

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ISABELLA BEATRIZ BARBOSA OLIVEIRA

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA
AMAMENTAÇÃO DIRECIONADAS À MULHER E SUA REDE SOCIAL

RECIFE

2015

ISABELLA BEATRIZ BARBOSA OLIVEIRA

**INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA
AMAMENTAÇÃO DIRECIONADAS À MULHER E SUA REDE
SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Coorientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

RECIFE

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- O48I Oliveira, Isabella Beatriz Barbosa.
Intervenções educativas para promoção da amamentação direcionadas à
mulher e sua rede social / Isabella Beatriz Barbosa Oliveira. – Recife: O
autor, 2015.
129 f.: il.; tab.; 30 cm.
- Orientadora: Cleide Maria Pontes.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Aleitamento materno. 2. Apoio social. 3. Promoção da saúde. 4.
Educação em saúde. 5. Enfermagem. I. Pontes, Cleide Maria (Orientadora).
II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2016-009)

ISABELLA BEATRIZ BARBOSA OLIVEIRA

**INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA
AMAMENTAÇÃO DIRECIONADAS À MULHER E SUA
REDE SOCIAL**

Dissertação aprovada em: 27/02/2015

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes (Presidente) – UFPE

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes – UFC

Profa. Dra. Marly Javorski – UFPE

Profa. Dra. Sheyla Costa de Oliveira – UFPE

RECIFE

2015

À minha mãe, Clésia, por ter sido sempre a minha maior incentivadora, não medindo esforços para a minha formação desde a infância. E por ter me ensinado a valorizar e priorizar a educação, lição essa que transmitirei aos meus filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado na realização de mais um sonho na área profissional;

Aos meus pais, Clésia e Eduardo, que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado na busca de quaisquer objetivos por mim traçados, acreditando no meu potencial;

Aos meus irmãos, Victor e Augusto, e às minhas tias, Layse e Lucinha, que sempre torceram pelo meu sucesso, me estimulando nessa caminhada;

Às Profas. Cleide Pontes e Luciana Leal, exemplos de orientadoras, por terem me conduzido nesse processo com grande tranquilidade e sabedoria e me proporcionado imenso crescimento profissional e pessoal;

À Profa. Wanderleya Coriolano, pela participação na construção deste trabalho, o conciliando com suas atividades enquanto docente, esposa e mãe;

Aos Profs. Bernardo Horta, José Natal Figueiroa e Alessandro Henrique, fundamentais para análise estatística deste estudo;

Aos meus professores do mestrado, os quais modificaram o meu olhar para a educação em saúde e, assim, têm transformado as minhas práticas assistenciais;

Aos professores da banca de qualificação do projeto de pesquisa, Marcos Venícios de Oliveira Lopes (UFC), Mônica Maria Osório de Cerqueira (UFPE) e Luciane Soares de Lima (UFPE), e da banca da dissertação, Marcos Venícios de Oliveira Lopes (UFC), Marly Javorski (UFPE) e Sheyla Costa de Oliveira (UFPE), pelas contribuições na construção deste trabalho;

A todos que fazem a secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela ajuda e atenção dispensadas;

Aos meus colegas de turma, pela união e companheirismo, que tornaram esse processo muito mais leve e prazeroso;

As minhas amigas e irmãs de coração, Claudiana, Andreia, Lidianna e Carol, por sempre me estimularem e acreditarem no meu potencial, quando, muitas vezes, eu duvidava;

Ao meu namorado, Ernesto, pelo apoio e companheirismo tão valiosos, sobretudo nos momentos de medo e insegurança;

Aos meus queridos amigos da “turma de malhação”, Steel, Lilian, Gabi, Wilson, Guilherme e Carol, pelos risos e momentos de descontração, essenciais para a minha “higiene mental” nesse período;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu atingisse o sonho de ser mestre em Enfermagem.

Vamos pegar nossos livros e canetas.
Eles são as nossas armas mais
poderosas. Uma criança, um
professor e um livro podem mudar o
mundo.

(Malala Yousafzai)

RESUMO

A amamentação é uma relação humana, a qual está inserida na cultura e submetida à esfera social, transcendendo o aspecto nutricional. Para a manutenção do aleitamento materno, a mulher necessita do apoio de pessoas significativas para ela, que compõem a sua rede social. Os profissionais da saúde possuem papel fundamental na promoção do aleitamento materno, sendo a educação em saúde um fator de proteção para a amamentação. O reconhecimento de intervenções educativas eficazes na promoção dessa prática pode direcionar as ações em saúde. Assim, o objetivo desta dissertação, em formato de artigos, foi determinar a efetividade das intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social para a promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade da criança. O artigo de revisão integrativa objetivou identificar os tipos de apoio à nutriz presentes nos estudos de revisão para a promoção do aleitamento materno. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL, PubMed, BDENF, Web of Science, Scopus, DARE, JBI, Bandolier e Clinical Evidence e nas bibliotecas eletrônicas Cochrane e Scielo, utilizando os descritores “Aleitamento Materno”, “Promoção da Saúde” e “Revisão” e seus correlatos em inglês. Os quinze estudos que compuseram o *corpus* desta revisão foram classificados de acordo com a hierarquia metodológica e analisados quanto aos tipos de apoio à nutriz (emocional, instrumental, informativo, presencial e autoapoio) contemplados nessas atividades. Concluiu-se que os estudos de revisão não têm contemplado os cinco tipos de apoio de que a nutriz necessita. O artigo de revisão sistemática foi construído com base nas diretrizes do Joanna Briggs Institute. A busca foi realizada em bases de dados (LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e Biblioteca Cochrane), listas de referências e na literatura cinzenta. Os estudos foram selecionados por dois revisores de forma independente, sendo as discordâncias solucionadas por meio de reuniões de consenso. A seleção das pesquisas ocorreu por meio das etapas de leitura dos títulos, resumos e textos completos. Para avaliação dos estudos e extração dos dados, utilizaram-se instrumentos adaptados do software JBI-MASARI. A metanálise foi realizada com o software Stata versão 13.0. O efeito foi estimado pelo odds ratio, com intervalos de confiança de 95%. A heterogeneidade foi mensurada com os testes do Qui-quadrado e do I-quadrado de Higgins. Dos 7201 estudos identificados, 11 compuseram o *corpus* da revisão sistemática. As intervenções educativas foram cerca de duas vezes mais efetivas quando comparadas com as intervenções de rotina empregadas nos grupos controle, entretanto a maioria era voltada apenas à mulher. O estudo com o melhor resultado teve como base o passo dez da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que corresponde a

formação de grupos de apoio à amamentação, encaminhando as mães a esses grupos na alta hospitalar. Apesar do êxito dessas intervenções, o seu impacto poderia ser ampliado se os profissionais da saúde envolvessem a rede social. Assim, observa-se a necessidade de novos estudos que apliquem intervenções que contemplem a mulher e sua rede social desde o pré-natal até a puericultura, considerando todos os tipos de apoio.

Descritores: Aleitamento Materno. Apoio Social. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Breastfeeding is a human relationship, which is embedded in the culture and subjected to the social context, transcending the nutritional aspect. For the maintenance of breastfeeding, the woman needs the support of significant others for her, that are part of their social network. Health professionals have a fundamental role in the promotion of breastfeeding and health education is a protective factor for breastfeeding. It is essential that there is recognition of effective strategies in promoting breastfeeding in order to target interventions. The objective of this thesis, in the shape of articles, was to determine the effectiveness of educational interventions focusing on women and their social network for the promotion of exclusive breastfeeding at six months old child. The integrative literature review aimed to identify the types of support for mothers to promote breastfeeding present in the review studies. The search was conducted in the databases LILACS, MEDLINE, CINAHL, PubMed, BDENF, Web of Science, Scopus, DARE, JBI, Bandolier and Clinical Evidence and electronic libraries in Cochrane and Scielo using as descriptors "Breastfeeding", "Promotion Health" and "Review" and its correlates in english. The fifteen studies that formed the corpus of this review were classified according to the methodological hierarchy and analyzed the types of support for nursing mothers (emotional, instrumental, informational, face and autoapoio) included in these activities. It was concluded that the studies of integrative and systematic review of breastfeeding, selected in the study, have contributed in part to its promotion as they have not covered all types of support that women need to breastfeed. The systematic review article was built based on the guidelines of the Joanna Briggs Institute. The search was performed in databases (LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science and Cochrane Library), reference lists and gray literature. Studies were selected by two independent reviewers, with disagreements resolved by consensus meetings. The selection of the research was carried out through the steps reading the titles, abstracts and full texts. For assessment of studies and data extraction, we used appropriate instruments of JBI-MAStARI software. The meta-analysis was performed using Stata version 13.0. The effect was estimated by odds ratio with 95% confidence intervals. Heterogeneity was measured using the Chi-square and I-squared. Of 7201 identified studies, 11 made up the corpus of the systematic review. Educational interventions were about twice effective compared with routine interventions employed in the control groups. The study with the best result was based on the ten step of the Baby Friendly Hospital Initiative, which is the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to these groups at discharge. Despite the

success of these interventions, the impact could be magnified if the health professionals involved social network. Thus, there is a need for further studies applying interventions that address women and their social network from the antenatal period to childcare, considering all types of support.

Descriptors: Breast Feeding. Social Support. Health Promotion. Health Education. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Descrição das etapas desenvolvidas para a seleção dos estudos da revisão integrativa. Recife-PE, 2013.	45
Figura 2 – Descrição das etapas de desenvolvimento da revisão sistemática.	47
Figura 3 – Fluxograma das etapas da estratégia de busca da revisão sistemática. Recife-PE, 2014.	49
Figura 4 – Fluxograma da seleção dos estudos da revisão sistemática identificados nas bases de dados. Recife-PE, 2014.	61
Figura 5 – Fluxograma da seleção dos estudos identificados nas listas de referências dos artigos incluídos na revisão sistemática encontrados nas bases de dados. Recife-PE, 2014.	62
Figura 6 – Fluxograma da seleção dos estudos da revisão sistemática identificados na literatura cinzenta. Recife-PE, 2014.	63
Figura 7 – Forest plot do efeito de intervenções comunitárias no aleitamento materno exclusivo de quatro a seis meses em países de baixa e média renda (dados de Hall et al., 2011).	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Publicações identificadas através das estratégias de busca, segundo bases de dados. Recife-PE, 2013.	42
Tabela 2 – Publicações encontradas através das estratégias de busca, segundo bases de dados. Recife-PE, 2014.	51
Tabela 3 – Publicações encontradas através das estratégias de busca, segundo bases de dados LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e Cochrane. Recife-PE, 2014.	56
Tabela 4 – Pesquisas encontradas através da busca na literatura cinzenta. Recife-PE, 2014.	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME – Aleitamento materno exclusivo

BDEnf – Bases de Dados de Enfermagem

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CASP – Critical Appraisal Skills Programme

CE – Clinical Evidence

CINAHL – Index to Nursing and Allied Health Literature

DARE – Database of Abstracts of Reviews of Effects

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

JBÍ – Joanna Briggs Institute

LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MESH – Medical Subject Heading

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidências

PubMed – Public/Publish Medline

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

WOS – Web of Science

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS,.....	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	A importância do aleitamento materno	21
3.2	A problemática do desmame precoce	22
3.3	Rede social no contexto do aleitamento materno	25
3.4	A educação em saúde na promoção do aleitamento materno	33
3.5	A Prática Baseada em Evidências	36
4	MÉTODO	40
4.1	Primeiro artigo: Contribuições dos estudos de revisão da literatura para a promoção do aleitamento materno	40
4.1.1	1ª etapa: Elaboração da pergunta norteadora	40
4.1.2	2ª Etapa: Busca na literatura	40
4.1.3	3ª Etapa: Coleta de dados	43
4.1.4	4ª Etapa: Análise crítica dos estudos incluídos	43
4.1.5	5ª Etapa: Discussão dos resultados	46
4.1.6	6ª Etapa: Apresentação da revisão integrativa	46
4.2	Segundo artigo: Efetividade das intervenções educativas para promoção da amamentação à mulher e sua rede social: revisão sistemática	46
4.2.1	Tipo de estudo	46
4.2.2	Etapas do processo de Revisão Sistemática	47
4.2.2.1	Definição da pergunta de pesquisa	47
4.2.2.2	Estratégia de busca	47
4.2.2.3	CrITÉrios de inclusão e exclusão	59

4.2.2.4 Seleção dos estudos	59
4.2.2.5 Avaliação dos estudos	60
4.2.2.6 Extração dos dados	64
4.2.2.7 Síntese dos dados	64
5 RESULTADOS	66
5.1 Artigo de Revisão Integrativa: Contribuições dos estudos de revisão da literatura para a promoção do aleitamento materno	66
5.2 Artigo de Revisão Sistemática: Efetividade das intervenções educativas para promoção da amamentação à mulher e sua rede social: revisão sistemática	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	118
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	119
APÊNDICE B – Instrumento de avaliação do rigor metodológico das revisões integrativas selecionadas	122
APÊNDICE C – Instrumento de avaliação do rigor metodológico das revisões sistemáticas selecionadas	124
ANEXOS	126
ANEXO A – Critical Appraisal Form for RTC	127
ANEXO B – Escala de Jadad	128
ANEXO C – Data Extraction Form Experimental and Observational Studies	129

1 INTRODUÇÃO

O leite materno possui propriedades nutritivas e imunológicas eficazes na redução da morbimortalidade infantil. Do ponto de vista psicológico, a amamentação é uma prática que favorece o vínculo mãe e filho. É uma relação humana que transcende o aspecto nutricional, pois sofre influência da cultura e da esfera social¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida e complementar até dois anos de idade ou mais¹. Para o início e a manutenção do aleitamento materno, a mulher necessita do apoio das pessoas que são significativas para ela, que fazem parte da sua rede social².

A rede social consiste em um conjunto de relações interpessoais as quais vinculam indivíduos a outros indivíduos, sendo composta por pessoas que pressupõem confiança e reciprocidade³. É responsável pela determinação dos hábitos, crenças e valores, proporcionando também ajuda emocional, material, serviços e informações^{4,5}. No contexto da amamentação, a rede social da nutriz pode ser formada por diversos atores, dentre eles a família, amigos e profissionais da saúde, os quais podem ou não apoiá-la para a prática do aleitamento⁴.

Para amamentar, a mãe necessita dos apoios informativo, emocional, presencial, instrumental e autoapoio. O apoio informativo representa os aconselhamentos. O emocional compreende às manifestações de carinho, valorização e encorajamento da nutriz. O presencial engloba as visitas sociais, fazer companhia à mulher e conversar com ela durante as mamadas. O instrumental consiste em cuidar da mãe e do bebê e auxiliar nas atividades domésticas. O autoapoio corresponde ao apoio a si próprio⁶.

Os profissionais da saúde possuem papel fundamental na promoção do aleitamento materno, sendo a educação em saúde considerada um fator de proteção para a amamentação⁷. Porém, estudo realizado em Recife-PE identificou vínculo fraco entre esses profissionais e as nutrizes, estando o apoio informativo associado ao desmame precoce⁸. Tal fato pode ser decorrente do predomínio das orientações verticalizadas nos serviços de saúde, as quais levam as mulheres à buscarem esclarecimentos com outros atores de suas redes sociais².

Na prática assistencial, as orientações sobre o aleitamento materno são realizadas de forma pontual, fragmentada e impositiva^{9,10}. Essas atividades, em geral, tem como foco a concretização da técnica em si e são fundamentadas nas necessidades da criança, omitindo outros benefícios e dificuldades que podem ocorrer durante o processo da

amamentação^{2,9,11,12}. Observa-se ainda que a equipe de saúde atribui pouca relevância aos sentimentos da nutriz¹³.

O profissional da saúde deve acolher a mulher e sua família desde o início do pré-natal, apoiando-os durante o processo do aleitamento materno¹⁴. É fundamental que o profissional conheça o contexto no qual a mulher está inserida, observando suas necessidades de saúde, sua cultura e seu meio social para elaborar um plano estratégico de promoção do aleitamento materno que contemple a realidade vivenciada¹⁵.

Diversas ferramentas e estratégias podem ser empregadas para a promoção do aleitamento materno. Dentre estas, estão os grupos de gestantes, onde a mulher pode adquirir conhecimento por meio da troca de informações, saberes, opiniões e ideias¹⁶; álbuns seriados para o processo de comunicação, a partir da apresentação de figuras¹⁷; teatro de fantoches, no qual o lúdico pode ser utilizado para retratar situações cotidianas como os mitos referentes à amamentação e os problemas com as mamas¹⁸.

Embora haja uma variedade de estratégias educativas disponíveis para a promoção do aleitamento materno, observa-se falta de consenso na literatura científica quanto àquelas que apresentam melhores resultados sobre essa prática. Nesse contexto, está inserida a intervenção de grupo educativo. Ainda que tenha sido identificada por um estudo como a única estratégia, no período pré-natal, efetiva para o aumento da duração da amamentação¹⁹, tal intervenção não obteve êxito na proporção do aleitamento materno exclusivo aos quatro meses em outra pesquisa²⁰. Um terceiro estudo demonstrou que as orientações individuais ou em grupo não predizem o sucesso no início ou duração da amamentação²¹.

Apesar das vantagens da amamentação¹ e das estratégias disponíveis¹⁶⁻¹⁸ para a sua promoção, o desmame precoce é frequente. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal identificou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses foi de 41%. A estimativa da duração mediana do aleitamento materno exclusivo correspondeu a 54,11 dias, sendo o Nordeste a região que apresentou o pior resultado, com 34,9 dias²². Estudo realizado no Distrito Sanitário IV da cidade do Recife-PE com 158 mulheres evidenciou que somente 36,7% destas amamentaram exclusivamente seu último filho até o sexto mês de vida⁸.

A interrupção precoce do aleitamento materno pode desencadear prejuízos para a mãe, criança, família e sociedade. Estes estão relacionados a maiores índices de desnutrição, baixa resistência orgânica e infecções, elevando as taxas de mortalidade infantil. Ademais, colabora para o aumento do lixo inorgânico e gastos com a alimentação, consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalização da criança^{23,24}. Assim, compromete o

crescimento físico e mental da criança, com repercussões negativas na fase adulta, por meio de menor proteção contra algumas patologias, como obesidade, osteoporose, hipertensão arterial e câncer, e limitação no desenvolvimento intelectual. Contribui, dessa forma, para a redução da expectativa de vida, bem como para geração de adultos menos produtivos, com prejuízos para a sociedade.

O profissional da saúde deve analisar os casos de desmame precoce em mães sob seus cuidados com relação às causas desse insucesso, de modo a direcionar ações mais efetivas²⁵. Nesse contexto, o enfermeiro pode planejar, com base nos diagnósticos de enfermagem, intervenções educativas voltadas à mulher, criança e rede social, proporcionando maior qualidade e individualidade ao cuidar²⁴.

Diante dos benefícios conferidos pelo aleitamento materno¹, as iniciativas de promoção dessa prática devem ser consideradas prioritárias no âmbito da saúde materno-infantil²⁶. Neste sentido, foi criada a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, objetivando a capacitação dos profissionais da saúde para uma prática integralizadora em amamentação²⁷. Para isso, é indispensável o reconhecimento prévio das intervenções efetivas na promoção do aleitamento materno, evidenciadas na literatura, como meio de direcionar as ações a serem implementadas e, assim, promover a saúde baseada em evidências.

De acordo com Salazar²⁸, a efetividade de uma intervenção é a capacidade de atingir o seu objetivo em condições reais, não controladas. No âmbito do aleitamento materno, a diversidade de evidências científicas sobre intervenções para promoção dessa prática torna relevante utilização de métodos de pesquisa que tenham como objetivo sintetizar resultados de estudos e, desse modo, favorecer a Prática Baseada em Evidências (PBE). Nesse contexto, destaca-se a revisão sistemática da literatura, que busca reunir, organizar, avaliar e mensurar quantitativamente as evidências na área da saúde²⁹.

No cenário da amamentação, a revisão sistemática pode viabilizar a identificação de intervenções educativas com melhores resultados sobre o aleitamento materno, auxiliando o profissional da saúde na aplicação da PBE. Além disso, poderá contribuir para efetivar a política de promoção, proteção e apoio à amamentação, a qual compõe uma das linhas de cuidado do Ministério da Saúde e, assim, atingir o compromisso assumido pelo Brasil em nível internacional, com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e nacional, por meio do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Pacto pela Vida e Programa Mais Saúde³⁰. Desse modo, a questão de pesquisa que conduziu este estudo foi: quais as intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social são mais efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança?.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Determinar a efetividade das intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social para a promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as intervenções educativas realizadas pelos diferentes profissionais direcionadas à promoção do aleitamento materno exclusivo
- Avaliar as intervenções educativas para a promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança
- Descrever os tipos de apoio à mulher e a rede social contemplados nas intervenções para promoção do aleitamento materno

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A importância do aleitamento materno

O leite materno é considerado uma fonte indispensável para a promoção e proteção da saúde infantil. Suas propriedades nutritivas e imunológicas são imprescindíveis na nutrição, crescimento e desenvolvimento dos lactentes. Atua na prevenção e controle de doenças na infância e na vida adulta^{1,28}. Neste sentido, evita mortes infantis, diarreia e infecção respiratória, reduz o risco de alergias, obesidade, hipertensão, colesterol elevado e diabetes e possui efeitos positivos no desenvolvimento intelectual^{1,31-39}.

Os benefícios do aleitamento materno transcendem a saúde infantil, contemplando também a nutriz, a família, a sociedade e o meio ambiente¹. A mulher que amamenta apresenta menor risco de hemorragias pós-parto, nova gravidez, câncer de ovários, de endométrio e de mama, diabetes, osteoporose e artrite reumatoide. Além disso, esta prática favorece a involução uterina e diminuição do peso da nutriz¹.

Por meio do leite materno, a família reduz seus gastos com a compra de leites industrializados e remédios. O aleitamento materno pode melhorar também a qualidade de vida da família, pois crianças amamentadas tendem a adoecer menos, necessitando de um menor número de atendimentos médicos, medicamentos e hospitalizações. Os pais minimizam as faltas ao trabalho bem como suas despesas com a recuperação da saúde e exposição a situações estressantes¹. A sociedade, por conseguinte, terá cidadãos mais saudáveis e evitará despesas na área da saúde^{1,32,40}.

A amamentação é um ato ecológico, visto que preserva o meio ambiente, oferecendo qualidade de vida às gerações atual e futura. Tal fato está relacionado com a poluição e destruição ambiental ocasionada pela utilização de produtos associados ao aleitamento artificial, como fórmulas lácteas e mamadeiras. As indústrias responsáveis pela sua fabricação provocam alterações no ecossistema, extinguindo os recursos naturais não-renováveis desde a produção até o uso desses artigos⁴¹.

