desmame por 4 e 12 SEs	36 56	49 71	RR 0,72 [0,50–1,05] RR 0,78 [0,61–1,00]
Mattar et al., Singapura, 2007 ²⁴	10%	G1 123 G2 132	G3 146	G1. Folheto informativo e aconselhamento individual G2. Folheto informativo G3. Controle	Pré-natal	AM por 12/24 SEs	36/20 28/9	17,9/9,5	p=0,10 / p=0,047 p=0,127 / p=0,910
McDonald et al., Austrália, 2008 ²⁷	1,2%	425	424	Aula educacional e 6 visitas domiciliares	Pós-parto	AM por 24S	43,3	42,5	RR 1,02 [0,87–1,19]

AE: amamentação exclusiva; AM: aleitamento materno; G1: grupo 1; G2: grupo 2; G3: grupo 3; GEM: grupo equipe multidisciplinar especializada; GPE: grupo pediatra especializado; GPNE: grupo pediatra não especializado; HAC: Hospital Amigo da Criança; NS: não significante; RB: República de Belarus; RR: risco relativo; SE: semana; *P somando G1 e G2 e comparando com o G3.

aumento na duração mediana da amamentação em cinco semanas e menos queixas em relação às dificuldades em amamentar.

Já Oliveira et al.¹⁸(A), com enfoque em orientações práticas na técnica e no posicionamento adequado da pega areolar, para redução de lesões mamárias, realizadas em um único encontro durante a internação hospitalar, não evidenciaram alteração na qualidade da técnica das nutrizes após a intervenção (não mostrado em tabela), além de não terem demonstrado que as visitas domiciliares tenham surtido efeito no grupo de intervenção (Tabela 1).

Estudos que utilizaram suporte mais prolongado e maior capacitação da equipe de saúde, com o suporte mais individualizado da paciente, mostraram-se mais efetivos na melhoria das taxas de amamentação, como observado na análise acima. A manutenção da informação e, principalmente, da acessibilidade da nutriz à equipe de saúde, para esclarecimentos, parece ser importante para esses resultados. Outra questão que pode influenciar os resultados está relacionada ao tipo de população estudada e à taxa de iniciação da amamentação já existente em um determinado grupo¹⁰(A).

Na Tabela 2 observamos várias estratégias utilizadas para a iniciação e, especialmente, a manutenção da amamentação; dentre elas, o suporte de conselheiros vem se destacando. Além da facilidade de comunicação dada pela proximidade sociocultural, este modelo oferece um apoio menos oneroso que o suporte médico especializado, mas não menos efetivo.

Suporte por conselheiros (“*Peersupport*” ainda sem tradução para o português) foi definido como dar assistência e encorajamento por um indivíduo considerado semelhante. Dessa forma, no contexto da amamentação, utilizam-se mulheres da comunidade local com experiências de sucesso em amamentação, que receberam treinamento em manejo do aleitamento materno e trabalham com gestantes de cultura e características socioeconômicas semelhantes, para promover resultados favoráveis de aleitamento materno²⁸(B). No Brasil, suporte semelhante é esperado nas unidades básicas de saúde (UBSs), treinando os agentes comunitários de saúde (ACSs), membros da comunidade local, e os profissionais de saúde da unidade para realizarem orientações em visitas domiciliares ou consultas pré e pós-natais^{29,30}(B).

O contato precoce, individual e repetitivo, dos conselheiros com as mães parece promover resultados de sucesso no aleitamento materno. Um estudo experimental¹⁹(A) mostrava, já em 1999, um expressivo efeito do suporte de conselheiros no aumento das taxas de amamentação exclusiva. Nesse estudo verificou-se que, aos 3 meses pós-parto, a amamentação exclusiva era praticada apenas por 12% das mães do grupo controle, comparado com 67% das mulheres que receberam, pelo menos, 6 visitas domiciliares. Estudos posteriores corroboram esses resultados

obtidos com intervenções semelhantes^{31,32}(A) em mulheres que receberam, por algum tempo, o suporte individualizado. O mesmo foi observado em ensaio clínico direcionado para mulheres latinas de baixa renda nos EUA¹⁴(A). Ao se analisar esses estudos, observa-se que as visitas pré-natais, onde o conselheiro apresenta os benefícios da amamentação, orienta sobre os mitos acerca do assunto e estabelece as expectativas, bem como as dificuldades que poderão ser encontradas, são capazes de aumentar o sucesso do aleitamento materno³²(A).