Além dos aspectos biológicos, a amamentação também é responsável por benefícios psicológicos, pois promove o estreitamento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê e de ambos com outros membros da família⁴⁰. Ao ser realizada de maneira prazerosa, com contato visual e contínuo entre eles, fortalece o relacionamento entre mãe e filho, oportunizando intimidade, troca de afeto, sentimentos de segurança, proteção da criança e autoconfiança da mulher¹. Quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes,

repercutindo nas relações familiares e, portanto, na qualidade de vida da família¹.

Diante dos benefícios do aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde preconizam o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida da criança e complementado até dois anos ou mais. O aleitamento materno exclusivo ocorre quando a alimentação consiste somente em leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte. Deste modo, não são utilizados outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos, quando prescritos por médicos. Entende-se por aleitamento complementado a introdução de qualquer alimento sólido ou semissólido com o objetivo de complementar o leite materno, e não de substituí-lo, após o sexto mês de vida da criança^{1,42}.

A introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de vida não oferece vantagens e pode, inclusive, ocasionar prejuízos à saúde da criança. Tal prática está associada ao maior número de episódios de diarreia e de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes do leite materno, tais como ferro e zinco, e menor duração do aleitamento materno¹.

No segundo ano de vida da criança, o leite materno permanece como importante fonte nutricional. Neste período, 500 ml deste leite fornecem 95% das suas necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. O leite materno também continua protegendo contra doenças infecciosas. Crianças não amamentadas no segundo ano de vida possuem uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com aquelas que foram amamentadas¹.

Os múltiplos efeitos protetores do aleitamento materno na saúde infantil, materna e familiar justificam as recomendações para a sua promoção. Entretanto, apesar dos compromissos, metas políticas e programas estabelecidos em diversos países, o desmame precoce persiste como um problema de saúde pública mundial⁴³.

3.2 A problemática do desmame precoce

No Brasil, os dados mais recentes sobre o aleitamento materno encontram-se na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada em 2008. Este estudo descreveu a duração mediana e a prevalência de aleitamento materno exclusivo no país em menores de seis meses, as quais corresponderam à, respectivamente, 54,11 dias e 41%. A região Nordeste foi aquela que apresentou piores taxas, sendo identificada mediana de 34,92 dias e prevalência de 37%. Em Recife-PE, tais

indicadores consistiram em 49,59 dias e 38,3%. Esta cidade, entretanto, apresentou a segunda menor mediana de duração do aleitamento materno em menores de doze meses, que atingiu 293,11 dias, estando distante dos 346,81 e 341,59 dias das taxas regional e nacional, respectivamente²². Observa-se, então, que as taxas brasileiras de aleitamento materno estão aquém das recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

O desmame precoce, no Brasil, teve origem na influência europeia durante o período colonial. Na Europa, até o século XVIII, o declínio do aleitamento materno associado ao estímulo à vida social levou as mulheres de classes sociais mais elevadas a recorrerem às amas de leite. Este cenário interferiu para que os colonizadores percebessem de forma negativa os hábitos da população indígena, a qual amamentava seus filhos até os três ou quatro anos de idade⁴⁴.

Nas décadas seguintes, os avanços industriais, que possibilitaram a pasteurização e esterilização do leite de vaca e a criação do leite em pó e mamadeiras, dentre outros produtos, incentivaram a sociedade, sobretudo a mulher, a oferecer alimentação artificial ao bebê. Além disso, a indústria intensificou a propaganda de fórmulas infantis, fazendo com que médicos instruissem os pais a utilizá-las. Criou-se, pois, uma falsa percepção de que o alimento artificial era benéfico e indispensável à nutrição infantil¹¹.

A inserção feminina no mundo do trabalho alterou os hábitos da mulher no contexto da maternidade e pode ter contribuído para o desmame precoce. O leite artificial tornou-se, então, uma opção para a nutrição infantil durante os períodos de ausência da mãe. Entretanto, as consequências do desmame precoce foram analisadas e denunciadas pelo jornalista inglês Mike Muller, em 1974, com o lançamento do livro *The baby killer*, no qual mostrou os danos à saúde ocasionados pelos leites industrializados, com o aumento na morbimortalidade infantil em países subdesenvolvidos⁴⁵. Tal publicação tornou-se um alerta para que a proteção do aleitamento materno passasse a ser prioridade dos governantes. Esse longo período de estímulo ao desmame precoce deixou consequências, dentre elas as crenças e os mitos, as quais ainda interferem no comportamento das mulheres frente à amamentação⁴⁶.

As crenças acerca da amamentação podem influenciar negativamente no seu êxito. Dentre elas, pode-se citar o mito do “leite fraco”, que, nos dias atuais, é uma das principais causas de complementação alimentar precoce referidas pelas mães. Esta crença é decorrente da comparação do leite humano com o de vaca, tendo aquele, sobretudo o colostro, aparência mais aguada. Logo, a mãe passa a considerar seu leite inferior, acreditando que não é suficiente para suprir as necessidades da criança, diferentemente do leite forte – o leite de vaca⁴⁷.

A crença de insuficiência da produção do leite materno, com a introdução precoce de outros alimentos e de mamadeiras, pode diminuir a lactação. A utilização de mamadeiras altera a sucção do bebê, porque a quantidade de leite extraída das mamas é inferior a desses objetos, sendo necessário que ele faça mais esforço para se alimentar. A alimentação da nutriz também pode interferir no aleitamento materno. Os alimentos ingeridos pela mãe podem alterar o cheiro e/ou o gosto do leite, dificultando a aceitação do leite pelo bebê⁴⁶.

A ausência de licença-maternidade, a sobrecarga de trabalho doméstico bem como o cuidado com outros filhos podem ser fatores condicionantes ao desmame precoce⁴⁸. No Brasil, a recomendação da Organização Mundial da Saúde quanto à amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida da criança é amparada legalmente pela legislação trabalhista que torna facultativa para as empresas a extensão da licença-maternidade de 120 para 180 dias, de acordo com a lei nº 11.770/08⁴⁹. Entretanto, grande parte das mulheres trabalhadoras, mesmo inseridas no setor formal, com frágil relação empregatícia ou as autônomas ainda não são beneficiadas pela lei vigente. Além disso, a iminência da volta ao trabalho estimula as mulheres a incluir precocemente outro tipo de alimento, prejudicando a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida da criança^{48,50}.

Com o objetivo de estimular o aleitamento materno pela mulheres trabalhadoras, o Ministério da Saúde fixou diretrizes para a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas, como também a fiscalização desses ambientes pela vigilância sanitária. Essas salas de apoio têm como objetivo oferecer um local adequado para a ordenha e o armazenamento do leite materno⁵¹. Apesar dessa iniciativa, não há obrigatoriedade para a implementação das salas de apoio à amamentação em empresas ou incentivos financeiros que viabilizem a sua instalação, tornando-se, pois, fruto da responsabilidade social do empregador^{51,52}.

As rachaduras nas aréolas e mamilos, que acometem com frequência as nutrizes, dificultam a amamentação, podendo ocasionar o desmame precoce^{50,53}. Os anticoncepcionais também podem influenciar esta prática, já que possibilitam interferência negativa na qualidade e/ou quantidade de leite. Apesar de serem conhecidos os efeitos de alguns fármacos durante a amamentação, os quais podem ser passados à criança, além de modificarem o sabor do leite, algumas vezes é indispensável a sua utilização; pode ser necessário, por isso, suspender a amamentação⁵³.

Outras condições também estão relacionadas ao desmame precoce, tais como: falta de orientação no pré-natal, ausência de experiência anterior, maternidade na adolescência, ausência de estrutura e de apoio familiar, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade da

mãe, doenças mamárias, gravidez não desejada, prematuridade e baixo peso da criança^{54,55}. Deste modo, compreende-se que a amamentação não é um ato meramente biológico, instintivo e automático, estando fundamentada na subjetividade e vivência das mulheres e, por isso, condicionada ao seu contexto social. Para ter êxito na amamentação, por conseguinte, a mulher necessita do suporte das pessoas que são importantes para ela, sendo estas membros de sua rede social^{18,55,56}.

3.3 Rede social no contexto do aleitamento materno

Todas as pessoas integram alguma rede social, também denominada suporte social ou apoio social, que consiste em um sistema de relações interpessoais que conectam os indivíduos entre si. Ela influencia na determinação das características da pessoa, como costumes, crenças e valores. Esta rede é composta por pessoas de confiança, as quais se preocupam com o outro e gostam do mesmo, e que, principalmente, se propõem a ajudá-lo^{2,57}.

A abordagem de rede social teve origem nas ciências humanas, sobretudo nas áreas da sociologia e da antropologia, e tem sido amplamente empregada no campo da saúde. Observa-se crescente inclusão de questões ligadas à rede social na investigação das condições de saúde da população devido a compreensão de que a saúde é resultado da associação de fatores biológicos, psicológicos e sociais¹⁸.

No âmbito da amamentação, a rede social da mulher pode ser composta por diversas pessoas, tais como mãe, sogra, companheiro, amigos e profissionais da saúde. Esta rede, considerando a vulnerabilidade feminina secundária à maternidade e lactação, pode exercer influência sobre a nutriz na decisão de amamentar ou não⁵⁸. A cultura e as tradições podem, destarte, prevalecer sobre as orientações dos profissionais da saúde, as quais se baseiam no conhecimento científico².

Segundo a Teoria da Rede Social de Sanicola, para superar os desafios da vida, são imprescindíveis os recursos disponibilizados pelas relações sociais, não sendo possível o indivíduo fazê-lo sozinho. Tais relações podem ser estabelecidas a partir das redes primárias e/ou secundárias⁵⁹.

Nas redes primárias, os vínculos são formados com pessoas que estão mais próximas do indivíduo, a partir de relações de parentesco, amizade e trabalho. São fundamentados na confiança e reciprocidade, fazendo com que o sujeito se sinta integrante de um grupo, o qual lhe confere identidade^{15,59}.

As redes secundárias são estabelecidas por meio de troca de serviços ou dinheiro,

podendo ser subdivididas em formais e/ou informais, de terceiro setor, de mercado ou mistas. Distinguem-se entre si pelo tipo de troca realizada, que pode ser a reciprocidade, o direito, o dinheiro ou uma combinação desses¹⁵.

A rede secundária formal é composta por instituições sociais com existência oficial e estruturação precisa, como instituições de assistência, saúde e educação. Oferece prestação de serviços em consonância com as demandas dos indivíduos e troca fundamentada no direito. Já a rede secundária informal se constitui a partir da rede primária, quando existe uma necessidade dos membros que integram a mesma rede. O vínculo é estabelecido por meio da solidariedade, ocorrendo a troca de serviços, e não por dinheiro¹⁵.

As redes secundárias do terceiro setor, também denominadas organizações do terceiro setor, consistem em organizações ou associações constituídas por pessoas da sociedade civil, as quais atuam na prestação de serviços, porém sem visar o lucro. As trocas entre si são baseadas no direito e na solidariedade. As redes secundárias de mercado, tais como estabelecimentos comerciais e clínicas de saúde privadas, estão associadas a atividades rentáveis. Assim, é estabelecida a troca entre o direito e o dinheiro¹⁵.

A rede de relacionamentos de uma pessoa pode ser analisada por meio da construção de um mapa de sua rede social. Para tanto, faz-se necessário o emprego de pesquisas com abordagem qualitativa, as quais possibilitam o entendimento da estrutura e das conexões sociais, além dos significados das ações e relações humanas. Alguns indicadores são utilizados na compreensão do estabelecimento das relações entre os membros da rede social, sendo estes: amplitude – corresponde à quantidade de pessoas, permitindo identificar se a rede é pequena, média ou grande; densidade – especifica a quantidade de pessoas que se conhecem; intensidade – verifica se as trocas efetuadas são materiais, afetivas ou informativas; proximidade/distância – permite refletir sobre a distância afetiva, desvelando os graus de intimidade; frequência – significa a sistematicidade do estabelecimento do vínculo; duração – corresponde ao tempo de conhecimento entre os indivíduos que compõem a rede social; proximidade física – refere-se ao local de habitação dos membros da rede¹⁵.

Pesquisa desenvolvida em Recife-PE, demonstrou que o mapa da rede social das mães era composto por pessoas da rede social primária (família, amigos, vizinhos e companheiros de trabalho) e da rede social secundária, os quais trabalhavam em instituições de saúde, sendo estas posto de saúde e hospital. As pessoas da rede primária que mais apoiaram a mulher foram a sua mãe e seu companheiro. Quanto à rede secundária, o enfermeiro foi o membro que mais a apoiou. A intensidade dos vínculos foi normal entre os familiares e fraca entre os demais indivíduos. Salienta-se, que nesse estudo não foi observado nenhum vínculo forte

entre as pessoas. A família manteve-se mais perto da mãe, enquanto que os demais membros estiveram mais distantes⁸.

Para apoiar a nutriz no aleitamento materno, a rede social deve exercer quatro tipos de apoio, sendo estes: o emocional – consiste em afinidade, afeição e desvelo em relação à pessoa sob estresse e valorização da mesma, por meio de concordância com ideias e sentimentos; o instrumental – relaciona-se à ajuda nas atividades do cotidiano; o informativo – corresponde a conselhos, opiniões, bem como avaliação do enfrentamento do estresse; o presencial – significa a disponibilidade para estar junto à mulher, fazendo a mesma se sentir integrante de um grupo. No cenário da amamentação, cabe ainda à rede social o autoapoio, o qual é definido como o apoio em relação a si mesmo⁶.

O apoio e suporte familiar é um fator que influencia na escolha do tipo de alimentação da criança, inclusive na adesão à amamentação⁶⁰⁻⁶³. A família, em seu conceito tradicional, compreende pais e filhos. Sua concepção tem sido ampliada, passando a contemplar outros parentes e/ou pessoas próximas, configurando a chamada família extensiva. Assim, ela congrega vários indivíduos ligados por laços sanguíneos e/ou afetivos. É considerada o primeiro e mais importante grupo em que está inserido o indivíduo, sendo o alicerce para a determinação das características gerais do comportamento humano⁶⁴.

O grupo familiar constrói a sua própria história, ou seu próprio mito, o qual consiste em uma formulação discursiva com a expressão do significado e da explicação da realidade vivenciada, fundamentado nos elementos em contato com os indivíduos na cultura em que vivem. Neste sentido, cada família tem sua história, a qual vai sendo construída e perpetuada através de gerações, servindo de base para os ensinamentos, crenças e valores compartilhados entre os seus membros⁶⁴.

A família é ainda a mais constante referência em saúde para seus componentes. Para assisti-la como unidade de cuidado, é imprescindível investigar o modo de cuidar de cada membro, desvelando seus esforços e dificuldades. O cuidado representa as atividades que a família desenvolve para promover a saúde e o bem-estar de seus membros. No decorrer deste processo, constrói valores e executa práticas influenciadas pelo seu contexto sociocultural e por suas experiências intra e extrafamiliares. O convívio, a análise e as interpretações oriundas dessas relações norteiam as condutas e modos de agir. Assim, com o suporte destes achados, os profissionais da saúde podem, junto à família, planejar e implementar uma melhor assistência⁶⁵.

Apesar do seu reconhecimento dentro do cenário do cuidado, a família ainda é pouco identificada como sujeito do cuidado. O cuidado à saúde consiste em um procedimento de

atenção com base em parcerias, beneficiando mutuamente pacientes, familiares e provedores. A família é a principal cuidadora de seus membros e, sobretudo, dos novos membros, como os recém-nascidos. O nascimento de um novo membro acarreta em mudanças na vida, na dinâmica e no cotidiano do grupo familiar. Tais transformações podem ser acentuadas quando ela nasce em um período não esperado e/ou quando necessita de cuidados diferenciados devido a alterações patológicas. Assim, para que o cuidado obtenha êxito a família também necessita de apoio, sendo necessária a identificação de suas dificuldades⁶⁵.

Quando se alimentam em conjunto, os membros da família constroem referências quanto a alimentação desde cedo, tanto no contato entre si quanto com a sociedade. No que concerne à nutrição infantil, a família orienta quanto a melhor forma de alimentar a criança de acordo com a sua história e experiência de vida. Neste sentido, a família possui influência no aleitamento materno, pois um importante meio de interferência na amamentação é o seu apoio para esta prática. Dependendo do caráter de suas ações, podem interferir de forma positiva (ajuda) ou negativa (impedimento) neste processo^{64,66}.

O aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida da criança pode ser influenciado pela família, a qual exerce a função de apoiar a nutriz. Demonstra-se, então, a necessidade de os serviços de saúde inserirem a família em suas ações desde o período pré-natal e, não, se restringir apenas ao acompanhamento da mulher^{55,63,66,67}. A família deve ser conscientizada sobre o seu papel como cuidadora, ampliando seus conhecimentos sobre a amamentação, de modo a ser uma aliada à implementação desta prática⁶⁷.

Quando a família oferece informações de maneira correta, pode contribuir para maior adesão ao aleitamento materno, além de fortalecer a sua manutenção. Para tanto, é preciso desmistificar os significados e atitudes sobre a amamentação, atividade que é árdua e complexa, visto que tais conhecimentos estão enraizados na cultura familiar, sendo repassados através de gerações. Ressalta-se que não se deve adotar uma posição autoritária frente às crenças e tabus, devendo a família e a mulher serem acolhidas e respeitadas. Desta maneira, pode ser estabelecido o diálogo, aproximando a mulher e a família, corroborando para a mudança de atitudes consideradas errôneas⁶⁷.

Apesar da contínua mudança nas relações familiares e parentais, a mãe ainda é responsabilizada pelo cuidado da criança, sendo o papel paterno, frequentemente, não valorizado. No âmbito do aleitamento materno, algumas questões, historicamente, excluíram o homem desta vivência. Ao pai cabia o provimento financeiro da família, estando a amamentação relacionada apenas à mulher e a criança⁶⁸.

A despeito das contribuições da literatura científica para a inserção do pai no

aleitamento materno, demonstrando a importância do seu apoio, observa-se que muitas condutas em instituições de saúde ainda afastam o homem no atendimento à gestante, nutriz e a criança. Os pais esperam o término da atividade em outro ambiente, por serem formalmente impedidos ou, ainda, por não serem incentivados a participar⁶⁸.

No Brasil, o direito de escolher livremente um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério é garantido à mulher pela Lei Federal 11.108. Algumas mulheres, todavia, têm esse direito negado pelos serviços de saúde ou são orientadas a escolher um acompanhante do sexo feminino. Além disso, estatutos, programas e políticas do governo têm valorizado a integração do pai no pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança. Dentre eles, estão o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização, a Rede Cegonha e a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Essas iniciativas configuram um grande avanço, sendo necessário que sejam incorporadas às rotinas de saúde⁶⁸.

Mesmo afastando o pai do cuidado familiar, a sociedade exige o seu suporte afetivo. Percebe-se, assim, que tais ações são divergentes. Torna-se, portanto, relevante a implementação de ações que, além de não excluir o homem, o estimulem a participar desse processo^{68,69}. O homem deve ser sensibilizado para exercer a paternidade, a qual precisa ser construída por meio de ações institucionais e mudanças culturais⁷⁰. A inserção e a valorização do pai no acompanhamento pré-natal e em grupos de gestantes podem estimular a formação de um vínculo com a mãe e o bebê desde o período gestacional⁷¹.

O apoio paterno possui influência na prevalência do aleitamento materno nos primeiros meses de vida da criança^{55,71,72}. Opiniões favoráveis e participação ativa do pai estão fortemente relacionadas à duração da amamentação^{56,71-73}. Neste sentido, uma revisão integrativa da literatura, a qual avaliou 44 publicações entre os anos de 1995 e 2010, identificou que, dentre os familiares e pessoas próximas, a presença paterna foi aquela que ofereceu maior apoio na amamentação na opinião das mães. Influenciou a decisão em iniciar e dar continuidade ao aleitamento materno, colaborando para o aumento de suas taxas⁷⁴.

Em pesquisa desenvolvida sobre esta temática, a percepção das mulheres quanto a preferência de seus companheiros e o medo de estar oferecendo pouco leite à criança foram fatores significativos para a interrupção do aleitamento materno. Além disso, 80% das mães referiram o apoio paterno como um incentivo para a amamentação^{75,76}. Neste sentido, pesquisa conduzida na Alemanha, evidenciou que a associação mais forte para o início do aleitamento materno era a atitude positiva do pai com relação à esta prática⁷⁷. Estudo realizado em Pelotas-RS, demonstrou que os pais não apoiadores tiveram risco 52% maior de

terem seus filhos alimentados por mamadeira aos três meses⁷⁸.

O fato de a mãe viver com o pai da criança possui associação significativa com o aleitamento materno nos primeiros meses. Assim, pais que mantêm um bom relacionamento com suas mulheres apresentam uma chance 3,2 maior de oferecer o suporte necessário à amamentação⁷⁹. Mães em união estável e com o apoio de outras pessoas, sobretudo do companheiro, amamentam por mais tempo. A união estável pode proporcionar maior segurança e tranquilidade aos pais com relação às mudanças ocorridas na vida conjugal após o período da gestação. Tal fato propicia maior segurança à mãe, favorecendo o aleitamento materno. Neste cenário, observa-se a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal e em atividades educativas, sendo necessário, portanto, que os profissionais da saúde valorizem e reforcem o seu apoio junto à mulher no aleitamento materno⁷⁸.

As ações paternas de apoio emocional compreendem: dar atenção à mãe, conversar com ela sobre a amamentação, ser carinhoso com a mulher e com o bebê, acalmá-la, ter paciência, consolar a mãe, emitir elogios, apoiar a sua decisão e, principalmente, persistir no apoio^{6,69,72,73}. Este tipo de suporte também envolve a autoestima materna, cabendo ao pai valorizá-la como mulher e nutriz bem como a encorajar por meio da manifestação de orgulho^{6,72}. Salienta-se, todavia, que o pai não deve pressioná-la para amamentar⁶.

O apoio instrumental do pai engloba a participação em consultas de pré-natal e em atividades educativas, preparação das mamas, reivindicação do seu direito de acompanhar o parto, não insistir para a mulher amamentar, nem sugerir ou oferecer outros tipos de alimento, proporcionar um ambiente favorável à amamentação, cuidar da nutriz, garantindo-lhe alimentos e líquidos de boa qualidade, oferecer ajuda à mulher nos momentos de dificuldade e no posicionamento dela e do bebê para amamentar^{6,72,73}. Envolve também a participação nos cuidados com o bebê, acompanhar a mãe na amamentação, ajudar nas tarefas familiares e domiciliares, tais como levar os outros filhos para a escola e limpar a casa, ajustar o horário de trabalho de modo a retornar mais cedo para casa para auxiliar a nutriz^{6,50,69,73}.

O apoio informativo pelo pai abrange informações sobre a resolução de problemas relacionados à amamentação, oferecendo ajuda e conselhos, além de incentivar e estimular a amamentação, bem como boa alimentação e ingestão hídrica pela mãe^{6,73}. O apoio presencial consiste em estar próximo à mulher, fazendo companhia à mesma durante as mamadas, contemplar o bebê durante a amamentação, alegrar-se em participar deste momento e exibir tal contentamento⁶.

O autoapoio paterno engloba manter boas expectativas com relação à amamentação, ser um bom pai, buscar informações, reconhecer o caráter passageiro da amamentação e que

ocorrerão outros momentos com o bebê onde haverá maior participação na alimentação do filho, estar disponível para apoiar a mãe, manter postura agregadora, com expressões de inclusão, compreender as necessidades de mãe e filho bem como as mudanças na relação conjugal decorrentes do nascimento de uma criança⁶.

A avó representa uma referência importante no apoio para a amamentação, já que é uma cuidadora significativa na esfera familiar. É uma figura feminina, que, por já ter sido mãe, é valorizada por outra mulher, porque já vivenciou as dificuldades e medos relacionados à maternidade e ao aleitamento materno⁸⁰. Com frequência, cuida dos membros da família, sobretudo de suas filhas e noras no período pós-parto. Transmite seus conhecimentos, sendo respeitada pelas suas experiências, em especial no cuidado com o recém-nascido^{50,81}. Desta maneira, a mulher toma a mãe ou a sogra como exemplo a ser seguido⁸⁰.

Alguns estudos demonstram que as avós podem exercer influência negativa sobre a amamentação, tanto no tipo quanto na duração do aleitamento materno^{2,66,82}. Tal fato é decorrente das suas vivências, permeadas por crenças, mitos e tabus, tendo mais impacto sobre a amamentação do que as informações dos profissionais da saúde². É imprescindível, pois, que o profissional da saúde estimule e valorize as experiências das avós que influenciam positivamente na amamentação. Elas podem servir para aconselhar e ajudar outras mulheres, proporcionando uma maior segurança e confiança⁶.

O apoio emocional da avó envolve a valorização e o incentivo à amamentação. O apoio instrumental corresponde ao acompanhamento do parto, estar junto à mãe no estabelecimento da amamentação, participar da visita do profissional da saúde ao domicílio, fornecer ajuda, auxiliar nos cuidados com o bebê, sobretudo no retorno da mulher ao trabalho⁶.

O apoio informativo da avó consiste em compartilhar seus conhecimentos com a filha ou nora, aconselhar e dividir experiências. O apoio presencial abrange acompanhar o parto, estar presente no período pós-parto e puerpério. O autoapoio da avó compreende estar aberta para conhecer mais sobre o aleitamento materno, podendo mudar suas atitudes, rever conceitos e práticas⁶.

Outros atores da rede social da nutriz podem aparecer nos momentos de dificuldade. Dentre estes estão as rezadeiras ou benzedadeiras, que são bastante populares e influentes nas comunidades nas quais estão inseridas. Por referirem possuir um dom divino para curar e proteger as pessoas por meio da reza, influenciam-nas e são consideradas referências na localidade^{83,84}. Elas podem exercer um apoio negativo sobre a amamentação, quando não confiam no leite materno como única fonte nutricional até o sexto mês de vida da criança.

Suas orientações são mais influentes do que aquelas realizadas pelos profissionais da saúde, porque estão mais próximas das mulheres e seus saberes foram adquiridos por meio dos antepassados⁸³.

O profissional da saúde também é um membro da rede social da nutriz importante na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno^{5,85}. É indispensável que este estabeleça um vínculo com a mulher e sua família como meio de conhecer o seu contexto sociocultural e suas vivências. Assim, o profissional pode compartilhar o seu conhecimento de modo a fortalecer a rede social no sentido de apoiar a nutriz na superação das dificuldades e, desta maneira, possibilitar o êxito do aleitamento materno^{5,86}.

Do ponto de vista emocional, o profissional pode apoiar a mulher ao realizar o seu acolhimento em conjunto com o bebê, estar junto durante as primeiras mamadas, emitir comentários favoráveis, demonstrar respeito, parabenizá-la pelos resultados positivos alcançados, reforçar que as dificuldades são inerentes a este processo, não culpá-la ou ter atitudes de julgamento, valorizar o seu empenho em amamentar, estimular o seu cuidado e descanso e oferecer privacidade^{6,87}.

O apoio instrumental do profissional da saúde compreende a assistência prática à nutriz, como nos métodos para manter o bebê calmo, no seu posicionamento durante as mamadas e na retirada do leite^{6,86,87}. O apoio informativo envolve esclarecimentos sobre a fisiologia da lactação e seus benefícios, cuidado com as mamas e informações sobre como manejar a dor nos mamilos, fissuras e ingurgitamento^{2,5,6}.

Quanto ao apoio presencial, os profissionais da saúde podem oferecer este suporte à mulher nas visitas domiciliares, consultas de pré-natal e puericultura⁸⁸. Com atitudes favoráveis e demonstrações de carinho, devem manter-se juntos à mulher, dispondo de tempo para ouvi-la. O autoapoio do profissional consiste em manter expectativas positivas com relação ao aleitamento materno⁶.

Para apoiar a mulher para a amamentação, é preciso que o profissional da saúde, incluindo o enfermeiro, não considere esta prática apenas como um ato biológico, mas a compreenda também como um fenômeno construído por meio das experiências vivenciadas pela própria mulher e captadas de seu meio. Deste modo, ampliará a sua percepção sobre o aleitamento materno e seus determinantes, possibilitando traçar estratégias para a sua promoção por meio da educação em saúde⁵.

3.4 A educação em saúde na promoção do aleitamento materno

A educação em saúde consiste em uma ferramenta para promover a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade por intermédio da junção dos conhecimentos científico e popular, de instrumentos institucionais e comunitários, transpondo o modelo biomédico de assistência à saúde, ao contemplar os diversos fatores determinantes do processo saúde-doença-cuidado^{89,90}.

Nos dias atuais, a educação em saúde vem se destacando no sentido de desenvolver a criticidade dos indivíduos, incentivando também a luta pelos seus direitos à saúde e à qualidade de vida. Assim, observa-se que a ela ultrapassou os limites dos aspectos biológicos, incorporando também outros fatores como os políticos, ambientais e culturais⁹⁰.

No âmbito da promoção do aleitamento materno, o enfermeiro é um profissional de destaque, visto ser o principal ator no cenário do cuidado e da educação em saúde. Esta está inserida no exercício da Enfermagem a fim de instaurar uma relação baseada no diálogo e na reflexão entre o indivíduo e o profissional. Deste modo, procura contemplar o sujeito de maneira holística, valorizando-o enquanto transformador de sua própria situação de saúde-doença⁹⁰.

A educação em saúde também é um instrumento para o cuidado de Enfermagem durante o aleitamento materno. O enfermeiro é habilitado e capacitado para cuidar da mulher e da sua família, contemplando atividades curativas, preventivas e educativas relativas à amamentação. A inserção da educação em saúde no cenário do aleitamento materno é essencial na busca do compartilhamento de saberes e práticas, possibilitando uma assistência integral e horizontalizada⁹¹.

As abordagens educativas relacionadas à amamentação não devem valorizar apenas os benefícios bioquímicos e fisiológicos do leite materno para a saúde infantil, mas incorporar o significado da maternidade no cotidiano da mulher. As estratégias devem abordar a nutriz como sujeito de direito e dona de seu corpo⁹².

Os profissionais da saúde, com frequência, realizam orientações bancárias, as quais não estimulam a construção de uma consciência crítica por meio de uma educação dialógica, problematizadora e participante. Estão voltadas apenas para os aspectos biológicos e técnicos, tendo como base a saúde infantil. Suprimem outras vantagens bem como dificuldades que podem ocorrer durante a amamentação^{92,93}. Tal fato pode incentivar as mulheres a buscarem informações por meio de pessoas que não as instruem adequadamente, o que pode colaborar para o desmame precoce³³. Destarte, o modelo verticalizado e impositivo, ainda presente nas

rotinas assistenciais, não se revela efetivo, sendo incapaz de corresponder às reais necessidades da mulher^{16,93,94}.

No âmbito da promoção do aleitamento materno, fortalecer as relações humanas é indispensável, pois o apoio à mulher neste processo não engloba apenas os aspectos técnicos⁹⁵. Requer um conjunto de habilidades e atitudes empáticas por parte do profissional, o qual é composto pela escuta ativa (ouvir primeiro, observar, apreciar o conhecimento da mulher e da sua família); linguagem corporal (contato visual sem barreiras, respeito, paciência, aconselhamento em local privativo); atenção e empatia (considerar os desejos e sentimentos e responder a perguntas sem criticar)^{87,96}.

As relações estabelecidas entre o profissional da saúde, a nutriz e a sua família devem ser baseadas na cumplicidade, a fim de estabelecer uma ligação de segurança e apoio. Devem estar pautadas nas vivências da mulher e de seus familiares, sendo necessário que o profissional escute suas dúvidas, desejos e angústias^{4,97}. Pode, então, auxiliá-la na tomada de decisão do que é melhor para ela, ajudando-a fortalecer sua autoconfiança e, não, impondo conhecimentos e práticas⁹⁷.

Para promover o aleitamento materno, é importante que a construção do conhecimento entre o profissional da saúde, a nutriz e sua família esteja fundamentada no carinho, respeito, acolhimento e cuidado^{87,95}. Para tanto, o profissional deve possuir características como compaixão, humildade e amorosidade, assumindo a limitação do seu conhecimento e estando aberto a aprender por meio da sua interação com a mulher⁹⁸. O processo educativo deve ser agregador, e não excludente, fazendo que educador e educando aprendam um com o outro, por meio da reflexão e do diálogo. O educador, neste sentido, deve respeitar os saberes do aprendiz e compartilhar com o mesmo suas vivências⁹⁹. O intercâmbio de experiências favorece a construção do saber e, por consequência, o estabelecimento de maneiras de cuidar⁹⁵.

Os sentimentos da mãe e da família e o modo como esses indivíduos reconhecem a amamentação devem ser respeitados para que o profissional possa apoiá-los ao valorizar suas concepções e valores, traçando estratégias personalizadas que propiciem o aleitamento materno. Como consequência, pode ser reduzida a vulnerabilidade gerada pelo serviço de saúde, ao serem empregadas as mesmas ações para todas as nutrizes, sem que haja uma prévia análise das suas características⁹⁷.

Muitas mães podem ter dificuldade em expor suas dúvidas, medos e problemas relacionados à amamentação. É necessário dedicar tempo para dialogar, sem julgamentos, estimulando a sua fala e verbalização de sentimentos sobre esta vivência¹⁰⁰. Cabe ao

profissional da saúde atentar para as fragilidades que o aleitamento tem gerado e traçar, em conjunto com a mulher e sua família, meios para solucionar ou minimizar tais dificuldades para dar continuidade ao amamentar⁹⁷.

O relacionamento do profissional da saúde com o ambiente no qual a nutriz está inserida é fundamental para conciliar a sua assistência com o apoio da rede social. Conhecer esta rede permite ao profissional identificar as pessoas que possuem maior influência sobre a mulher e como atuam na área da amamentação. Assim, pode-se ter subsídios para o planejamento de estratégias que envolvam tais indivíduos na promoção do aleitamento materno. Desta maneira, é minimizado o caráter burocrático e automático das ações em saúde, ao considerar a família um fator relevante e englobá-la nessas intervenções¹⁰¹⁻¹⁰³.

A inclusão de membros da rede social da mãe, tais como o pai e a avó, nas atividades de promoção do aleitamento materno está intensamente relacionada à sua manutenção. Os profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro, devem estar capacitados para sensibilizar, no pré-natal, puerpério e puericultura, os pais e as avós para o aleitamento materno¹⁰⁴. Este envolvimento possibilita que essas pessoas adquiram maior conhecimento e segurança para atender as necessidades da nutriz⁷.

A atuação do profissional de enfermagem é relevante para a promoção do aleitamento materno, visto que o enfermeiro é o profissional que possui uma relação mais próxima com a mulher no período gravídico-puerperal e apresenta papel fundamental nas ações de educação em saúde. Ele deve prepará-la para o aleitamento desde o pré-natal, a fim de que após o parto haja a adaptação da mãe à amamentação, minimizando dúvidas, dificuldades e intercorrências^{105,106}.

A atuação do enfermeiro no aleitamento materno está pautada nas seguintes etapas: anamnese e exame físico, que consiste na coleta de dados da mãe e da família; diagnóstico de enfermagem, o qual é determinado por meio da análise das informações colhidas, levando o enfermeiro a traçar um plano de cuidados com a prescrição de intervenções para atingir os resultados esperados; implementação; e avaliação do progresso da mulher^{105,106}.

Na educação em saúde, o emprego de metodologias ativas, integrais e humanizadas pode contribuir para o aumento das taxas de aleitamento materno². Tais metodologias fazem uso da problematização para motivar o educando com o objetivo de que ele analise e reflita, atribuindo significado aos seus achados. Este método pode levar o aprendiz, portanto, ao contato com informações e à produção do conhecimento, transpondo obstáculos e promovendo o seu desenvolvimento⁹⁸.

A literatura científica aborda diversas estratégias utilizadas com fins à promover o

aleitamento materno. Dentre elas, estão o aconselhamento individual, visita domiciliar, vídeo, telefonema, folheto, filmagem, software, grupos de apoio, sessão educativa, uso de boneco, manuais, aulas, slides, figuras e livros^{104,107,108}. Ressalta-se que o emprego dessas ferramentas devem estar associados a atuação de um profissional da saúde para facilitar a discussão sobre a temática. Deste modo, evita-se a simples transferência de conhecimento, corroborando para a sua construção coletiva¹⁰⁹.

Diante das várias intervenções educativas disponíveis para a promoção do aleitamento materno, é necessário que o profissional da saúde conheça, previamente, aquelas que são efetivas a fim de direcionar as suas ações. Destaca-se, dessa maneira, a importância da PBE.

3.5 A Prática Baseada em Evidências (PBE)

A PBE é definida como a utilização de evidências científicas atualizadas para tomada de decisão clínica¹¹⁰. É um movimento científico que emergiu da necessidade de aperfeiçoar a assistência e o ensino. Busca sintetizar a elevada quantidade de pesquisas, tendo como objetivo subsidiar ações de execução, de aprimoramento e de avaliação dos resultados obtidos¹¹¹. Teve origem na década de 1970, quando o epidemiologista Archibald Cochrane, visando a melhoria na aplicação dos recursos do sistema de saúde do Reino Unido, recomendou a tomada de decisões com base em pesquisas, sobretudo em ensaios clínicos, as quais conduzissem diretrizes para a prática clínica e redução de gastos¹¹².

Na década de 1980, instaurou-se, na Universidade de McMaster, no Canadá, a PBE, a qual esteve limitada ao âmbito da clínica médica, sendo, por esse motivo, nomeada Medicina Baseada em Evidências¹¹². Nos dias atuais, percebe-se a disseminação interdisciplinar da PBE, visto que foi incorporada à outras áreas do conhecimento, tais como Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Além disso, também vem sendo utilizada no desenvolvimento de políticas de saúde e na gestão de serviços nesta área¹¹¹.

A Enfermagem Baseada em Evidências promove o uso cuidadoso, explícito e criterioso de informações procedentes de pesquisas para o direcionamento do cuidado prestado ao indivíduo, considerando suas necessidades e opiniões¹¹³. A tomada de decisão clínica do enfermeiro deve ter como base investigações atualizadas; competência clínica, por meio da educação formal; conhecimento acumulado e experiências; crenças, atitudes e tradição do indivíduo; rotina, fatores relativos à pessoa e a família e aspectos organizacionais. É necessária a associação desses fatores para que a tomada de decisão alcance os resultados previstos¹¹⁴.

Além de consistir em uma responsabilidade enquanto profissão e ciência, o emprego da Enfermagem Baseada em Evidências aumenta a sua credibilidade frente às outras disciplinas da área da saúde, podendo, por meio da construção com base no conhecimento científico, sustentar mudanças nas políticas de saúde. Os cuidados de saúde baseados nas evidências científicas são oriundos de um processo contínuo que desencadeia questionamentos, inquietações e/ou interesses como consequência do reconhecimento das necessidades globais de cuidados de saúde. Estas são orientadas no sentido de ampliar o conhecimento e gerar evidências científicas de qualidade, que respondam a essas necessidades de forma adequada. Em seguida, realiza-se a avaliação, síntese e implementação dos cuidados, sendo, posteriormente, analisado o seu impacto nos sistemas de saúde e na prática clínica¹¹⁴.

Segundo metanálise que compreendeu 84 estudos desenvolvidos por enfermeiros, as pessoas que receberam cuidados de enfermagem baseados em investigação científica, em comparação com aquelas submetidas aos cuidados de rotina da instituição de saúde, apresentaram maiores benefícios com relação aos aspectos fisiológicos, psicossociais e comportamentais. Neste estudo, estimou-se em 28% a vantagem em resultados positivos secundários à conduta de enfermeiros cujas intervenções se baseavam nas evidências científicas, frente aos demais, respaldados apenas nas rotinas institucionais¹¹⁵.

Em outro estudo, os enfermeiros demonstraram interesse e convicção na Enfermagem Baseada em Evidências para conduzir os melhores cuidados, contribuindo também para o aperfeiçoamento profissional. Apesar disto, a literatura tem identificado barreiras à incorporação das evidências científicas ao exercício da Enfermagem. Assim, há necessidade de um melhor apoio para a implementação da PBE por parte dos profissionais de Enfermagem¹¹⁴.

Os órgãos governamentais devem proporcionar as condições necessárias para a promoção e aplicação da PBE. Cabe, primeiramente, o reconhecimento público da sua relevância por parte dos enfermeiros. A partir desta declaração, as instituições devem oferecer o estímulo necessário para os profissionais de Enfermagem. É imprescindível também o aperfeiçoamento da tomada de decisão pelos enfermeiros e que estes estejam conscientes da importância do seu conhecimento na área da saúde. A tomada de decisão pode e deve ser ensinada, tomando como base as melhores evidências científicas disponíveis. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e de uma política integrada para investigação clínica, a qual englobe os enfermeiros que atuam na prestação direta de cuidados¹¹⁴.

Devido a sua relevância, a PBE foi expandida para diversos países: Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, China, Bélgica, Espanha, Chile, Brasil, entre outros¹¹¹. É promovida por entidades internacionais, dentre elas a Colaboração Cochrane e o Instituto Joanna Briggs, os quais compreendem cerca de 15000 centros de colaboração em mais de 100 países^{116,117}.

A PBE consiste em um meio adequado, seguro e organizado de direcionamento das atividades profissionais, as quais, por se mostrarem mais efetivas em pesquisas anteriores, viabilizarão melhores resultados com otimização de recursos, englobando todos os sujeitos envolvidos nos processos de terapia e de tomada de decisão¹¹⁴. Apesar da vasta fonte de conhecimento, como consenso de especialistas, experiência clínica, legislações e padrões sociais, os resultados oriundos de pesquisas representam a principal ferramenta para o alcance de elevado nível de evidência científica¹¹².

A PBE possui três princípios fundamentais, sendo estes a pesquisa de alta qualidade, o conhecimento do profissional e a preferência da pessoa. A primeira refere-se às pesquisas desenvolvidas com indivíduos em ambientes clínicos e que apresentam resultados próximos da realidade, com menor viés possível. O conhecimento do profissional é oriundo da experiência clínica, onde os mesmos avaliam a sua prática e aprendem com experiências prévias. Já a preferência da pessoa engloba seus valores e suas vivências, os quais devem ser respeitados e considerados na tomada de decisão. A sua participação é importante como meio de se obter a melhor conduta¹¹⁸.

A PBE é um importante recurso na área da saúde, visto que sem ela o crescente número de publicações científicas tornaria inviável a aplicação de seus achados. Preconiza o emprego de um método sistematizado como meio de identificar, avaliar e sintetizar os resultados de estudos e, assim, contribuir na tomada de decisão, além de verificar a necessidade de desenvolver novos estudos primários¹¹². Neste contexto, destaca-se a Revisão Sistemática da Literatura, visto que constitui no meio mais adequado para embasar a PBE¹¹¹.

A Revisão Sistemática é um método rigoroso, o qual objetiva identificar pesquisas sobre a temática em estudo, utilizando métodos explícitos e sistematizados de busca; avaliar a qualidade metodológica dos estudos, bem como sua aplicabilidade; e sintetizar as evidências científicas, afim de facilitar a implementação da PBE. Cada uma dessas etapas deve ser planejada com base em protocolos, considerando critérios que as validem, como meio de minimizar o viés e, assim, garantir qualidade metodológica à Revisão Sistemática. Todos os procedimentos desenvolvidos devem ser registrados, para que o estudo possa ser conferido e reproduzido por outros pesquisadores, garantindo a sua consistência para subsidiar a PBE¹¹¹.

A Revisão Sistemática difere da revisão narrativa da literatura, porque responde a uma pergunta mais pontual. Além disso, para evitar vieses, exige-se, em cada etapa, o planejamento mais rigoroso na busca, seleção, avaliação e síntese das evidências científicas. O método de Revisão Sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados é considerado o de melhor qualidade para pesquisas clínicas, podendo inclusive ser empregada a metanálise, que garante o mais alto nível de evidência científica¹¹². Ela corresponde à utilização de métodos estatísticos para conjugar e sintetizar os resultados de várias pesquisas¹¹⁶.

No cenário do aleitamento materno, o elevado número de pesquisas que analisam intervenções educativas para promoção da amamentação torna relevante a realização de uma Revisão Sistemática, sobretudo com metanálise, como meio de sintetizar os resultados desses estudos e, assim, facilitar a sua implementação na prática clínica. Dessa maneira, pode-se auxiliar os profissionais da saúde no direcionamento de suas atividades e, assim, favorecer a PBE.

4 MÉTODO

4.1 Primeiro artigo: Contribuições dos estudos de revisão da literatura para a promoção do aleitamento materno

A revisão integrativa da literatura é um método específico de revisão, que busca sintetizar a literatura teórica e empírica a fim de possibilitar melhor compreensão de um fenômeno específico ou de um problema de saúde¹¹⁹. Deste modo, possui caráter amplo, pois abrange estudos com diferentes abordagens metodológicas, podendo estes ser de natureza qualitativa ou quantitativa¹²⁰. Este método possibilita a análise de pesquisas relevantes, que podem embasar a tomada de decisão do profissional, com benefícios para a prática clínica. Além disso, permite identificar lacunas na literatura científica, as quais necessitam ser contempladas por novos estudos¹²¹.