Ao se utilizar um novo método de aconselhamento como intervenção, o suporte telefônico associado aos cuidados convencionais, foram observados resultados favoráveis para a manutenção do aleitamento²⁰(A). Os autores atribuíram os resultados encontrados ao investimento na qualidade do serviço prestado, e não somente na quantidade, bem como à segurança das mães no apoio e à disponibilidade do conselheiro, caso necessário.

A assistência médica associada à de equipes multiprofissionais parece ser o padrão-ouro para o acompanhamento das nutrizes. Infelizmente, essa não é uma realidade nas práticas de saúde pública na atualidade. Santiago et al.²¹(A) constataram um aumento significativo no percentual de aleitamento exclusivo entre os grupos de intervenção. O treinamento de pediatras incluídos em equipes multiprofissionais em aleitamento materno da rede pública, bem como a formação mais ampla da prática do aleitamento nas escolas médicas, deveria ser mais estimulado, dada a sua importância sociocultural. De forma semelhante, um estudo que apresentou maior casuística e avaliou a implementação do programa educacional para promoção da amamentação baseado no modelo da IHAC²²(A), enfatizando a assistência à saúde dada por profissionais da área, se mostrou altamente eficaz.

O estudo de Wolfberg et al.²³(A) observou que as preferências da mulher, bem como as de seu parceiro e de sua mãe, sobre a forma de amamentação influenciam diretamente nas taxas de aleitamento materno. As mães cujos parceiros assistiram às aulas educativas tiveram maior tendência a iniciar a amamentação. No entanto, não se observou a continuidade desses resultados em longo prazo.

Outro estudo²⁴(A) evidenciou que as mães que receberam instrução pré-natal e material educativo se mostraram mais propensas a praticar amamentação exclusiva ou predominante. Entretanto, quando a intervenção foi feita apenas com material educativo, sem contato direto com algum profissional de saúde, observou-se um resultado consideravelmente menor nas taxas de amamentação, sugerindo que apenas informações impressas não são tão suficientemente efetivas quanto o contato individualizado. Esse tipo de abordagem permite à mãe esclarecer qualquer dúvida pessoal acerca de questões práticas ou psicossociais, levando a um tempo maior de amamentação.

De forma semelhante, estudos que utilizaram uma intervenção educativa estruturada em um único contato da puérpera com um profissional de saúde^{25,26} (A) não se mostraram eficientes. O impacto de uma ação única e sem seguimento no incentivo ao aleitamento exclusivo parece ser insuficiente, quando comparado a fatores psicossociais e intercorrências clínicas que levam à desistência da mãe. Segundo Henderson et al.²⁶ (A), a intervenção direcionada para a instrução quanto à pega e à sucção pode ter sido fator de ansiedade para as mães primíparas.

Nas regiões onde as taxas de amamentação já são expressivamente altas, como na Austrália, intervenções de cunho educativo não se mostraram efetivas¹⁶ (A). Acredita-se que o grau de desenvolvimento e acesso à informação da população esteja diretamente relacionado às taxas elevadas, bem como à grande influência da implementação do programa Hospital Amigo da Criança (HAC). Tal como observado em um estudo que testou a eficácia do suporte pós-natal extensivo²⁷ (A), a maioria das nutrizes já estava motivada a amamentar por mais de 6 meses (76%), daí não se encontrou relevância estatística da intervenção proposta. Nessas populações, o desenvolvimento de estudos que considerem as expectativas maternas quanto à amamentação e às razões que levam a mãe a cessá-la seriam o caminho alternativo para se buscar novas formas de intervenções mais eficazes.