Para o desenvolvimento da revisão integrativa da literatura, foram cumpridas seis etapas consecutivas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa²⁹.

4.1.1 1ª etapa: Elaboração da pergunta norteadora

A questão que norteou o estudo foi: quais os tipos de apoio à nutriz identificados nos estudos de revisão da literatura para a promoção do aleitamento materno?

4.1.2 2ª Etapa: Busca na literatura

Para responder a pergunta norteadora, procedeu-se a busca de pesquisas nas seguintes bases de dados:

- Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS)
- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)
- Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)
- Public/Publish Medline (PubMed)
- Base de Dados de Enfermagem (BDENF)
- Web of Science (WOS)
- Scopus
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Joanna Briggs Institute (JBI)

- Bandolier
- Clinical Evidence (CE)

Além das bases de dados, a busca foi realizada nas bibliotecas eletrônicas da Colaboração Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para identificar as pesquisas nas bases de dados e nas bibliotecas eletrônicas foram utilizados os descritores “Aleitamento Materno”, “Promoção da Saúde” e “Revisão”, identificados dentre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), bem como suas respectivas traduções padronizadas pelo Medical Subject Heading (MESH): “Breast Feeding”, “Health Promotion” e “Review”. O descritor Aleitamento Materno foi empregado isoladamente, aos pares com os demais e/ou ainda os três descritores foram cruzados simultaneamente.

Nesta etapa, foram delimitados os seguintes critérios de inclusão:

- Revisões sistemáticas ou integrativas
- Estudos disponíveis na íntegra
- Pesquisas que abordassem a temática do estudo
- Publicações em português, inglês e espanhol

Os critérios de exclusão foram:

- Capítulos de livros
- Monografias
- Teses
- Dissertações
- Editoriais

A busca foi realizada no mês de setembro de 2013, sem delimitação do período de publicação dos estudos. Foram identificadas 1022 publicações nas bases de dados e bibliotecas eletrônicas selecionadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Publicações identificadas através das estratégias de busca, segundo bases de dados. Recife-PE, 2013.

Bases de dados	Estratégias de busca				Total
	Aleitamento Materno	Aleitamento Materno <i>and</i> Promoção da Saúde	Aleitamento Materno <i>and</i> Revisão	Aleitamento Materno <i>and</i> Promoção da Saúde <i>and</i> Revisão	
Scopus	-	-	-	351	351
MEDLINE	-	-	28	221	249
LILACS	-	-	85	14	99
SciELO	-	-	75	-	75
Cochrane	25	45	-	-	70
PubMed	-	-	9	58	67
CINAHL	-	-	-	47	47
BDENF	-	-	34	2	36
DARE	-	13	-	-	13
CE	10	-	-	-	10
JBIC	5	-	-	-	5
WOS	0	-	-	-	0
Bandolier	-	0	0	-	0
Total	40	58	231	693	1022

Fonte: dados da pesquisa.

Os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez na base com maior número de publicações identificadas na busca. Assim, respeitou-se a seguinte ordem hierárquica: Scopus, MEDLINE, LILACS, SciELO, Cochrane, PubMed, CINAHL, BDENF, DARE, CE, JBI, WOS e Bandolier.

Para a seleção dos estudos que iriam compor a revisão integrativa, dentre as 1022 publicações identificadas, foram percorridas as seguintes etapas:

- 1) Leitura dos títulos de todos os estudos. Foram selecionados 704 pesquisas, as quais possuíam algum termo relacionado à temática do estudo;
- 2) Leitura dos resumos. Considerando os 704 resumos lidos, apenas 110 estudos estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa;
- 3) Leitura na íntegra. Nesta etapa, dos 110 estudos lidos na íntegra, 87 foram excluídos devido ao tipo de estudo, repetição ou por não responderem à questão de pesquisa.
- 4) Avaliação do rigor metodológico. Das 23 publicações analisadas, 8 foram excluídas devido ao baixo rigor metodológico. Assim, 15 pesquisas constituíram o corpus final da revisão.

Na Figura 1, o fluxograma demonstra as etapas executadas para a seleção dos estudos.

4.1.3 3ª Etapa: Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, foi utilizado um instrumento adaptado do modelo proposto e validado por Pompeo et al.¹²⁰ (APÊNDICE A), visando obter o máximo de informações das publicações selecionadas. Este instrumento contém os seguintes dados:

- Identificação da publicação: título do artigo, título do periódico, base de dados, autor(es), país de origem do(s) autor(es), idioma, ano de publicação, instituição sede do estudo e tipo de revista científica;
- Objetivo do estudo;
- Características metodológicas: pergunta de pesquisa, tipo de publicação, seleção dos estudos, instrumento de avaliação dos estudos, tipos de estudo incluídos e instrumento de extração dos dados;
- Resultados;
- Conclusões.

4.1.4 4ª Etapa: Análise crítica dos estudos incluídos

O rigor metodológico dos estudos selecionados foi avaliado por meio de dois instrumentos adaptados do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)¹²², sendo um para revisões integrativas (APÊNDICE B) e outro, para revisões sistemáticas (APÊNDICE C).

O instrumento de avaliação das revisões integrativas possui dez itens, analisando as publicações quanto à pergunta norteadora, busca na literatura, delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, busca e seleção dos estudos, coleta de dados, avaliação dos estudos, apresentação e interpretação dos resultados, descrição das etapas percorridas e benefícios.

O instrumento das revisões sistemáticas também apresenta dez itens, os quais avaliam os estudos com relação à pergunta de pesquisa, tipos de estudos buscados, relevância das pesquisas incluídas, avaliação dos estudos, combinação dos resultados, adequação dos resultados, expressão da precisão dos resultados, extensão dos resultados para outras populações, consideração dos desfechos relevantes e benefícios do estudo.

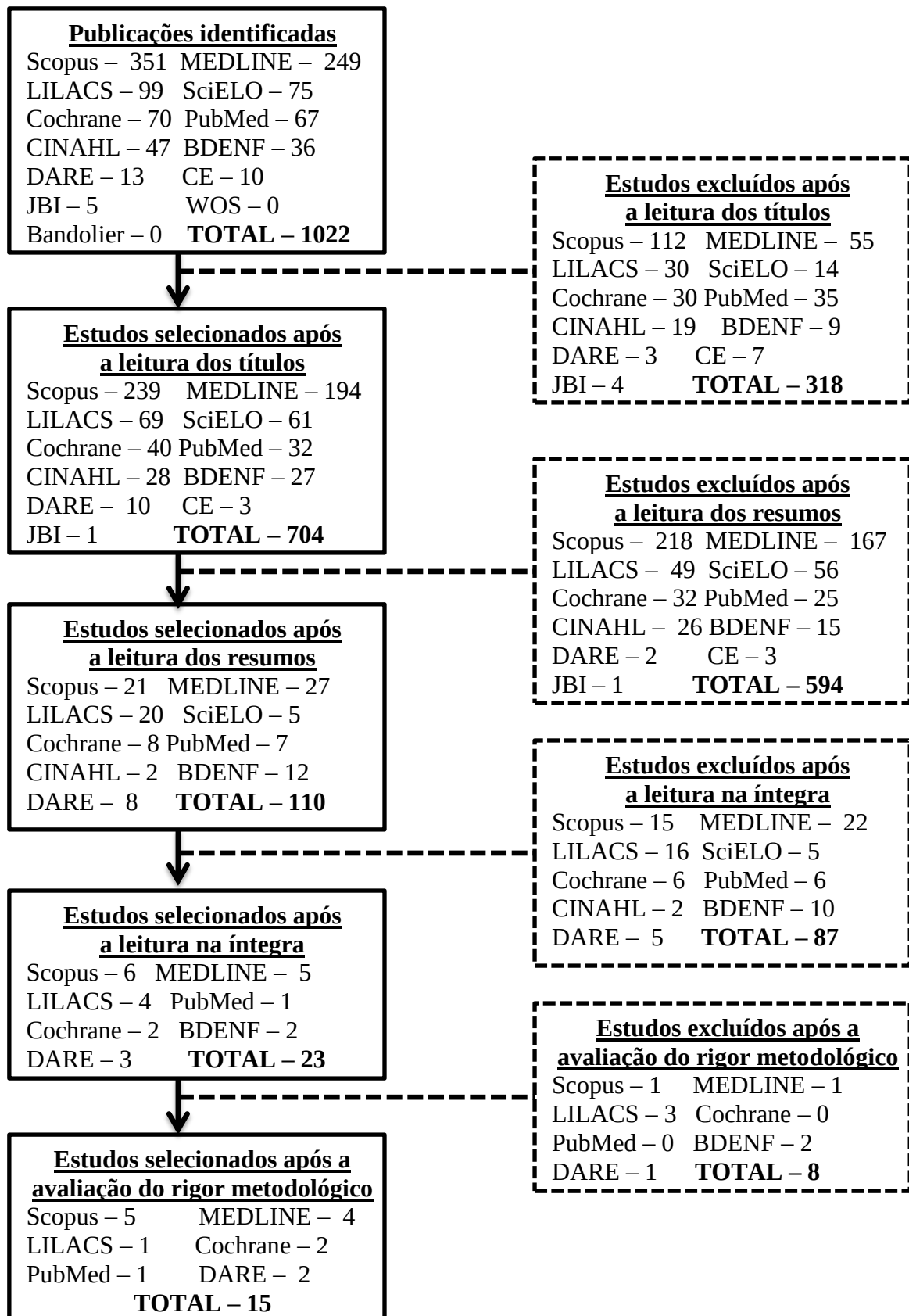
Para serem incluídas na revisão integrativa, as pesquisas deveriam atender à, no mínimo, cinco itens do instrumento de avaliação. Dentre estes deveriam constar os dois primeiros itens, os quais envolveram a clareza da pergunta norteadora e a adequação da busca na literatura. Os estudos foram ainda agrupados em duas categorias, A e B. Aqueles que satisfizeram, no mínimo, nove dos dez itens, foram classificados como de elevada qualidade

metodológica e viés reduzido, sendo incorporados à categoria A. Na categoria B, foram reunidas as pesquisas de qualidade metodológica satisfatória, porém com potencial de viés aumentado, uma vez que preencheram de cinco a oito itens. Ao final da avaliação, foram obtidos quinze estudos, os quais constituíram a amostra final da revisão.

As pesquisas incluídas na revisão foram analisadas quanto ao nível de evidência científica proposto pela Prática Baseada em Evidências¹⁰⁸.

- Nível 1 – Evidências de metanálise ou revisões sistemáticas com elevado rigor metodológico;
- Nível 2 – Evidências de revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados ou estudos quase-experimentais que demonstrem a coerência global dos resultados;
- Nível 3 – Evidências de estudos quase-experimentais ou descritivos ou correlatos quantitativos que demonstram a coerência global de resultados ou estudos qualitativos bem conduzidos demonstrando coerência global dos resultados;
- Nível 4 – Evidências de outros estudos bem conduzidos, estudos de caso, relatórios de consenso e opiniões de especialistas.

Figura 1 – Descrição das etapas desenvolvidas para a seleção dos estudos da revisão integrativa. Recife-PE, 2013.



4.1.5 5ª Etapa: Discussão dos resultados

Os estudos de revisão sistemática e integrativa selecionados foram analisados quanto aos apoios emocional, instrumental, informativo, presencial e autoapoio à mulher no contexto da amamentação. Verificou-se também se corroboravam entre si, confrontá-los com outras pesquisas sobre a temática.

4.1.6 6ª Etapa: Apresentação da revisão integrativa

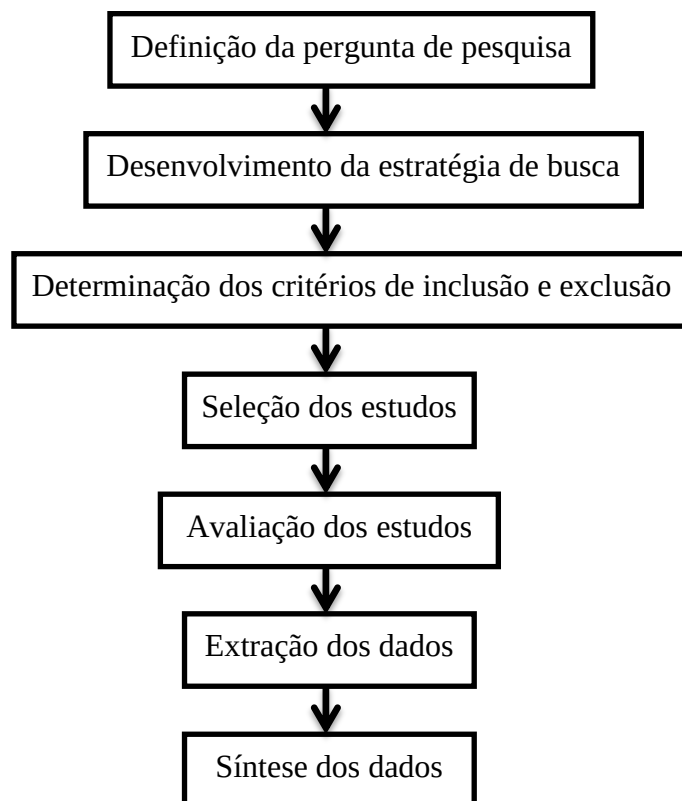
A revisão integrativa foi apresentada sob o formato de artigo científico, o qual se encontra em análise por revista Qualis B1 para a área de Enfermagem.

4.2 Segundo artigo: Efetividade das intervenções educativas para promoção da amamentação à mulher e sua rede social: revisão sistemática

4.2.1 Tipo de estudo

A pesquisa consiste em uma revisão sistemática da produção científica de abordagem quantitativa sobre intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social para promoção do aleitamento materno, embasada nas diretrizes do Joanna Briggs Institute¹¹⁶. Estas estabelecem as seguintes etapas para o seu desenvolvimento: definição da pergunta de pesquisa, desenvolvimento da estratégia de busca, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, avaliação dos estudos, extração dos dados e síntese dos dados (Figura 1).

Figura 2 – Descrição das etapas de desenvolvimento da revisão sistemática.



4.2.2 Etapas do processo de Revisão Sistemática

4.2.2.1 Definição da pergunta de pesquisa

Para a elaboração da pergunta de pesquisa foi selecionada a estratégia mnemônica PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), a qual é a mais comumente utilizada nas revisões quantitativas. Nessa estratégia, o “P” refere-se à população do estudo, “I”, à intervenção a ser investigada, “C”, ao elemento de comparação e “O”, aos desfechos de interesse da revisão. O elemento de comparação é o único componente que pode não estar presente na pergunta de pesquisa ou ainda possuir caráter generalizador¹¹⁶. Assim, a pergunta que norteou o desenvolvimento desta pesquisa foi: quais intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social são mais efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança? Neste estudo, a efetividade compreendida como a capacidade de uma ação atingir o seu objetivo em condições não controladas.

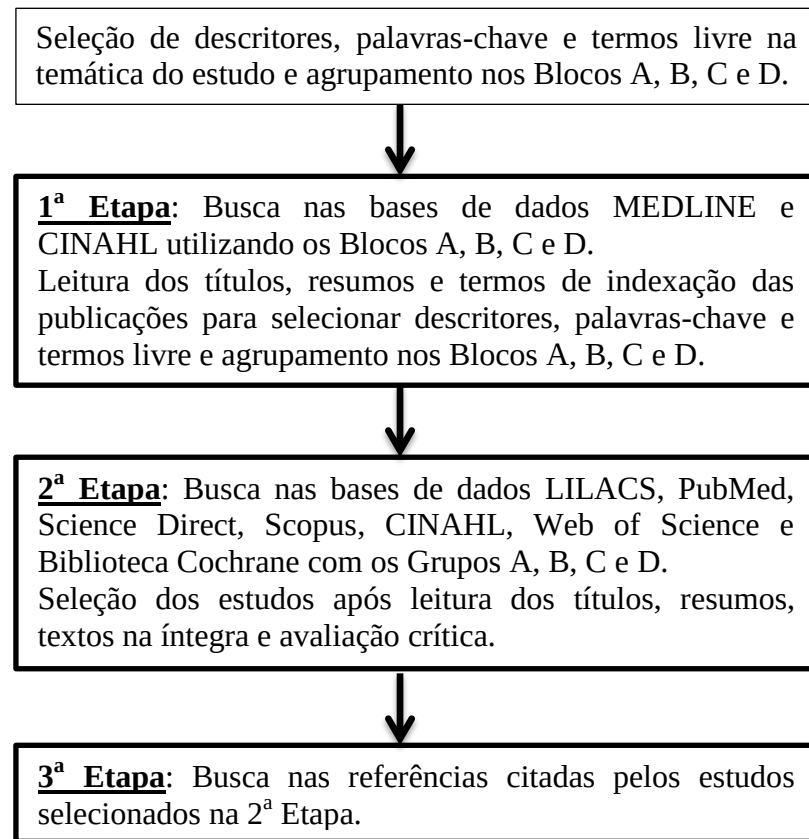
Antes do desenvolvimento da estratégia de busca, para evitar a duplicidade de estudos, verificou-se a existência de protocolos de revisões sistemáticas ou revisões publicadas as quais objetivassem responder à pergunta do estudo¹¹⁶. Para tanto, foram acessadas as seguintes bases de dados secundárias: Cochrane, Joanna Briggs Institute (JBI), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Bandolier e Clinical Evidence. Assim, não foram identificados, protocolos ou revisões sistemáticas com ou sem metanálise os quais respondessem à pergunta formulada para esta revisão.

4.2.2.2 Estratégia de busca

A definição da estratégia de busca teve como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados em periódicos científicos. A abrangência da busca é um componente essencial à credibilidade de uma revisão sistemática¹¹⁶. Assim, a pesquisa não englobou apenas bases de dados, pois poderia ser insuficiente na identificação de todos os estudos de interesse¹²³. Procedeu-se também a busca na literatura cinzenta, a qual corresponde aos trabalhos não publicados comercialmente, tais como teses e dissertações. Em vez de competir com as publicações, a literatura cinzenta pode complementar os achados, bem como reduzir o viés de publicação¹¹⁶. Dessa maneira, a análise apenas dos resultados dos estudos publicados poderia não apresentar a real efetividade das intervenções¹²³.

Nesta revisão, foi utilizada uma estratégia de busca em três etapas (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma das etapas da estratégia de busca da revisão sistemática. Recife-PE, 2014.



Na primeira etapa, conforme indicam as diretrizes do Joanna Briggs Institute, foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando descritores, palavras-chave e termos livres¹¹⁶ reunidos, por analogia, nos blocos A, B, C e D e conectados entre si por meio do operador booleano OR. O Bloco A compreendeu Aleitamento Materno, Amamentação, Leite Humano, Lactação e Lactente. O Bloco B abrangeu Promoção da Saúde e Educação em Saúde. O Bloco C correspondeu a Estudos de Intervenção. No Bloco D, foram inseridos Apoio Social, Rede de Apoio, Rede Social, Aconselhamento, Família, Pai, Marido, Companheiro, Avô e Avó. Foram empregados os correlatos desses termos nos idiomas inglês e espanhol.

No idioma espanhol, o Bloco A englobou Lactancia Materna, Leche Humana, Lactancia e Lactante. O Bloco B contemplou Promoción de la Salud e Educación en Salud. O Bloco C compreendeu Estudios de Intervención. No Bloco D, foram incluídos Apoyo Social, Red Social, Red de Apoyo, Consejo, Familia, Padre, Marido, Compañero, Abuelo e Abuela.

Em inglês, o Bloco A correspondeu a Breast Feeding, Human Milk, Lactation e Infant. No Bloco B, foram inseridos Health Promotion e Health Education. O Bloco C englobou Intervention Studies. No Bloco D, estiveram contidos Social Support, Social Networking, Support Network, Counseling, Family, Fathers, Husband, Partner, Grandfather e Grandmother.

Conforme demonstrado na Tabela 2, concomitantemente, esses blocos foram agrupados dois a dois por meio do operador booleano AND no formulário avançado das bases de dados MEDLINE e CINAHL. Nesta, ainda foram realizados cruzamentos com os quatro grupos, o que foi inviável na MEDLINE, visto que esta base apresenta apenas três espaços para busca. Assim, na MEDLINE os blocos foram cruzados três a três.

Tabela 2 – Publicações encontradas através das estratégias de busca, segundo bases de dados. Recife-PE, 2014. *(continua)*

Estratégias de busca					Bases de dados		Total
					MEDLINE	CINAHL	
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco B (Promoção da Saúde OR Educação em Saúde)			354	239	593
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco C (Estudos de Intervenção)			40	9	49
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco D (Apoio Social OR Rede de Apoio OR Rede Social OR Aconselhamento OR Família OR Pai OR Marido OR Companheiro OR Avô OR Avó)			83	558	641
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco B (Promoção da Saúde OR Educação em Saúde)	AND	Bloco C (Estudos de Intervenção)	216	-	216

Tabela 2 – Publicações encontradas através das estratégias de busca, segundo bases de dados. Recife-PE, 2014. (conclusão)

Estratégias de busca						Bases de dados		Total	
						MEDLINE	CINAHL		
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco C (Estudos de Intervenção)	AND	Bloco D (Apoio Social OR Rede de Apoio OR Rede Social OR Aconselhamento OR Família OR Pai OR Marido OR Companheiro OR Avô OR Avó)		123	-	123	
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco B (Promoção da Saúde OR Educação em Saúde)	AND	Bloco C (Estudos de Intervenção)	AND	Bloco D (Apoio Social OR Rede de Apoio OR Rede Social OR Aconselhamento OR Família OR Pai OR Marido OR Companheiro OR Avô OR Avó)	-	4	4
Bloco A (Aleitamento Materno OR Amamentação OR Leite Humano OR Lactação OR Lactente)	AND	Bloco B (Promoção da Saúde OR Educação em Saúde)	OR	Bloco C (Estudos de Intervenção)	AND	Bloco D (Apoio Social OR Rede de Apoio OR Rede Social OR Aconselhamento OR Família OR Pai OR Marido OR Companheiro OR Avô OR Avó)	-	239	239
Total						816	1049	1865	

Fonte: dados da pesquisa.