A decisão de interromper o aleitamento materno é influenciada por vários fatores, como o trabalho e a família. A compreensão dos benefícios da amamentação, com os conhecimentos práticos a respeito da técnica e o processo de iniciação e manutenção do aleitamento, deveria fazer parte da preparação da mulher para a maternidade. O entendimento de todos esses fatores está diretamente relacionado ao aumento das taxas de iniciação e duração da amamentação¹⁰.

A preparação pré, peri e pós-natal dessas mulheres para a amamentação se mostrou indispensável para melhores índices de aleitamento exclusivo. O conhecimento das habilidades práticas e a preparação para as dificuldades advindas da amamentação, com o cuidado e suporte pós-natal, são a base para o sucesso da amamentação, devendo, portanto, ser o alicerce das medidas intervencionistas para estímulo do aleitamento materno.

Conclusão

De acordo com os resultados encontrados na presente revisão, ações educativas isoladas são pouco ou nada eficazes. Programas que se baseiam em suporte e aconselhamento individual, pré e pós-natal, mostraram-se mais efetivos, especialmente em populações que apresentam baixas taxas de iniciação e manutenção da amamentação.

No entanto, mais estudos precisam ser feitos acerca da frequência e do tempo de manutenção das visitas, tanto domiciliares como hospitalares, bem como para avaliar combinações específicas de acompanhamento pré, peri e pós-natal para o sucesso da amamentação.

Algumas dificuldades precisam ser revistas, como falhas na adesão do protocolo, principalmente na realização das visitas domiciliares pós-natais, o alto *turnover* de profissionais e a contaminação do grupo controle, fatores que podem levar a algumas limitações do programa.

Devido aos efeitos dos preditores analisados neste estudo, acreditamos que a integração das intervenções que se mostraram ser efetivas, em vez de sua aplicação isolada, poderia aumentar as taxas de amamentação. No entanto, são necessários mais estudos para comprovar tal hipótese.

Leituras suplementares

- Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76 Suppl3:S238-52.
- Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *PediatrClin North Am*. 2013;60(1):31-48.
- Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-24.
- Warren PL, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery*. 2014;30(3):345-52.
- Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(4):310-6.
- Azeredo CM, Maia TM, Rosa TCA, Silva FF, Cecon PR, Cotta RMM. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. *Rev Paul Pediatr (São Paulo)*. 2008;26(4):336-44.
- Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ*. 1999;77(6):492-8.
- Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(5):485-91.
- Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72(6):363-8.
- Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
- Sampaio RF, Mancini MC. Estudo de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter (São Carlos)*. 2007;11(1):83-9.
- Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(3):549-56.
- Souza RF. O que é um estudo randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009;42(1):3-8.
- Chapman DJ, Damio G, Young S, Escamilla RP. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(9):897-902.

15. Labarere J, Baudino NG, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005;115(2):e139-46.
16. Foster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, Waldenstrom U, Amir L. Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Birth*. 2004;31(3):176-82.
17. Ryser, FG. Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: the effect of the best start program. *J Hum Lact*. 2004;20(3):300-5.
18. Oliveira LD, Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, França MCT, Weigert EML, Kohler CVF, et al. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *J Hum Lact*. 2006;22(3):315-21.
19. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999;353(9160):1226-31.
20. Dennis, CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2002;166(1):21-8.
21. Santiago LB, Bettioli H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, CiampoLAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(6):504-12.
22. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovshaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285(4):413-20.
23. Wolffberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):708-12.
24. Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH, et al. Simple Antenatal Preparation to Improve Breastfeeding Practice A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007;109(1):73-80.
25. Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG*. 2003;110(9):847-52.
26. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth*. 2001;28(4):236-42.
27. McDonald SJ, Henderson JJ, Faulkner S, Evans SF, Hagan R. Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2010;26(1):88-100.
28. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(3):321-32.
29. Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno. *Rev Bras Epidemiol (São Paulo)*. 2002;5(1):41-51.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; v. 1. 110 p. (Série E. Legislação em saúde).
31. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Escamilla RP. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(9):836-41.
32. Chapman, DJ, Damio G, Escamilla RP. Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly Latina population. *J Hum Lact*. 2004;20(4):389-96.