As 1.865 pesquisas identificadas foram analisadas segundo às palavras-chave do texto contido no título e resumo e termos de indexação usados para descrevê-las. Nesta etapa, foram selecionadas as seguintes palavras-chave e descritores em português: Aleitamento Materno, Apoio Social, Cuidado do Lactente, Cuidado Pós-natal, Educação de Pacientes como assunto, Educação em Saúde, Educação Pré-natal, Estudos de Intervenção, Gravidez, Lactente, Mães, Pai, Promoção da Saúde, Recém-nascido, Relações entre Gerações, Relações Familiares e Saúde da Família.

Em espanhol, foram escolhidos os termos Apoyo Social, Atención Posnatal, Atención Prenatal, Educación en Salud, Estudios de Intervención, Educación Prenatal, Familia, Lactancia Materna, Lactante, Leche Humana, Madres, Padres, Período de Postparto, Promoción de la Salud, Recién Nacido, Relaciones Familiares.

Na língua inglesa, foram selecionados: Attitude to Breast Feeding, Breast Feeding, Breast Feeding Counseling, Breast Feeding Education, Breast Feeding Evaluation, Breast Feeding Network, Breast Feeding Promotion, Counseling Education, Counseling Methods, Counseling in Pregnancy, Family, Family Attitudes, Family Centered Care, Fathers Education, Friends, Grandparents, Grandmother, Helping Behavior, Health Behavior, Health Education, Health Education Methods, Health Promotion, Health Promotion in Infancy and Childhood, Human Milk, Infant, Infant Feeding, Infant Nutrition, Interpersonal Relations, Intervention Studies, Lactation, Maternal Child Care, Maternal-Child Health Education, Mothers, Mothers Education, Newborn, Parenting, Parents Education, Peer Counseling, Peer Counselors, Peer Group, Peer Support, Psychosocial Support, Randomized Controlled Trials as Topic, Siblings, Social Support, Support.

Quando o mesmo termo não foi identificado nos três idiomas, foi realizada a sua tradução para a(s) língua(s) em que esteve ausente. Desta maneira, foi possível uniformizar a busca, empregando os mesmos termos em português, inglês e espanhol. Os termos foram, então, reunidos em quatro grupos (A, B, C e D), com base no sentido dos mesmos.

Em português, o Grupo A compreendeu Aleitamento Materno, Alimentação Infantil, Lactação, Lactente, Leite Humano, Nutrição do Lactente e Recém-nascido. No Grupo B, contemplou Atitude frente ao Aleitamento Materno, Avaliação do Aleitamento Materno, Cuidado Centrado na Família, Cuidado do Lactente, Cuidado Pós-natal, Cuidado Pré-natal, Educação de Mães, Educação de Pacientes como Assunto, Educação de Pais, Educação em Aleitamento Materno, Educação em Saúde, Educação em Saúde Materno-Infantil, Educação Pré-natal, Métodos de Educação em Saúde, Período Pós-parto, Promoção da Saúde, Promoção da Saúde na Infância, Promoção do Aleitamento Materno e Saúde Materno-

Infantil. No Grupo C, foram inseridos Ensaio Clínico e Estudos de Intervenção. No Grupo D, estiveram contidos: Aconselhamento em Aleitamento Materno, Aconselhamento na Gravidez, Amigos, Apoio, Apoio dos Pares, Apoio Psicossocial, Apoio Social, Atitudes da Família, Avó, Avós, Comportamento de Ajuda, Família, Grupo Associado, Irmãos, Mães, Métodos de Aconselhamento, Pais, Relações entre Gerações, Relações Familiares e Relações Interpessoais.

Na língua espanhola, o Grupo A abrangeu Lactancia Materna, Alimentación Infantil, Lactancia, Lactante, Leche Humana, Nutrición del Lactante e Recién Nacido. No Grupo B, foram incluídos Actitud frente a la Lactancia Materna, Evaluación de Lactancia Materna, Atención Centrada en la Familia, Cuidado del Lactante, Atención Posnatal, Atención Prenatal, Educación de Madres, Educación del Paciente como Asunto, Educación de Padres, Educación en Lactancia Materna, Educación en Salud, Educación en Salud Materno-Infantil, Educación Prenatal, Métodos de Educación para la Salud, Período de Postparto, Promoción de la Salud, Promoción de la Salud en la Infancia, Promoción de Lactancia Materna, Salud Materno-Infantil. O Grupo C correspondeu a Ensayo Clínico e Estudios de Intervención. O Grupo D englobou Consejería en Lactancia Materna, Consejería en el Embarazo, Amigos, Apoyo, Apoyo de los Compañeros, Apoyo Psicossocial, Apoyo Social, Actitudes de la Familia, Abuela, Abuelos, Conducta de Ayuda, Familia, Grupo Paritario, Hermanos, Madres, Métodos de Consejería, Padres, Relaciones entre Generaciones, Relaciones Familiares e Relaciones Interpersonales.

Em inglês, o Grupo A compreendeu Breast Feeding, Infant Feeding, Lactation, Infant, Human Milk, Infant Nutrition e Newborn. No Grupo B, foram incluídos: Attitude to Breast Feeding, Breast Feeding Evaluation, Family Centered Care, Infant Care, Postnatal care, Prenatal Care, Mothers Education, Patient Education as Topic, Parents Education, Breast Feeding Education, Health Education, Maternal-Child Health Education, Prenatal Education, Health Education Methods, Postpartum Period, Health Promotion, Health Promotion in Infancy and Childhood, Breast Feeding Promotion e Maternal Child Care. No Grupo C, foram inseridos Randomized Controlled Trials as Topic e Intervention Studies. O Grupo D abrangeu Breast Feeding Counseling, Counseling in Pregnancy, Friends, Support, Peer Support, Psychosocial Support, Social Support, Family Attitudes, Grandmother, Grandparents, Helping Behavior, Family, Peer Group, Siblings, Mothers, Counseling Methods, Fathers, Relations between Generations, Family Relations e Interpersonal Relations

A segunda etapa da busca foi realizada por meio de todas as palavras-chave e os termos de indexação selecionados¹¹⁶, reunidos nos Grupos A, B, C e D. Foi executada nas

bases de dados: LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e a biblioteca eletrônica da Colaboração Cochrane (Tabela 3).

Tabela 3 – Publicações encontradas através das estratégias de busca, segundo as bases de dados LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e Cochrane. Recife-PE, 2014.

Estratégias de busca (grupos)	Bases de dados							Total
	LILACS	PubMed	Science Direct	Scopus	CINAHL	Web of Science	Cochrane	
Grupo A AND Grupo B	486	-	890	112	-	-	-	1488
Grupo A AND Grupo C	296	-	94	460	-	-	-	850
Grupo A AND Grupo D	987	-	38	99	-	-	-	1124
Grupo A AND Grupo B AND Grupo C	-	278	-	-	48	-	68	394
Grupo A AND Grupo C AND Grupo D	-	283	-	-	63	-	52	398
Grupo A AND Grupo B AND Grupo D	-	674	-	-	536	-	336	1546
Grupo A AND Grupo B AND Grupo C AND Grupo D	-	-	-	-	-	460	-	460
Total	1769	1235	1022	671	647	460	456	6260

Fonte: dados da pesquisa.

Na terceira etapa da busca, as referências citadas por todos os estudos incluídos na etapa anterior foram analisadas para investigação adicional¹¹⁶. A busca por pesquisas não publicadas em periódicos, demonstrada na Tabela 4, foi realizada por meio da literatura cinzenta¹¹⁶. Esta compreendeu estudos encontrados em busca aberta no Google acadêmico e nas bases de dados de teses e dissertações descritas a seguir, as quais foram selecionadas de modo a contemplar estudos oriundos dos cinco continentes. Para tanto, foram utilizados os descritores Aleitamento Materno, Breast Feeding, Ensaio Clínico e Estudos de Intervenção.

- **Banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES):** que dispõe das teses e dissertações defendidas em Programas de Pós-Graduação do Brasil, por meio do endereço eletrônico <http://bancodeteses.capes.gov.br>
- **Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD):** integra os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas instituições de ensino e pesquisa brasileiras, e também estimula o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico. Em parceria com as instituições brasileiras de ensino e pesquisa, possibilita que a comunidade científica publique suas teses e dissertações produzidas no país e no exterior, dando maior visibilidade à produção científica nacional. Pode ser acessada no endereço eletrônico <http://bdtd.ibict.br>
- **Open Thesis:** repositório livre de teses, dissertações e outros documentos acadêmicos desenvolvidos em diversos países do mundo. Encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico www.openthesis.org
- **Open Grey:** Sistema de informações da literatura cinzenta, sendo seu acesso aberto a 700.000 referências bibliográficas produzidas na Europa. Abrange, dentre outros documentos, relatórios técnicos ou de investigação, teses de doutorado, relatórios de conferências e publicações oficiais. Pode ser acessado por meio do endereço eletrônico <http://www.opengrey.eu/>
- **Ethos:** visa maximizar a visibilidade e a disponibilidade de teses de doutorado do Reino Unido. Abrange, aproximadamente, 350.000 registros relacionados a teses celebrados por mais de 120 instituições. Encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico <http://ethos.bl.uk/>
- **Dart Europe:** é uma parceria de bibliotecas de pesquisa e consórcios de bibliotecas que trabalham em conjunto para melhorar o acesso global a teses de investigação europeias. Disponibiliza o acesso aberto a 554.390 teses de 556 universidades em 28 países europeus, por meio do endereço eletrônico www.dart-europe.eu

- **Library and Archives Canada:** viabiliza o acesso a estudos desenvolvidos em universidades canadenses a estudantes e pesquisadores de todo o mundo, por meio do endereço eletrônico <http://www.collectionscanada.gc.ca/thesescanada>
- **Center for Research Libraries:** consórcio internacional de universidades, faculdades e bibliotecas de pesquisa independentes. Adquire e conserva jornais, revistas, documentos, arquivos e outros recursos tradicionais e digitais a partir de uma rede global de fontes. A maioria dos materiais adquiridos é de fora dos Estados Unidos, provenientes de seis grandes regiões do mundo: África, Oriente Médio, Europa Oriental, Sudeste da Ásia, Sul da Ásia e América Latina. Pode ser acessado no endereço eletrônico <http://www.crl.edu/>
- **National ETD Portal:** oferece acesso ao texto completo das teses e dissertações desenvolvidas em universidades do sul da África, por meio do endereço eletrônico <http://www.netd.ac.za/>
- **Google acadêmico:** disponibiliza a pesquisa em documentos não indexados em bases bibliográficas renomadas, entre eles livros, anais de congressos, teses e dissertações no endereço eletrônico <http://scholar.google.com.br/>

Tabela 4 – Pesquisas encontradas através da busca na literatura cinzenta. Recife-PE, 2014.

Literatura cinzenta	Estratégia de busca			Total
	Aleitamento Materno and Ensaio Clínico	Aleitamento Materno and Estudo de Intervenção	Breast Feeding	
Banco de teses da CAPES	3	1	-	4
BTD	7	-	-	7
Open Thesis	-	-	11	11
Open Grey	-	-	70	70
Ethos	-	-	6	6
Dart Europe	-	-	78	78
Library and Archives Canada	-	-	5	5
Center for Research Libraries	-	-	28	28
National ETD Portal	-	-	125	125
Google acadêmico	300	-	-	300
Total	310	1	323	634

Fonte: dados da pesquisa.

A busca no Google acadêmico, por este ser um buscador da internet, divergiu daquela realizada nas bases de teses e dissertações. Foram utilizados os termos Aleitamento Materno e Ensaio Clínico Randomizado, bem como os seus correlatos em inglês e espanhol, sendo

identificados milhares de estudos. Devido ao elevado número de publicações, procedeu-se a leitura dos cem primeiros achados em cada idioma.

4.2.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base no tipo de estudo, participantes, intervenção e desfecho¹¹⁶. Esta revisão sistemática não restringiu as pesquisas por ano e idioma de publicação. Considerou as pesquisas com relação ao:

- Tipo de estudo: ensaios clínicos controlados randomizados;
- Tipo de participantes: grupo controle (gestantes e/ou nutrizes que receberam orientações de rotina do serviço de saúde sobre aleitamento materno em conjunto ou não com outros atores de sua rede social) e grupo de intervenção (gestantes, nutrizes que receberam algum tipo de intervenção educativa sobre aleitamento materno, adequadamente descrita, em conjunto ou não com outros atores de sua rede social);
- Tipo de intervenção: incluiu-se qualquer intervenção educativa para promoção do aleitamento materno, isoladamente ou combinada;
- Tipo de desfecho: taxa de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança.

Os critérios de exclusão contemplaram estudos que abrangeram exclusivamente recém-nascidos pré-termo e mulheres e/ou bebês com alguma patologia ou característica física que dificultasse ou impedisse a amamentação. Foram excluídos também manuais, capítulos de livros, monografias e editoriais.

4.2.2.4 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores de forma independente. As discordâncias entre as revisões foram solucionadas por meio de reuniões de consenso¹¹⁶. A seleção inicial das pesquisas de interesse ocorreu a partir da análise dos títulos e dos resumos¹¹⁶ com base nos critérios de inclusão e exclusão, obedecendo ordem supracitada (Figuras 4 a 6).

Na seleção inicial dos estudos, foi criada uma planilha através do Software Microsoft Excel for Mac 2011, onde foram armazenados todos os estudos identificados por meio das estratégias de busca nas bases de dados. Realizou-se a sua codificação segundo a ordem de aparecimento nas bases de dados, detalhando os critérios de inclusão e exclusão que não

foram contemplados nas etapas de leitura do título, resumo e texto na íntegra¹²³. Algumas publicações foram identificadas em mais de uma base de dados. Estas foram consideradas apenas uma vez, sendo computadas na base que apresentou o maior número de publicações na busca inicial. Assim, foi respeitada a seguinte ordem hierárquica: LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e Cochrane.

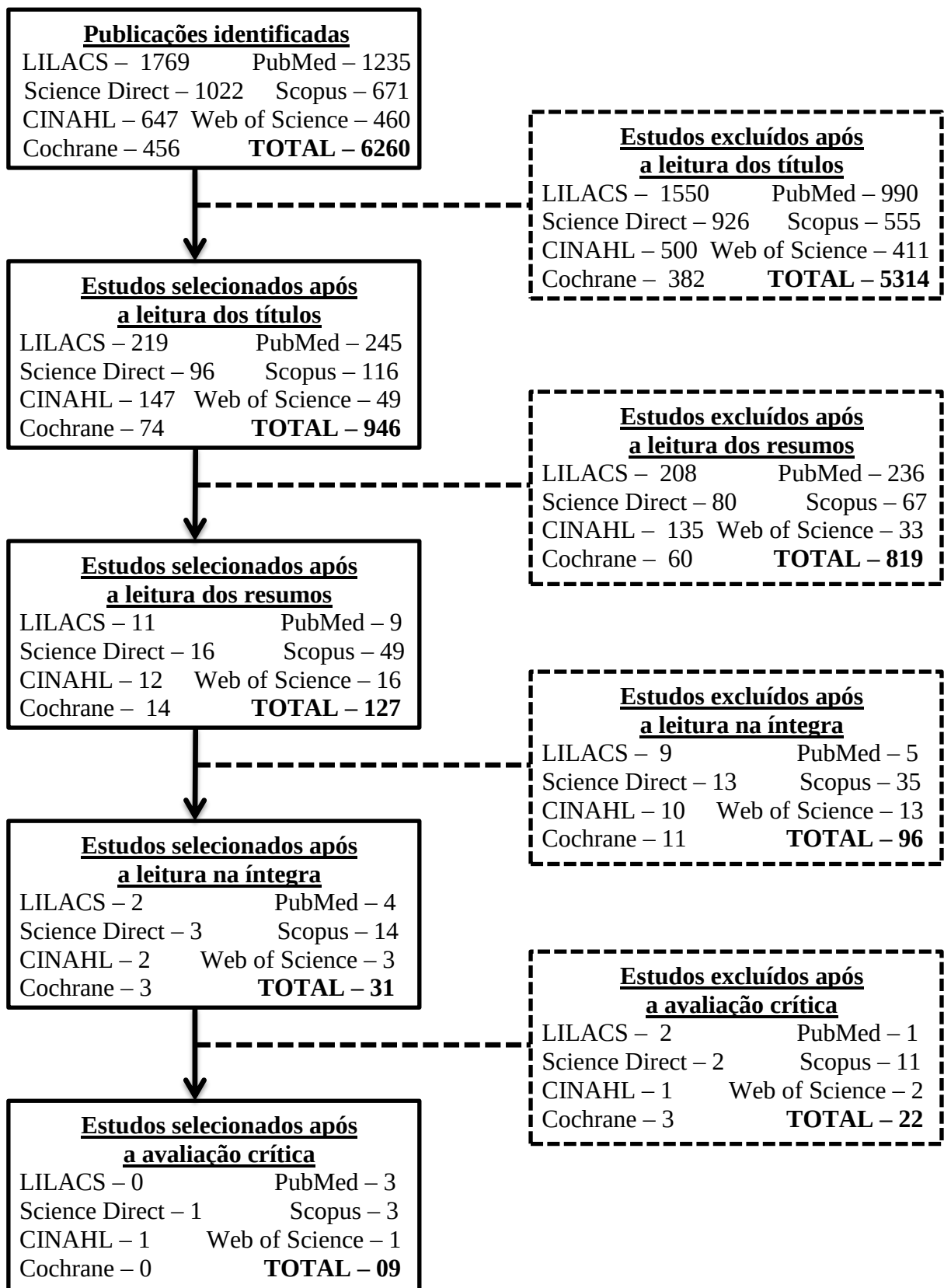
4.2.2.5 Avaliação dos estudos

A apreciação crítica dos estudos incluídos na revisão foi realizada por dois revisores. As discordâncias foram solucionadas por meio de reuniões de consenso. Nesta etapa, foi empregado o instrumento do software JBI-MASARI adaptado por Oliva* (ANEXO A) o qual é composto por dez perguntas para avaliar estudos experimentais¹²⁴. Com base nestas, os revisores estabeleceram um escore mínimo de 60% para inclusão das pesquisas¹¹⁶. O instrumento aprecia os estudos com relação à seleção dos participantes, alocação dos grupos, cegamento, análise dos resultados e adequação estatística¹²⁴.

Para efeito de comparação, a avaliação da qualidade também foi realizada por meio da escala de Jadad (ANEXO B), a qual analisa três critérios: randomização, cegamento e razões para perda ou exclusão de participantes. A escala varia de 0 a 5, sendo consideradas de alta qualidade aquelas pesquisas as quais obtêm no mínimo três pontos¹²⁵. Dessa maneira, para integrar o *corpus* do presente estudo, as pesquisas deveriam atingir, pelo menos, a pontuação mínima preconizada para ambos os instrumentos.

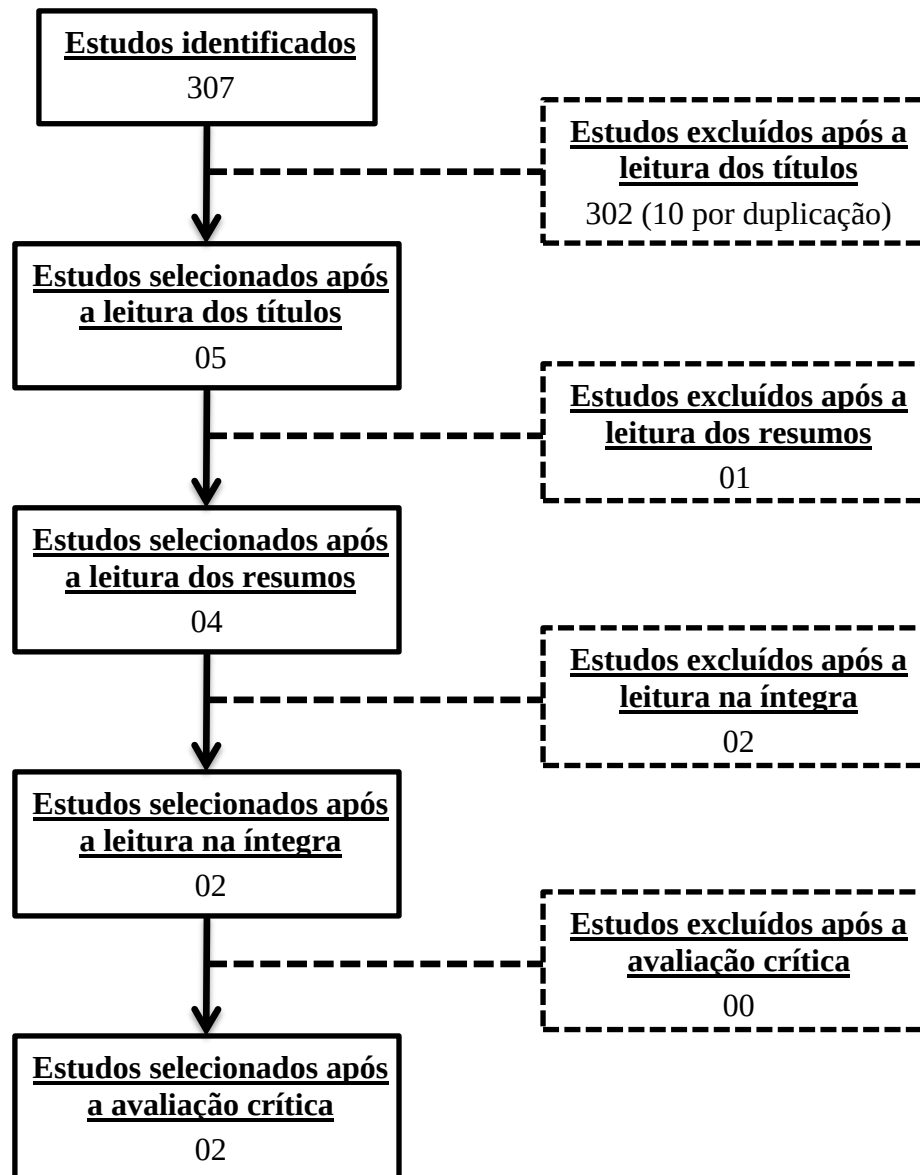
*Oliva CL. O agrupamento de cuidados no manejo do recém-nascido pré-termo: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Figura 4 – Fluxograma da seleção dos estudos da revisão sistemática identificados nas bases de dados. Recife-PE, 2014.



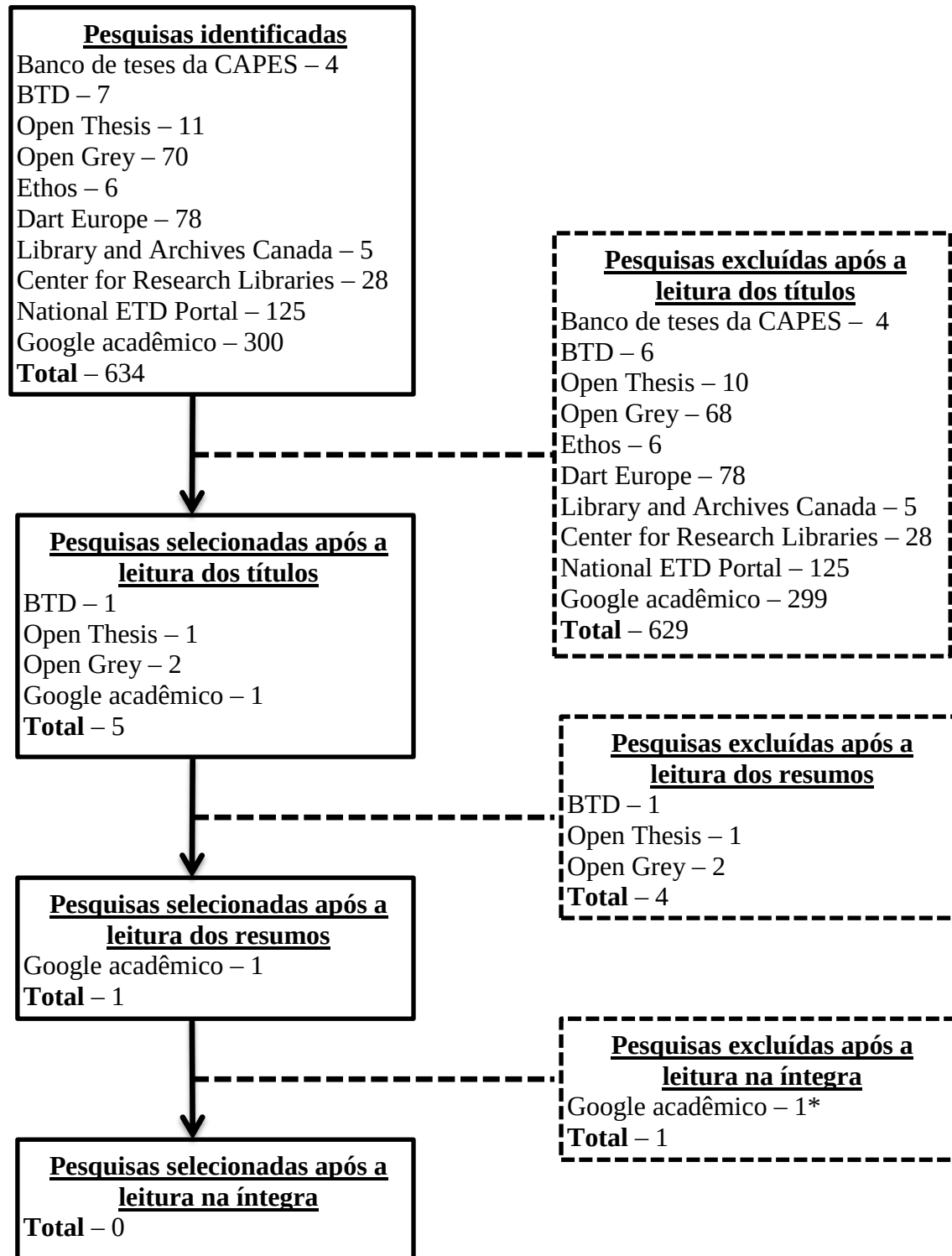
Fonte: dados da pesquisa.

Figura 5 – Fluxograma da seleção dos estudos identificados nas listas de referências do artigos incluídos na revisão sistemática encontrados nas bases de dados. Recife-PE, 2014.



Fonte: dados da pesquisa.

Figura 6 – Fluxograma da seleção dos estudos da revisão sistemática identificados na literatura cinzenta. Recife-PE, 2014.



*Excluído por duplicação. Tese que originou um dos artigos identificados na busca na base de dados Scopus.

Fonte: dados da pesquisa.

4.2.2.6 Extração dos dados

A extração dos dados foi realizada através do instrumento do software JBI-MASARI adaptado por Oliva (ANEXO C) o qual, por se tratar de um instrumento padronizado, minimizou o risco de erro durante este processo e garantiu que as mesmas variáveis fossem extraídas em cada estudo selecionado. Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre as intervenções, populações, metodologia e desfechos com significância para a pergunta de pesquisa e para os objetivos específicos. Esta etapa também foi realizada por dois revisores de forma independente. As discordâncias entre as revisões foram solucionadas por meio de reuniões de consenso¹¹⁶.

4.2.2.7 Síntese dos dados

Os dados quantitativos foram submetidos à metanálise utilizando o software Stata versão 13.0. O efeito foi estimado considerando as intervenções de promoção do aleitamento materno voltadas à mulher e aos outros atores da sua rede social em comparação às de rotina do grupo controle quanto à manutenção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida. O tamanho do efeito foi expresso através do odds ratio (OR) e seus intervalos de confiança (IC) de 95% foram calculados¹¹⁶.

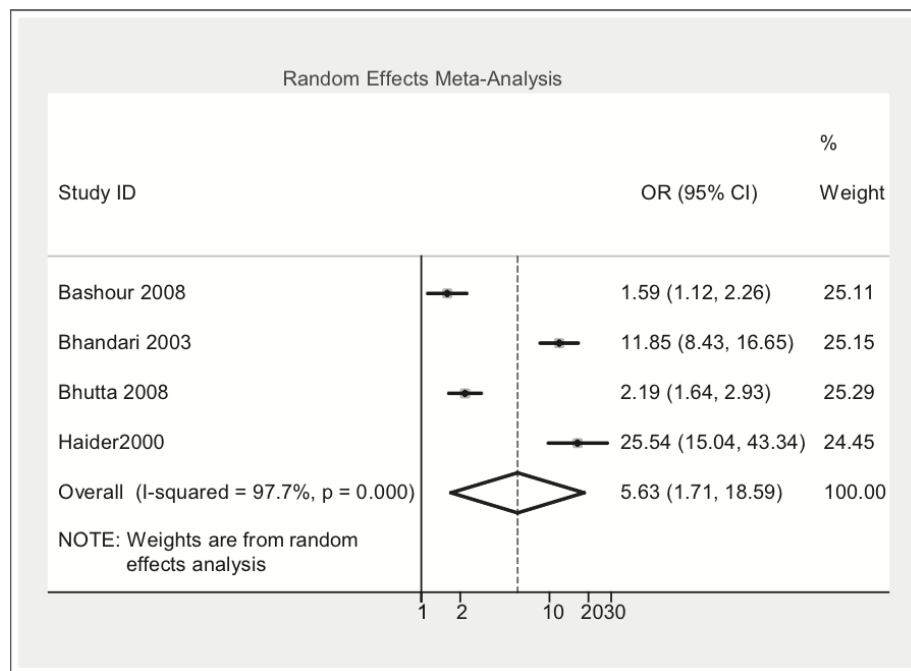
A heterogeneidade dos estudos foi calculada estatisticamente usando o Teste do Qui-quadrado (X^2) e do I-quadrado (I^2)¹¹⁶. O método mais utilizado para avaliar a diversidade entre as pesquisas é o teste da heterogeneidade, o qual parte do pressuposto que os resultados dos estudos primários são iguais (hipótese nula) e testa se os dados encontrados negam tal hipótese. Quando a hipótese nula é confirmada, os estudos são considerados homogêneos ($p > 0,05$). Além disso, deve-se medir a inconsistência (I^2), que mensura quanto da diferença é decorrente da heterogeneidade. Inconsistências de até 25% são baixas, 50% são intermediárias e 75% são altas^{126,127}.

Na análise estatística, foi empregado, inicialmente, o modelo de efeito fixo, porém, devido a heterogeneidade entre as pesquisas, fez-se necessário utilizar o modelo de efeitos aleatórios. Quando não há diversidade e nem heterogeneidade importantes, os estudos com maior poder estatístico, aqueles com maior população e maior efeito da intervenção, possuirão maior peso. Nessa situação, utiliza-se o método de efeitos fixos, o qual pressupõe que todos os estudos apontaram para um mesmo efeito. Quando há diversidade e heterogeneidade, é utilizado o modelo de efeitos aleatórios, que distribui o peso de maneira mais uniforme,

valorizando a contribuição dos estudos pequenos e, conseqüentemente, fornece um intervalo de confiança mais amplo¹²⁶.

Os resultados da metanálise foram sintetizados em um gráfico do tipo forest plot^{126,128}, como exemplificado na Figura 7¹⁰⁷.

Figura 7 – Forest plot do efeito de intervenções comunitárias no aleitamento materno exclusivo de quatro a seis meses em países de baixa e média renda (dados de Hall et al., 2011).



No forest plot, cada linha corresponde a um estudo, sendo a última linha a representação da metanálise, simbolizada por um “diamante”. O resultado de cada pesquisa é descrito de forma gráfica, em que os quadrados correspondem ao OR e os traços, ao IC, como também numericamente¹²⁶. A linha vertical cheia mostra onde seriam os OR iguais a 1, que indicariam ausência de associação entre a intervenção e a ocorrência do desfecho. Assim, os OR representados à esquerda dessa linha vertical evidenciarão que o evento é mais propenso a ocorrer no grupo controle; os OR à direita demonstrarão que o evento tem maior propensão a ocorrer no grupo intervenção¹²⁸.

5 RESULTADOS

Em atenção às normas exigidas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, este item será apresentado no formato de dois artigos, um de revisão integrativa e um de revisão sistemática. O primeiro foi submetido à revista Qualis B1 para a área de Enfermagem, em análise pelo periódico, e o artigo de revisão sistemática será enviado para apreciação de revista Qualis A1 para a área de Enfermagem.

5.1 Artigo de Revisão Integrativa: Contribuições dos estudos de revisão da literatura para a promoção do aleitamento materno

CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE REVISÃO DA LITERATURA PARA A
PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

CONTRIBUTIONS OF LITERATURE REVIEWS TO THE BREASTFEEDING
PROMOTION

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os tipos de apoio à nutriz presentes nos estudos de revisão para a promoção do aleitamento materno.

MÉTODOS: Revisão integrativa de revisões sistemáticas e integrativas mediante busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL, PubMed, BDENF, Web of Science, Scopus, DARE, JBI, Bandolier e Clinical Evidence e nas bibliotecas eletrônicas Cochrane e Scielo utilizando os descritores “Aleitamento Materno”, “Promoção da Saúde” e “Revisão” e seus correlatos em inglês. Na coleta dos dados, empregou-se um instrumento adaptado de modelo

validado por Pompeo. Para avaliação do rigor metodológico, foram utilizados dois instrumentos, sendo um para revisões sistemáticas e o outro, para integrativas, adaptados do Critical Appraisal Skills Programme. Os quinze estudos que compuseram o *corpus* desta revisão foram classificados de acordo com a hierarquia metodológica e analisados quanto aos tipos de apoio à nutriz (emocional, instrumental, informativo, presencial e autoapoio) contemplados nestas atividades.

RESULTADOS: A maioria das pesquisas consistiu em revisões sistemáticas com metanálise, publicadas nos anos de 2008, 2011 ou 2012, por médicos, no idioma inglês e na Scopus, tendo a Inglaterra como país de origem. Na avaliação do rigor metodológico, a maior parte dos estudos obteve oito de dez pontos e possuiu nível 1 de evidência científica. Apenas o apoio informativo esteve presente em todas as revisões e o instrumental foi o menos contemplado, estando inserido em apenas duas pesquisas.

CONCLUSÕES: Evidenciou-se lacunas na literatura quanto a estudos de intervenções para promoção da amamentação que compreendam todos os tipos de apoio à mulher durante o aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Saúde da Mulher; Promoção da Saúde; Apoio Social; Literatura de Revisão como Assunto; Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the types support to women present in review studies to promote breastfeeding.

METHODS: An integrative review of systematic and integrative reviews was carried out in the databases LILACS, MEDLINE, CINAHL, PubMed, BDENF, Web of Science, Scopus, DARE, JBI, Bandolier and Clinical Evidence and in the electronic libraries Cochrane and SciELO using the keywords "Breast Feeding", "Health Promotion" and "Review" and its

correlates in Portuguese. For data collection, we used an adapted instrument from a validated model. To assess the methodological rigor, two instruments were used, one for systematic reviews and the other for integrative, adapted from the Critical Appraisal Skills Programme. The fifteen studies that formed the *corpus* of this review were classified according to methodological hierarchy and analyzed the strategies for promoting breastfeeding and the types of support for mothers (emotional, instrumental, informational, presential and self-support) included in these activities.

RESULTS: Most of the researches consisted of systematic reviews with meta-analysis, published in 2008, 2011 or 2012, by physicians, in English and in the Scopus, taking England as the country of origin. In the assessment of methodological rigor, most studies got eight points from a total of ten and had level 1 of scientific evidence. It was observed that only the informational support was present in all revisions and instrumental support was the least contemplated, which was present in both surveys.

CONCLUSIONS: There was a need for studies that address interventions to promote breastfeeding which comprise all types of support that women need to breastfeed.

KEY WORDS: Breast Feeding; Women's Health; Health Promotion; Social Support; Review Literature as Topic.

INTRODUÇÃO

Apesar dos benefícios conferidos pela amamentação (1) e das políticas de promoção desta prática (1, 2), os indicadores brasileiros de aleitamento materno estão aquém dos recomendados pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde. Ambos orientam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e o complementado por dois anos ou mais (3, 4). Pesquisa nacional identificou que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo, em 2008, foi de apenas 1,8 meses e a do complementar, 11,2 meses (5). No cenário

internacional, observa-se a estagnação das taxas mundiais de aleitamento materno exclusivo desde 1990, com apenas 37% das crianças menores de 6 meses sendo amamentadas exclusivamente (6).

O desmame precoce não está relacionado apenas a fatores biológicos. Se insere também nos contextos histórico, sociocultural e psicoemocional (7). A amamentação, portanto, não pode ser considerada uma prática meramente instintiva, visto que depende das vivências da mulher, as quais estão sob influência do âmbito social. Neste sentido, a nutriz pode ser incentivada ou não à amamentar pelas pessoas de confiança e importantes para ela, as quais compõem a sua rede social. Estas podem ser, dentre outros indivíduos, a mãe, avó, sogra, companheiro, amigos, líderes religiosos e profissionais da saúde (8).

Os profissionais e outros atores da rede social devem abordar o aleitamento materno junto à mulher e sua família, fornecendo apoios durante este processo, sendo estes emocional, instrumental, informativo, presencial e autoapoio (9-11). É por meio destes apoios que a promoção do aleitamento materno estará sendo implementada. O apoio emocional consiste na expressão de empatia, carinho e preocupação, valorizando e encorajando a nutriz. O instrumental abrange a ajuda direta de natureza prática. O informativo compreende conselhos, informações e sugestões. O presencial corresponde à disponibilidade de estar com a mulher. O autoapoio consiste no apoio pessoal para consigo mesmo, enquanto ser humano (10, 11).

Para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, é importante que os profissionais da saúde analisem a literatura científica sobre a temática. Deste modo, evidencia-se a importância da Prática Baseada em Evidências, a qual propõe a aplicação de informações com base em pesquisas na tomada de decisão do profissional (12). Devido à crescente quantidade de estudos na área da saúde, fez-se necessário empregar métodos que viabilizassem a aplicação clínica das evidências científicas (11). Assim, foram desenvolvidas as revisões da literatura, dentre as quais se destacam as revisões sistemática e integrativa, que têm como objetivo buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis (13, 14).

Considerando a amplitude da promoção da amamentação e a relevância das revisões, a pesquisa teve como objetivo identificar os tipos de apoio ao aleitamento materno presentes nos estudos de revisão para a promoção desta prática.

MÉTODO

O estudo utilizou o método de revisão integrativa da literatura, o qual possibilita sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática, fornecendo subsídios para as práticas em saúde. Além disso, viabiliza a identificação de lacunas no conhecimento científico, que precisam ser preenchidas por meio de novos estudos (14, 15). Para o seu desenvolvimento, foram executadas as seguintes etapas consecutivas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (14).

Com a finalidade de atingir o objetivo proposto, a questão que norteou esta pesquisa foi: “quais os tipos de apoio à nutriz identificados nos estudos de revisão para a promoção do aleitamento materno?”. A busca na literatura foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Public/Publish Medline (PubMed), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Web of Science (WOS), Scopus, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Joanna Briggs Institute (JBI), Bandolier e Clinical Evidence (CE) e nas bibliotecas eletrônicas da Colaboração Cochrane e Scientific Eletronic Library Online (SciELO).

Para busca nas bases de dados, empregaram-se os termos “Aleitamento Materno”, “Promoção da Saúde” e “Revisão”, os quais estão contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e seus correlatos “*Breast Feeding*”, “*Health Promotion*” e “*Review*” do *Medical Subject Heading* (MeSH). Os descritores foram unidos por meio do operador

booleano “and”, a fim de realizar o cruzamento destes (Tabela 1). Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: revisões sistemáticas ou integrativas, disponíveis na íntegra, que abordavam o aleitamento materno, publicadas nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos capítulos de livros, monografias, teses, dissertações e editoriais. Ressalta-se ainda que não houve restrições quanto ao período de publicação dos artigos. As pesquisas identificadas em mais de uma base de dados foram consideradas apenas uma vez, sendo computadas naquela onde foi encontrado o maior número de estudos.

A seleção inicial das publicações ocorreu a partir da leitura dos títulos das mesmas. Os artigos cujos títulos possuíam alguma palavra relacionada à temática do presente estudo tiveram seus resumos analisados com base nos critérios de inclusão e exclusão. Após esta etapa, os estudos selecionados foram lidos na íntegra, sendo excluídas algumas publicações devido ao tipo de estudo, duplicadas ou por não responderem à pergunta norteadora. Os artigos resultantes foram então submetidos à coleta de dados e a avaliação do rigor metodológico (Figura 1).

Para coletar os dados, foi empregado um instrumento adaptado do modelo validado por Pompeo (15), contendo: itens de identificação do artigo, objetivo do estudo, características metodológicas (pergunta de pesquisa, tipo de publicação, critérios para seleção dos estudos, instrumentos de avaliação e extração dos dados e tipos de estudos incluídos), resultados e conclusões.

Na avaliação do rigor metodológico dos estudos selecionados, aplicaram-se dois tipos de instrumentos*, sendo um para revisões sistemáticas e o outro, para integrativas. Para a construção dos mesmos, adaptou-se o formulário do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) (16) voltado para revisões sistemáticas. O instrumento para revisões sistemáticas avalia a pergunta de pesquisa, busca e avaliação dos estudos, metanálise, apresentação e aplicabilidade dos resultados e benefícios da revisão. O formulário para revisões integrativas

*Os instrumentos foram adaptados pela pesquisadora (Apêndices B e C).

aprecia a pergunta norteadora, busca e seleção dos estudos, critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, avaliação dos estudos, apresentação e interpretação dos resultados, descrição das etapas e benefícios da revisão.

Os instrumentos de avaliação do rigor metodológico das revisões sistemáticas e integrativas possuíam dez itens, devendo as pesquisas atender à, no mínimo, cinco deles para serem incluídas, dentre os quais, obrigatoriamente, deveriam constar os dois primeiros itens. Após esta triagem, os estudos selecionados foram classificados em duas categorias (A e B). A categoria A compreendeu as pesquisas com boa qualidade metodológica e viés reduzido, uma vez que preencheram, ao menos, nove dos dez itens do instrumento. A categoria B foi composta por estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado, os quais responderam à, no mínimo, cinco dos dez itens. Após esta etapa, então, foram selecionados quinze estudos, os quais compuseram o *corpus* final da revisão.

Os estudos selecionados foram submetidos à classificação hierárquica metodológica proposta pela Prática Baseada em Evidências (17). A partir dos resultados obtidos pelas revisões, as mesmas foram caracterizadas segundo as estratégias de promoção do aleitamento materno, sendo analisados os apoios emocional, instrumental, informativo presencial e autoapoio à nutriz que estas ações, em conjunto, contemplavam.

RESULTADOS

Após a análise dos quinze artigos selecionados, verificou-se que, entre os estudos, nove foram publicados em 2008, 2011 e 2012, sendo três em cada um destes anos. Em relação ao país de origem das pesquisas, destacaram-se em maior número aquelas desenvolvidas na Inglaterra, correspondendo à cinco artigos. Foram identificadas também duas publicações do Brasil. Quanto à formação dos autores, prevaleceram os médicos e, em seguida, os enfermeiros, sendo representados por, respectivamente, 27 e 22 profissionais. Considerando o

tipo de estudo e o idioma, predominaram as onze revisões sistemáticas com metanálise e as quatorze publicações em inglês. Com relação à base de dados, sobressaíram-se as cinco pesquisas encontradas na Scopus (Tabela 2).

Na avaliação do rigor metodológico, dez estudos atingiram oito pontos, sendo incluídos na categoria B assim como uma publicação que obteve sete pontos. Apenas quatro pesquisas foram enquadradas na categoria A. Todas as quinze revisões abordaram, por meio das estratégias de promoção do aleitamento materno, o apoio informativo; quatorze (16-18, 20-30), o apoio emocional; treze (16-18, 20-27, 29, 30), o presencial; quatro (16-18, 20), o autoapoio; e duas (16, 17), o instrumental (Tabela 2). Na discussão e análise dos resultados de todos os estudos, percebeu-se que os autores não abordaram as estratégias na perspectiva dos cinco tipos de apoio de que a mulher necessita para amamentar. Porém, nas estratégias apresentadas em dois estudos de revisão (17, 18), foram identificados os cinco tipos de apoio.

Dentre eles, encontra-se a revisão sistemática desenvolvida por Oliveira et al.(18), na qual foram analisadas estratégias para promoção do aleitamento materno que utilizaram o apoio em grupo, aconselhamento individual, panfleto, cartilha, visita domiciliar, telefonema, pôster, visita no hospital, aula, slides e palestra. A pesquisa realizada por Kaunonen et al.(17), englobou os cinco apoios por meio de estratégias que envolveram apoio/educação individual, visita domiciliar, aulas, discussões, grupos de apoio, visita ao hospital/clínica, treinamento e apoio da rede social, telefonema, vídeos, slides, figuras, bonecos, folhetos, materiais por escrito, livros, centros de aleitamento e e-mail.

Com base na classificação hierárquica metodológica, foi atribuído nível 1 de evidência às revisões sistemáticas com metanálise e/ou com elevado rigor metodológico, sendo onze estudos enquadrados nesta categoria. Foram classificadas como nível 2, três revisões sistemáticas descritivas. Apenas um estudo foi considerado de nível 4, pois consistia em uma revisão integrativa (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Dentre as revisões analisadas, observou-se que a descrição do conteúdo das estratégias empregadas na promoção do aleitamento materno não foi detalhada, dificultando a identificação dos apoios emocional, instrumental, informativo presencial e autoapoio à nutriz nestas atividades. Tal fato pode limitar ainda a aplicabilidade da Prática Baseada em Evidências, visto que é necessário que o profissional da saúde conheça como estas ações foram planejadas e realizadas, tornando-as mais ou menos efetivas, a fim de que possa reproduzi-las ou não.

Apenas o apoio informativo foi abrangido por todos os estudos. A ênfase nesse tipo de apoio pode estar relacionada ao modelo de formação do enfermeiro, o qual muitas vezes é pautado na pedagogia tradicional. Encontra-se centrada em ações planejadas e distantes dos problemas individuais, corroborando para uma prática fragmentada e descontextualizada, sob olhar biologicista e verticalizado do processo do aleitamento materno (7).

O apoio informativo não compreende apenas o ato de informar. Representa a transformação dos saberes, por meio das trocas de experiências e opiniões, de todos os atores envolvidos na amamentação. Para tanto, é necessário conhecer os indivíduos, considerando o seu contexto social, englobando-os nesse processo educativo participativo, o qual se opõe a ação educativa verticalizada (31).

Os apoios instrumental e o autoapoio foram os menos contemplados nas estratégias de promoção da amamentação. É necessário que os profissionais da saúde, em suas atividades, abordem não só a nutriz como também os demais membros da rede social da mesma, fornecendo orientação e estímulo a fim de proporcionar também o apoio instrumental e o autoapoio. Os cinco tipos de apoios são essenciais para que a mulher consiga iniciar e manter a amamentação (8). O profissional da saúde, portanto, precisa considerá-los em suas intervenções para que possa promover o aleitamento materno.

Uma das estratégias que possibilitou a promoção do apoio instrumental foi a visita domiciliar envolvendo a nutriz e sua família. Nesta atividade, foi demonstrado o correto posicionamento do bebê e a resolução de problemas relacionados à amamentação. Estimulou-se também o auxílio dos familiares à mulher nas atividades domésticas, tais como lavagem de roupas e cuidados com a criança (18). Tal apoio é fundamental para que a nutriz tenha mais tempo para se dedicar à amamentação (8), minimizando a influência desses fatores no desmame precoce. A atuação do parceiro no manejo das dificuldades mais comuns durante o aleitamento materno esteve associada com elevado índice de amamentação e sentimento da mulher de que o seu leite é suficiente, demonstrando a relevância da inclusão de outros atores, além da própria nutriz, nas estratégias educativas (17).

As práticas de apoio instrumental à amamentação pela rede social da nutriz consistem em manter disponibilidade para ajudar, prover espaço e tempo para amamentar e favorecer a adaptação do ambiente doméstico. Incluem também, dentre outras ações, auxiliar nos cuidados com o bebê e nas tarefas domésticas, não incentivar o uso da mamadeira e de fórmulas lácteas, ajudar a posicionar a criança durante as mamadas, auxiliar nos cuidados com os filhos mais velhos e ajudar a mãe a amamentar quando ela estiver fora do domicílio (11).

O autoapoio foi contemplado por vídeos motivacionais direcionados para as mães (18, 19). A utilização deste tipo de recurso audiovisual contribui para o aumento dos comportamentos desejados, viabiliza a aquisição de conhecimento, minimiza a ansiedade do espectador e melhora o autocuidado (20). Para promover o autoapoio, foi ainda citado um seminário educativo e interativo sobre o aleitamento materno utilizando técnicas experimentais para aumentar a confiança da nutriz, o qual resultou no aumento da taxa de amamentação aos quatro meses da criança (21).

Em relação ao apoio presencial, destacaram-se as visitas à mulher realizadas por profissionais da saúde e/ou indivíduos sem formação nesta área, as quais ocorreram desde a

gestação até o pós-parto. O local destas ações também variou, sendo realizadas no ambiente domiciliar e na maternidade (17,18,21-23,25,26,28,32). Algumas estratégias incluíram pelo menos uma visita domiciliar no pré-natal, visitas diárias ao hospital após o parto e, no mínimo, três visitas domiciliares após a alta hospitalar (28). As visitas domiciliares para identificar as dúvidas e preocupações das mães com relação à amamentação, ajudar da resolução de problemas e envolver os membros da família no apoio ao aleitamento materno foram eficazes quando ocorreram no período gestacional, pós-parto e em ambos em conjunto (18).

A abordagem individual foi amplamente utilizada para estimular o apoio presencial (23, 29). Intervenções predominantemente face a face obtiveram significantes benefícios em relação à adesão ao aleitamento materno, já aqueles que fizeram uso de telefonemas não obtiveram êxito (30). As nutrízes que receberam apoio face a face foram, aproximadamente, 20% menos propensas a ter interrompido o aleitamento materno exclusivo do que aquelas que não tiveram este tipo de suporte (32).

O apoio presencial da rede social compreende realizar visitas sociais, possuir atitudes favoráveis e manifestar amor e carinho. Abrange também a disponibilidade de tempo para ouvir a mãe, permanecendo junto para conversar (11). Neste sentido, observa-se que é essencial o estabelecimento de relações humanas durante a amamentação. O apoio requer um conjunto de habilidades e atitudes que incluem a escuta ativa, linguagem corporal favorável, atenção e empatia (19).

Diversas estratégias englobaram os apoios emocional e informativo. A rede social da nutriz pode apoiá-la emocionalmente por meio de comentários favoráveis à amamentação, parabenizando-a pelo sucesso do aleitamento bem como reforçando que o surgimento de dificuldades é comum neste processo. Além disso, é importante acolher a mulher e o bebê, encorajar a amamentação, não proferir comentários que façam a mãe se sentir culpada, não julgar, valorizar o esforço materno e incentivar o cuidado da nutriz, incluindo seu descanso e

relaxamento. Já o apoio informativo da rede social consiste em oferecer orientações e explicações sobre a amamentação e manejo das intercorrências que podem surgir durante este período (11).

Uma das estratégias na qual o apoio informativo esteve inserido ocorreu no Paquistão, onde existe um mito de que o leite materno é contaminado, podendo causar doenças ou até mesmo óbito. Visando desmistificar esta crença, foram realizados testes laboratoriais do leite para comprovar o contrário (19). A internet também se mostrou como uma tecnologia promotora do apoio informativo, alcançando melhores resultados na iniciação e duração da amamentação do que as intervenções tradicionais empregadas por profissionais ou indivíduos leigos (33). As visitas domiciliares foram utilizadas para oferecer informações sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo, posicionamento do bebê e manejo de problemas na amamentação. Os profissionais da saúde utilizaram ainda cartazes, folhetos e aconselhamento individual sobre os métodos e as vantagens do aleitamento materno exclusivo e prolongado, o início precoce do mesmo e a amamentação por livre demanda (18).

A utilização de instrumentos tais como folhetos e livretos são eficazes quando há profissionais da saúde facilitando a discussão (34). Deste modo, incentiva-se a reflexão do indivíduo, evitando o processo clássico de transferência de informação. Esses profissionais, por sua vez, precisam ser qualificados, visto que o aleitamento materno envolve aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. A duração da amamentação é diretamente proporcional à atuação de profissionais capacitados (34).

A percepção sobre o aleitamento materno por parte de pessoas significativas para a mulher afeta a sua decisão de iniciá-lo e mantê-lo (17). No ambiente hospitalar, o sistema de alojamento conjunto e o contato precoce com o bebê se mostraram importantes intervenções de apoio emocional à mulher (21). Alguns estudos utilizaram vídeos com as interações mãe e filho para promover a amamentação e também o apego. A partir desta atividade, foram identificados aspectos onde as nutrizes precisavam de mais apoio, tornando a intervenção

individualizada, baseada nas necessidades das mesmas (19).

O aleitamento materno deve ser iniciado nas duas primeiras horas de vida da criança, desde que esta e sua genitora estejam em boas condições de saúde. Estabelece-se, então, o contato pele a pele e a sucção eficaz do leite, os quais acarretam em uma maior duração do aleitamento e em efeitos positivos para a saúde do bebê. Observou-se que crianças separadas precocemente das suas mães são mais irritáveis, sendo, futuramente, menos afetiva a relação entre ambas (19).

No apoio à amamentação, evidenciou-se a importância não só dos profissionais da saúde como também de indivíduos leigos. Foram consideradas leigas as pessoas que não possuíam formação na área da saúde, podendo ser membros da rede social da mulher, tais como mãe, companheiro e amigos, além de outras pessoas que vivenciaram o processo da amamentação (17, 22, 24, 26, 27). A atuação dos mesmos foi embasada em capacitações específicas sobre o aleitamento materno. Foram citadas várias estratégias de capacitação desses indivíduos, as quais possuíam duração variada, desde 40 minutos até seis semanas. Tinham como objetivo ampliar o conhecimento sobre a fisiologia e manejo da amamentação e desenvolver habilidades de apoio e aconselhamento considerando os aspectos socioculturais (17, 28).

Esta revisão integrativa constatou lacunas de estudos que abordassem, em conjunto, os cinco tipos de apoio à mulher durante o aleitamento materno, uma vez que apenas duas pesquisas tiveram essa condução. Ressalta-se que, em todas as publicações selecionadas, pelo menos um dos apoios foi identificado. Portanto, existe a necessidade de estudos que contemplem, de maneira associada, os apoios emocional, instrumental, informativo, presencial e autoapoio para ajudar a mulher a amamentar exclusivamente seu filho até os seis meses de vida e continuar com a introdução de outros alimentos até os dois anos ou mais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010). Brasília; 2011. 58 p.
2. Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2):334-9.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; 2009. 112 p.
4. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systemaic review. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília; MS, 2009.
6. Gupta A, Dadhich JP, Suri S. How can global rates of exclusive breastfeeding for the first 6 months be enhanced? *ICAN.* 2013;5(3):133-40.
7. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Breastfeeding: knowledge and practice. *Rev esc enferm USP.* 2012;46(4):809-15.
8. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enferm.* 2013;18(1):148-55.
9. Rivemales MC, Azevedo ACC, Bastos PL. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. *Rev enferm UERJ* 2010;18(1):132-7.
10. Sarafino EP. [Health psychology: biopsychosocial interactions]. 6th ed. Danvers/USA: Wiley; 2008. Stress, biopsychosocial factors, and illness; p.87-116.

11. Sousa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(2):127-34.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
13. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434-8.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6.
15. Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
16. Critical Appraisal Skills Programme: making sense of evidence about clinical effectiveness: 10 questions to help you make sense of a review. Disponível em: <
<http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Systematic-Review-Checklist-31.05.13.pdf>>
17. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2012;21:1943-54.
18. Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lac*. 2001;17:326-43.

19. Joventino ES, Dodt RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):176-84.
20. Gross SM, Caulfield LE, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, et al. Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding. *J Am Diet Assoc.* 1998;98(2):143-820.
21. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2008;17(9):1132-43.
22. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008;149(8):565-82.
23. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med.* 2003;1(2):70-8.
24. Hall J. Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery.* 2011;27(4):497-502.
25. Ibanez G, Michel CRS, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Prac.* 2012;29(3):245-54.
26. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health.* 2011;11(Supl 3):S24.

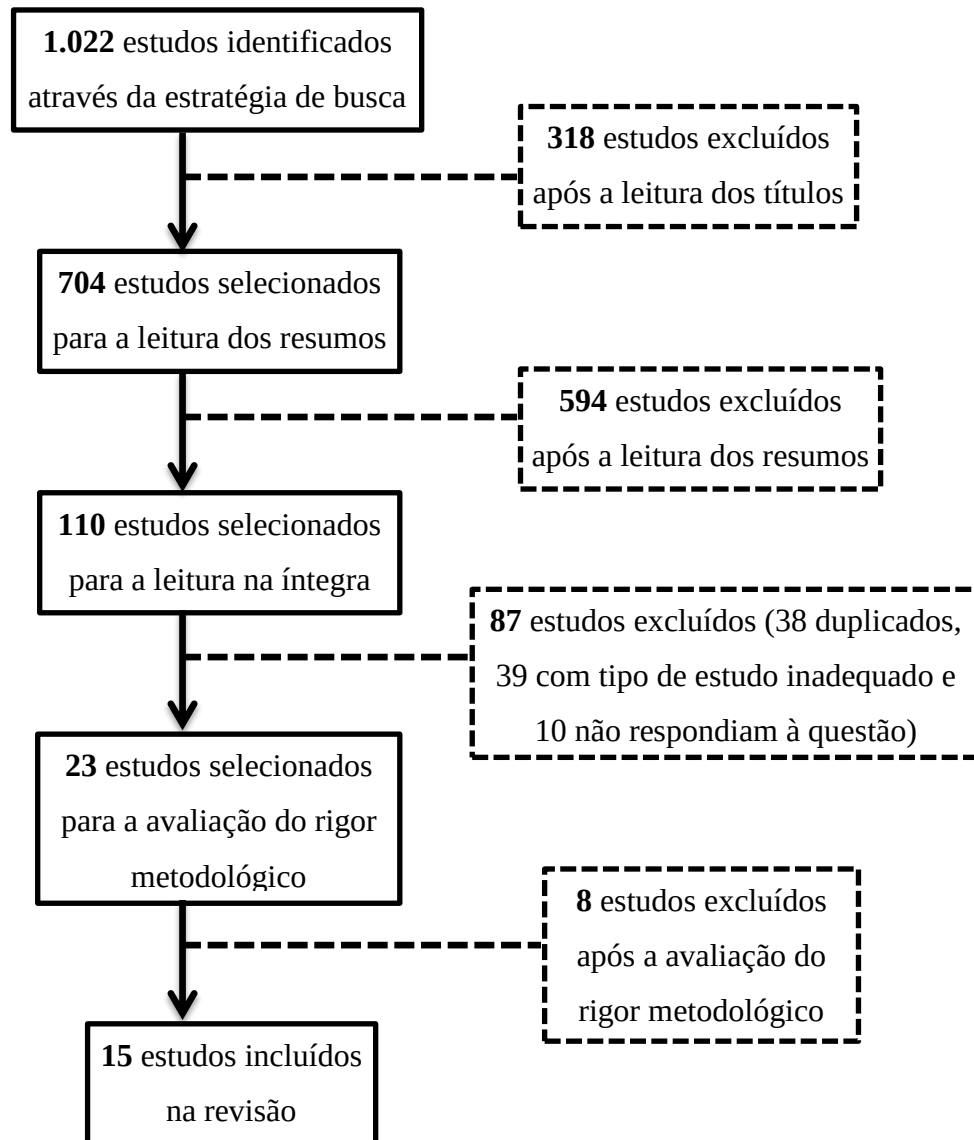
27. Ingram L, MacArthur C, Khan K, Deeks JJ, Jolly K: Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *Can Med Assoc J.* 2010;182(16):1739-46.
28. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005;(2):CD001688.
29. Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health.* 1994;84(1):89-97.
30. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paed Perin Epidemiol.* 2003;17:407-17.
31. Linhares FMP, Pontes CM, Osório MM. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. *Rev Bras Saude Mater. Infant.* 2014;14(4):433-439.
32. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;(5):CD001141.
33. Pate B. A systematic review of the effectiveness of breastfeeding intervention delivery methods. *J Obst Gynecol Neonat Nurs.* 2009;38(6):642-52.
34. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pub.* 2007;41(5):711-8.

Tabela 1 – Publicações encontradas através das estratégias de busca, segundo bases de dados. Recife-PE, 2013.

Bases de dados	Estratégias de busca								Total
	<i>Breast Feeding</i>	<i>Breast Feeding and Health Promotion</i>	<i>Breast Feeding and Review</i>	<i>Breast Feeding and Health Promotion and Review</i>	<i>Aleitamento Materno</i>	<i>Aleitamento Materno and Promoção da Saúde</i>	<i>Aleitamento Materno and Revisão</i>	<i>Aleitamento Materno and Promoção da Saúde and Revisão</i>	
Scopus	-	-	-	351	-	-	-	-	351
MEDLINE	-	-	-	0	-	-	28	221	249
LILACS	-	-	85	4	-	-	-	10	99
SciELO	-	-	30	-	-	-	45	-	75
Cochrane	-	44	-	-	25	1	-	-	70
PubMed	-	-	9	58	-	-	-	-	67
CINAHL	-	-	-	47	-	-	-	-	47
BDENF	-	-	18	2	-	-	16	-	36
DARE	-	13	-	-	-	-	-	-	13
CE	10	0	-	-	-	-	-	-	10
JBIC	5	-	-	-	-	-	-	-	5
WOS	0	-	-	-	-	-	-	-	0
Bandolier	-	0	0	-	-	-	-	-	0
Total	15	57	142	462	25	1	89	231	1022

Fonte: dados da pesquisa.

Figura 1 - Descrição das etapas executadas para a seleção dos estudos da revisão integrativa. Recife-PE, 2013.



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 – Referências incluídas na revisão integrativa de acordo com o ano de publicação, país de origem, autores, área de atuação dos autores, tipo de estudo, idioma, base de dados, avaliação, estratégias e apoio. Recife-PE, 2013.

Ano/País/ Autores	Formação dos autores	Tipo de estudo	Idioma	Base de dados	Avaliação	Estratégias	Apoio
1994/EUA/ Pérez- Escamilla et al. ²⁹	Engenharia Química, Psicologia e Nutrição	RS ^a com metanálise	Inglês	PubMed	8 pontos (nível B)	Alojamento conjunto, mensagens, contato precoce mãe-bebê	Emocional, informativo
2001/ Brasil/ Oliveira et al. ¹⁸	Farmácia e Medicina	RS narrativa	Inglês	DARE	9 pontos (nível A)	Apoio em grupo, aconselhamento individual, panfleto, visita domiciliar, telefonema, cartilha, pôster, vídeo, visita no hospital, aula, slides, palestra	Emocional, instrumental, informativo, presencial, autoapoio
2003/ EUA/ Guise et al. ²³	Medicina	RS narrativa	Inglês	MEDLINE	8 pontos (nível B)	Educação individual e em grupo, apoio face-a- face, telefonema, visita domiciliar, vídeo, material por escrito, alojamento conjunto, contato precoce mãe-bebê	Emocional, informativo, presencial
2003/ Inglaterra/ Sikorski et al. ³⁰	Medicina, Enfermagem e Estatística	RS com metanálise	Inglês	Scopus	10 pontos (nível A)	Telefonema, visita domiciliar, apoio individual	Emocional, informativo, presencial
2008/ Finlândia/ Hannula et al. ²¹	Enfermagem	RS narrativa	Inglês	MEDLINE	8 pontos (nível B)	Aconselhamento/educação individual, educação em grupo, visita ao hospital/clínica, visita domiciliar, telefonema, vídeo, panfleto, material por escrito, iniciativa hospital amigo da criança (IHAC), seminário, centro de aleitamento	Emocional, informativo, presencial, autoapoio
2008/ Inglaterra/ Dyson et al. ²⁸	Enfermagem	RS com metanálise	Inglês	Cochrane	8 pontos (nível B)	Apoio individual, vídeo, aconselhamento, IHAC, aula, manual, educação informal, discussão, visita domiciliar e ao hospital, material por escrito, contato precoce mãe-bebê	Emocional, informativo, presencial
2008/EUA/ Chung et al. ²²	Medicina	RS com metanálise	Inglês	DARE	7 pontos (nível B)	Educação individual e em grupo, IHAC, apoio individual no hospital, visita domiciliar, telefonema, contato precoce mãe-bebê, entrevista motivacional, vídeo, livro	Emocional, informativo, presencial (<i>Continua</i>)

Tabela 2 – Continuação

Ano/País/ Autores	Formação dos autores	Tipo de estudo	Idioma	Base de dados	Avaliação	Estratégias	Apoio
2009/EUA/ Pate ³²	Enfermagem	RS com metanálise	Inglês	Scopus	8 pontos (nível B)	Internet	Informativo
2010/ Inglaterra/ Ingram et al. ²⁷	Medicina, Ciências Sociais e Matemática	RS com metanálise	Inglês	Scopus	8 pontos (nível B)	Aconselhamento individual, visita domiciliar, telefonema, vídeo	Emocional, informativo, presencial
2011/ Brasil/ Joventino et al. ¹⁹	Enfermagem	RI ^b	Português	LILACS	8 pontos (nível B)	Folheto, filmagem, contato precoce mãe- bebê, amamentação precoce, software, aconselhamento individual, pôster, panfleto, escala, teste laboratorial do leite materno	Emocional, informativo, presencial, autoapoio
2011/ Inglaterra/ Hall ²⁴	Medicina	RS com metanálise	Inglês	MEDLINE	8 pontos (nível B)	Visita domiciliar, sessão educativa	Emocional, informativo, presencial
2011/ Paquistão/ Imdad et al. ²⁶	Medicina	RS com metanálise	Inglês	Scopus	9 pontos (nível A)	Apoio face a face e em grupo, telefonema, IHAC, visitas domiciliares	Emocional, informativo, presencial
2012/ Finlândia/ Kaunonen et al. ¹⁷	Enfermagem	RS narrativa	Inglês	Scopus	8 pontos (nível B)	Apoio/Educação individual, visita domiciliar, aulas, discussões, grupos de apoio, visita ao hospital/clínica, treinamento e apoio da rede social, telefonema, vídeos, slides, figuras, bonecos, folhetos, materiais por escrito, livros, centros de aleitamento, IHAC, e-mail	Emocional, instrumental, informativo, presencial, autoapoio
2012/ França/ Ibanez et al. ²⁵	Medicina	RS com metanálise	Inglês	MEDLINE	8 pontos (nível B)	Visita domiciliar, panfleto, telefonema, vídeo, consulta, manual, educação em grupo, apoio no hospital/clínica	Emocional, informativo, presencial
2012/ Inglaterra/ Renfrew et al. ³¹	Enfermagem	RS com metanálise	Inglês	Cochrane	9 pontos (nível A)	Apoio individual e em grupo, telefonema	Emocional, informativo, presencial

^aRevisão Sistemática ^bRevisão Integrativa

5.2 Artigo de Revisão Sistemática: Efetividade das intervenções educativas para promoção da amamentação à mulher e sua rede social: revisão sistemática

EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO À MULHER E SUA REDE SOCIAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

OBJETIVO: Determinar a efetividade das intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social para a promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade.

MÉTODO: Revisão sistemática com base nas diretrizes do Joanna Briggs Institute. A busca foi realizada em bases de dados (LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e Biblioteca Cochrane), listas de referências e literatura cinzenta. Procedeu-se a seleção das pesquisas por meio das etapas de leitura dos títulos, resumos e textos completos. Para avaliação dos estudos e extração dos dados, utilizaram-se instrumentos adaptados do software JBI-MAStARI. A metanálise foi realizada com o software Stata versão 13.0. O efeito foi estimado pelo odds ratio, com intervalos de confiança de 95%. A heterogeneidade foi mensurada com os testes do Qui-quadrado (χ^2) e do I-quadrado (I^2).

RESULTADOS: Dos 7201 estudos identificados, 11 compuseram o *corpus* da revisão sistemática. As intervenções educativas foram cerca de duas vezes mais efetivas quando comparadas com as intervenções de rotina empregadas nos grupos controle. Evidenciou-se que as intervenções educativas têm focado apenas a mulher, não têm contemplado os demais membros da sua rede social, bem como o conjunto dos cinco tipos de apoio de que a mesma necessita para amamentar.

CONCLUSÕES: As intervenções educativas foram cerca de duas vezes mais efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade. Observou-se a necessidade de novos estudos que apliquem intervenções que contemplem a mulher e sua rede social desde o pré-natal, considerando todos os tipos de apoio.

RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA: As evidências científicas presentes nesse estudo foram relevantes no direcionamento das práticas clínicas dos profissionais da saúde, por meio da determinação da efetividade das intervenções educativas e da necessidade de aperfeiçoamento dessas ações.

INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento indispensável ao crescimento e desenvolvimento infantil, além de fortalecer o vínculo emocional entre mãe e filho^{1,2}. Entretanto, o aleitamento materno é, com frequência, interrompido precocemente, sendo poucas crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade e de forma complementada até dois anos de idade ou mais, conforme orientam a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde^{3,4}.

A motivação para o aleitamento materno, a qual influencia na decisão, efetivação e manutenção dessa prática, é oriunda da interação entre fatores biológicos e culturais⁵⁻⁷. Os fatores biológicos estão relacionados aos benefícios fisiológicos proporcionados, sobretudo, à saúde da criança, enfatizados pelos profissionais da saúde. Os aspectos culturais compreendem as vivências de cada mulher, resultantes da relação com outras pessoas, tais como membros da família e da comunidade, colegas de trabalho e profissionais da saúde, os quais, em conjunto, compõem a sua rede social⁷.

A rede social representa relações interpessoais por meio das quais é fornecido o apoio social. No cenário da amamentação, a mulher necessita de cinco tipos de apoio, sendo esses informativo, emocional, presencial, instrumental e autoapoio. O informativo consiste em oferecer apoio verbal, por meio, por exemplo, do aconselhamento. O emocional representa o acolhimento da mãe e do bebê. O presencial engloba as visitas sociais, com tempo para ouvir a mulher e estar junto dela. O instrumental corresponde a disponibilidade para ajudar a mulher de maneira prática. O autoapoio significa o apoio a si mesmo, enquanto ser humano⁸.

No contexto da saúde, percebe-se que os profissionais não consideram os múltiplos fatores que interferem no aleitamento materno, realizando atividades de promoção dessa prática sem contemplar a mulher de maneira holística⁷. Deste modo, muitas dessas ações possuem caráter biomédico, com foco no cuidado com as mamas e nos benefícios para a saúde da criança, reforçando, mesmo que indiretamente, o dever em amamentar para ser uma boa mãe⁷. Assim, a implementação de intervenções educativas as quais reconheçam o protagonismo da mulher e sua rede social, construídas a partir das suas experiências e necessidades, torna-se indispensável para a promoção do aleitamento materno.

Ao considerar a importância das evidências científicas como meio de embasar as práticas na área da saúde⁹, faz-se necessária a identificação das intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social efetivas na promoção do aleitamento materno. Apesar da variedade de intervenções disponíveis na literatura, a efetividade do conjunto dessas ações

ainda permanece desconhecida¹⁰. Desta maneira, este estudo teve como objetivo determinar a efetividade das intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social para a promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança.

MÉTODO

O estudo é uma revisão sistemática sobre intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social para promoção do aleitamento materno. Embasou-se nas diretrizes do Joanna Briggs Institute, as quais preconizam a execução das seguintes etapas consecutivas: definição da pergunta de pesquisa, desenvolvimento da estratégia de busca, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, avaliação dos estudos, extração dos dados e síntese dos dados¹¹.

Para a formulação da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia mnemônica PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome)¹¹. Assim, a pergunta que direcionou o desenvolvimento deste estudo foi: “Quais intervenções educativas direcionadas à mulher e sua rede social são mais efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança?”. O termo efetividade foi compreendido como a capacidade de uma intervenção atingir o seu objetivo em condições não controladas¹².

Antes de prosseguir no desenvolvimento do estudo, constatou-se a ausência de protocolos ou revisões sistemáticas já publicadas que buscassem responder a mesma pergunta de pesquisa. Essa busca foi realizada nas seguintes bases de dados secundárias: Cochrane, Joanna Briggs Institute (JBI), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Bandolier e Clinical Evidence. Elas foram selecionadas em decorrência da sua relevância no cenário das revisões sistemáticas.

Estratégia de busca

A busca pelos estudos foi executada em três etapas. Na primeira, realizada na MEDLINE e CINAHL, empregaram-se os descritores, palavras-chave e termos livres¹¹ agrupados nos blocos A, B, C e D (Tabela 1). Dentro de cada bloco, as palavras foram unidas entre si por meio do operador booleano OR. O bloco A compreendeu os termos Aleitamento Materno, Amamentação, Leite Humano, Lactação e Lactente. O Bloco B englobou Promoção da Saúde e Educação em Saúde. O Bloco C consistiu em Estudos de Intervenção. O Bloco D reuniu os termos Apoio Social, Rede de Apoio, Rede Social, Aconselhamento, Família, Pai,

Marido, Companheiro, Avô e Avó. Foram utilizados também os correlatos desses termos em inglês e espanhol.

Tabela 1 – Publicações encontradas através das estratégias de busca nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Recife-PE, 2014.

Estratégias de busca	Total
Bloco A <i>and</i> Bloco B	593
Bloco A <i>and</i> Bloco C	49
Bloco A <i>and</i> Bloco D	641
Bloco A <i>and</i> Bloco B <i>and</i> Bloco C	216
Bloco A <i>and</i> Bloco C <i>and</i> Bloco D	123
Bloco A <i>and</i> Bloco B <i>and</i> Bloco C <i>and</i> Bloco D	4
Bloco A <i>and</i> Bloco B <i>or</i> Bloco C <i>and</i> Bloco D	239
Total	1865

Fonte: dados da pesquisa.

Em seguida, as 1.865 pesquisas foram analisadas quanto as palavras-chaves dos títulos e resumos e seus termos de indexação. Assim, foram selecionados palavras-chave e descritores nos idiomas português, inglês e espanhol. Quando o mesmo termo não foi encontrado nas três línguas, procedeu-se a sua tradução para o idioma no qual esteve ausente, a fim de uniformizar a busca. Em seguida, os termos selecionados nessa etapa foram organizados em quatro grupos (A, B, C e D).

O Grupo A englobou Aleitamento Materno, Alimentação Infantil, Lactação, Lactente, Leite Humano, Nutrição do Lactente e Recém-nascido. O grupo B compreendeu Atitude frente ao Aleitamento Materno, Avaliação do Aleitamento Materno, Cuidado Centrado na Família, Cuidado do Lactente, Cuidado Pós-natal, Cuidado Pré-natal, Educação de Mães, Educação de Pacientes como Assunto, Educação de Pais, Educação em Aleitamento Materno, Educação em Saúde, Educação em Saúde Materno-Infantil, Educação Pré-natal, Métodos de Educação em Saúde, Período Pós-parto, Promoção da Saúde, Promoção da Saúde na Infância, Promoção do Aleitamento Materno e Saúde Materno-Infantil. O Grupo C reuniu Ensaio Clínico e Estudos de Intervenção. O Grupo D compreendeu Aconselhamento em Aleitamento Materno, Aconselhamento na Gravidez, Amigos, Apoio, Apoio dos Pares, Apoio Psicossocial, Apoio Social, Atitudes da Família, Avó, Avós, Comportamento de Ajuda, Família, Grupo Associado, Irmãos, Mães, Métodos de Aconselhamento, Pais, Relações entre Gerações, Relações Familiares e Relações Interpessoais.

A segunda etapa da busca foi realizada por meio dos Grupos A, B, C e D nas bases de dados LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL e Web of Science e na biblioteca eletrônica da Colaboração Cochrane (Tabela 2).

Tabela 2 – Publicações identificadas por meio das estratégias de busca nas bases de dados LILACS, PubMed, Science Direct, Scopus, CINAHL, Web of Science e Cochrane. Recife-PE, 2014.

Estratégias de busca (grupos)	Bases de dados							Total
	LILACS	PubMed	Science Direct	Scopus	CINAHL	Web of Science	Cochrane	
<i>A and B</i>	486	-	890	112	-	-	-	1488
<i>A and C</i>	296	-	94	460	-	-	-	850
<i>A and D</i>	987	-	38	99	-	-	-	1124
<i>A and B and C</i>	-	278	-	-	48	-	68	394
<i>A and C and D</i>	-	283	-	-	63	-	52	398
<i>A and B and D</i>	-	674	-	-	536	-	336	1546
<i>A and B and C and D</i>	-	-	-	-	-	460	-	460
Total	1769	1235	1022	671	647	460	456	6260

Fonte: dados da pesquisa.

A terceira etapa da busca consistiu na análise das referências citadas nos estudos selecionados na etapa anterior¹¹. Procedeu-se ainda a busca na literatura cinzenta com o objetivo de encontrar estudos não publicados em periódicos. Assim, foram consultados o Google Acadêmico e as seguintes bases de dados de teses e dissertações: banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Open Thesis, Open Grey, Ethos, Dart Europe, Library and Archives Canada, Center for Research Libraries e National ETD Portal. Nessa etapa foram identificados 634 estudos.

CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram delineados considerando o tipo de estudo, participantes, intervenção e desfecho¹¹:

- Tipo de estudo: ensaios clínicos controlados randomizados;
- Tipo de participantes: grupo controle (gestantes e/ou nutrizes que receberam orientações de rotina do serviço de saúde sobre aleitamento materno em conjunto ou não com outros atores de sua rede social) e grupo de intervenção (gestantes, nutrizes que receberam algum tipo de intervenção educativa sobre aleitamento materno, adequadamente descrita, em conjunto ou não com outros atores de sua rede social);

- Tipo de intervenção: incluiu-se qualquer intervenção educativa para promoção do aleitamento materno, isoladamente ou combinada;
- Tipo de desfecho: taxa de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade da criança.

Nos critérios de exclusão, foram englobadas as pesquisas desenvolvidas exclusivamente com recém-nascidos prematuros e mães e/ou crianças com doença e/ou característica física que dificultasse ou impedisse a amamentação. Excluíram-se também manuais, capítulos de livros, monografias e editoriais.

Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi executada por dois revisores isoladamente e de reuniões de consenso para solucionar as discordâncias (Figura 1). Procedeu-se as etapas consecutivas de leitura dos títulos, resumos e texto na íntegra¹¹. As pesquisas identificadas em mais de uma base de dados foram consideradas apenas uma vez, sendo registradas na base que obteve o maior quantitativo de pesquisas na busca inicial.

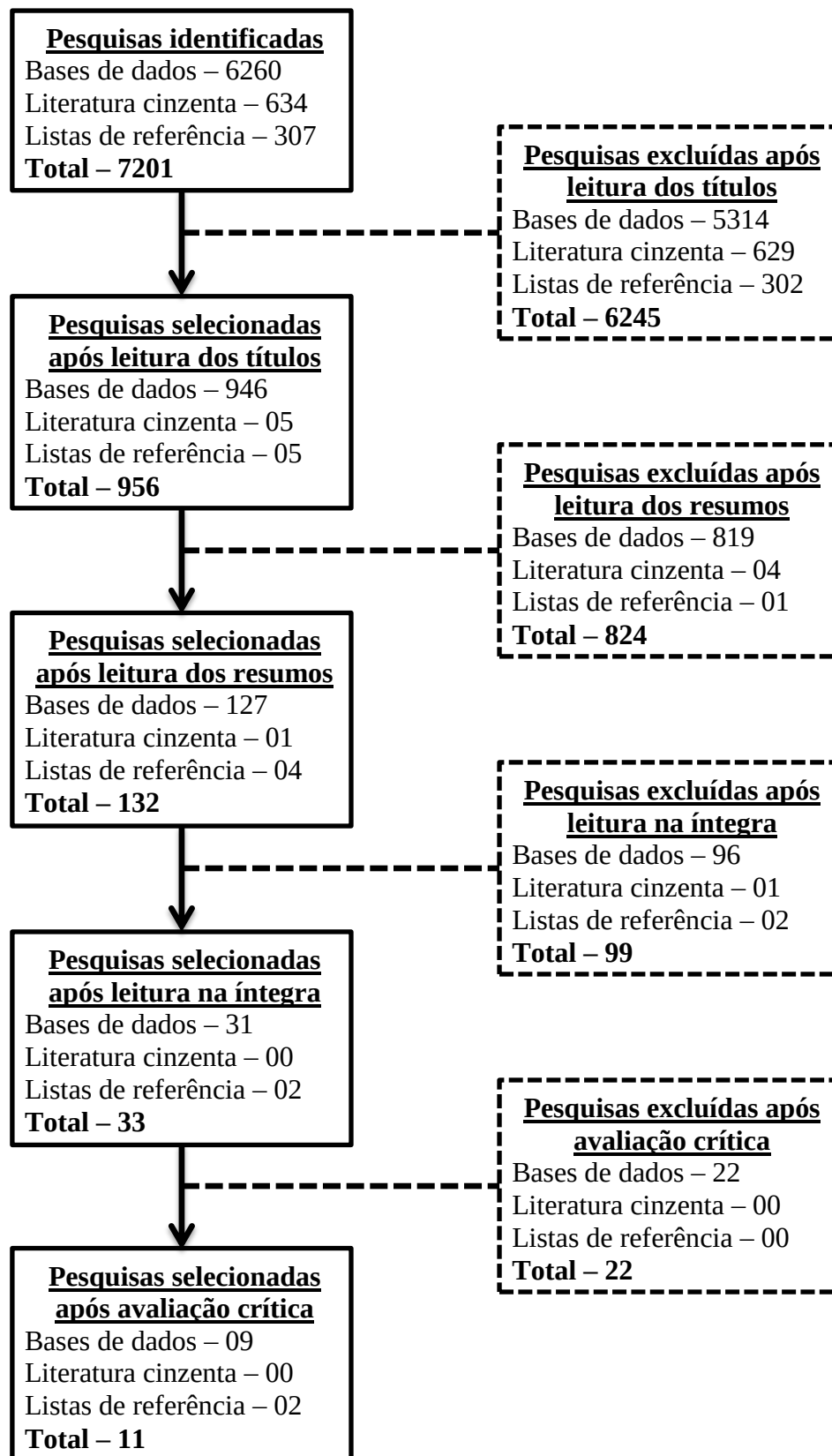
Avaliação dos estudos

A avaliação dos estudos foi realizada por dois revisores isoladamente e em reuniões de consenso para solucionar as discordâncias. Para tanto foi utilizado o instrumento do software JBI-MAS^tARI adaptado por Oliva¹³, devendo a pesquisa atingir o escore mínimo de 60% para ser incluída¹¹. A escala de Jadad também foi empregada nesta etapa, sendo incluídos os estudos que obtiveram, no mínimo, 3 pontos, considerados de alta qualidade¹⁴.

Extração dos dados

A extração dos dados também foi realizada por dois revisores isoladamente e em reuniões de consenso para solucionar as discordâncias. Empregou-se o instrumento do software JBI-MAS^tARI adaptado por Oliva¹³.

Figura 1 – Descrição das etapas executadas para a seleção dos estudos da revisão sistemática identificados nas bases de dados.



Fonte: dados da pesquisa.

Síntese dos dados

A metanálise dos dados foi executada por meio do software Stata versão 13.0. O tamanho do efeito foi estimado pelo odds ratio, sendo calculados seus intervalos de confiança de 95%. Para mensurar a heterogeneidade dos estudos, foram empregados os testes do Qui-quadrado (χ^2) e do I-quadrado (I^2)¹¹. Os estudos foram considerados homogêneos quando o valor de p fosse maior que 0,05. As inconsistências (I^2) de até 25% foram classificadas como baixas, 50% como intermediárias e 75% como altas^{15,16}.

Na análise estatística, aplicou-se, primeiramente, o modelo de efeito fixo, sendo observada a heterogeneidade dos estudos. Fez-se necessário, então, empregar o modelo de efeitos aleatórios, o qual distribui o peso de maneira mais uniforme entre as pesquisas, fornecendo um intervalo de confiança maior¹⁵.

RESULTADOS

Dos 7201 estudos identificados nas buscas nas bases de dados, listas de referências e literatura cinzenta, 11 compuseram o *corpus* da revisão sistemática¹⁷⁻²⁷, cujas características estão descritas na Tabela 3. As pesquisas foram publicadas entre os anos de 1998 e 2014, sendo desenvolvidas em países da Ásia, África, América e Oceania. A Austrália foi o único país no qual mais de um estudo foi realizado.

Tabela 3 – Referências incluídas na revisão sistemática de acordo os autores, ano de publicação, população, local do estudo, intervenções, taxa de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses e avaliação crítica. Recife-PE, 2014.

Autor/ano	População	Local	Intervenções	AME aos seis meses	Tipos de apoio
Bolam et al., 1998 ¹⁷	Puérperas	Nepal	GC: não recebeu intervenção GI1: sessão educativa logo após o parto + visita domiciliar após o parto GI2: sessão educativa logo após o parto GI3: visita domiciliar após o parto	GC: 27/98 GI1: 31/94 GI2: 25/105 GI3: 27/96	Informativo Presencial
Kramer et al., 2001 ¹⁸	Puérperas	República da Bielorrússia	GC: não recebeu intervenção GI: intervenção de apoio ao AM após o parto	GC: 54/8930 GI: 700/8865	Informativo
Forster et al., 2004 ¹⁹	Gestantes	Austrália	GC: intervenção de rotina (sessão educativa + consultor em AM + grupos de apoio + vídeos + visitas domiciliares + aconselhamento por telefone) GI1: aula prática sobre AM + intervenção de rotina GI2: aula sobre mudança de atitude frente ao AM + intervenção de rotina	GC: 22/299 GI1: 26/297 GI2: 25/293	Informativo Presencial Instrumental Emocional
Aidam et al., 2005 ²⁰	Gestantes	Gana	GC: sessões no pré-natal + visitas domiciliares após o parto de educação em saúde GI1: sessões + visitas domiciliares sobre AM desde o pré-natal GI2: sessões + visitas domiciliares sobre AM desde o perinatal (até 48 horas após o parto)	GC: 21/44 GI1: 36/40 GI2: 29/39	Informativo Presencial
Su et al., 2007 ²¹	Gestantes	Singapura	GC: intervenção de rotina (aulas no pré-natal e visitas após o parto) GI1: sessão educativa com vídeo no pré-natal + guias impressos + orientação de consultor em AM + intervenção de rotina GI2: visita domiciliar pelo consultor em AM após o parto + guias impressos + instruções práticas + intervenção de rotina	CG: 11/126 GI1: 23/122 GI2: 22/119	Informativo Presencial Instrumental
Aksu et al., 2011 ²²	Puérperas	Turquia	GC: intervenção de rotina (orientações sobre AM nas primeiras horas após o parto) GI: visitas domiciliares após o parto + intervenção de rotina	CG: 7/30 GI: 13/30	Informativo Presencial Instrumental

Tabela 3 – Referências incluídas na revisão sistemática de acordo os autores, ano de publicação, população, local do estudo, intervenções, taxa de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses e avaliação crítica. Recife-PE, 2014. *(conclusão)*

Autor/ano	População	Local	Intervenções	AME aos seis meses	Tipos de apoio
Wen et al., 2011 ²³	Gestantes	Austrália	GC: visita domiciliar após o parto GI: visitas domiciliares durante a gestação e após o parto	GC: 6/283 GI: 12/278	Informativo Presencial
Ochola et al., 2013 ²⁴	Gestantes	Quênia	GC: sessões educativas em grupo com profissionais da saúde GI1: sessões individualizadas com o investigador e aconselhadoras GI2: visitas domiciliares pelo investigador e aconselhadoras treinadas	GC: 5/89 GI1: 8/87 GI2: 21/89	Informativo Instrumental
Tahir et al., 2013 ²⁵	Puérperas	Malásia	GC: intervenção de rotina (orientações sobre AM durante imunizações + panfletos + orientações com aconselhadores) GI: orientações com aconselhadores por telefone + intervenção de rotina	GC: 19/158 GI: 20/160	Informativo
Bonuck et al., 2014 ²⁶	Gestantes	Estados Unidos	Este estudo apresentou dois ensaios clínicos randomizados: the Best Infant Nutrition for Good Outcomes (BINGO) e the Provider Approaches to Improved Rates of Infant Nutrition and Growth Study (PAIRINGS).		
			BINGO GC: orientações com consultor em AM GI1: sessões educativas no pré-natal + visita domiciliar GI2: consultas no pré-natal com lembrete eletrônico GI3: sessões educativas no pré-natal + visita domiciliar + consultas no pré-natal com lembrete eletrônico	GC: 1/72 GI1: 1/72 GI2: 4/422 GI3: 6/231	Informativo Presencial
			PARINGS GC: orientações com consultor em AM GI: sessões educativas no pré-natal + visita domiciliar + consultas no pré-natal com lembrete eletrônico	GC: 2/125 GI: 2/125	Informativo Presencial
Flax et al., 2014 ²⁷	Gestantes	Nigéria	CG: não recebeu a intervenção GI: aulas sobre AM + mensagens de texto e de voz para o celular + músicas e apresentações teatrais	CG: 43/194 GI: 64/196	Informativo Instrumental

Nota. AM = aleitamento materno AME = aleitamento materno exclusivo (número de mulheres que amamentaram exclusivamente até os seis meses/número total de mulheres no grupo) GC = grupo controle GI = grupo intervenção GI1 = grupo intervenção 1 GI2 = grupo intervenção 2

A maioria das intervenções educativas teve como população-alvo gestantes, revelando, assim, o início dessas atividades de promoção do aleitamento materno no período pré-natal. Constatou-se, entretanto, que apenas um estudo empregou, em uma de suas duas intervenções, uma estratégia que compreendesse não só a mulher, mas outros membros de sua rede social¹⁹. Além disso, apenas um estudo envolveu membros da comunidade onde residiam as nutrizes, sendo realizado uma capacitação para a sua atuação na promoção do aleitamento materno²⁴.

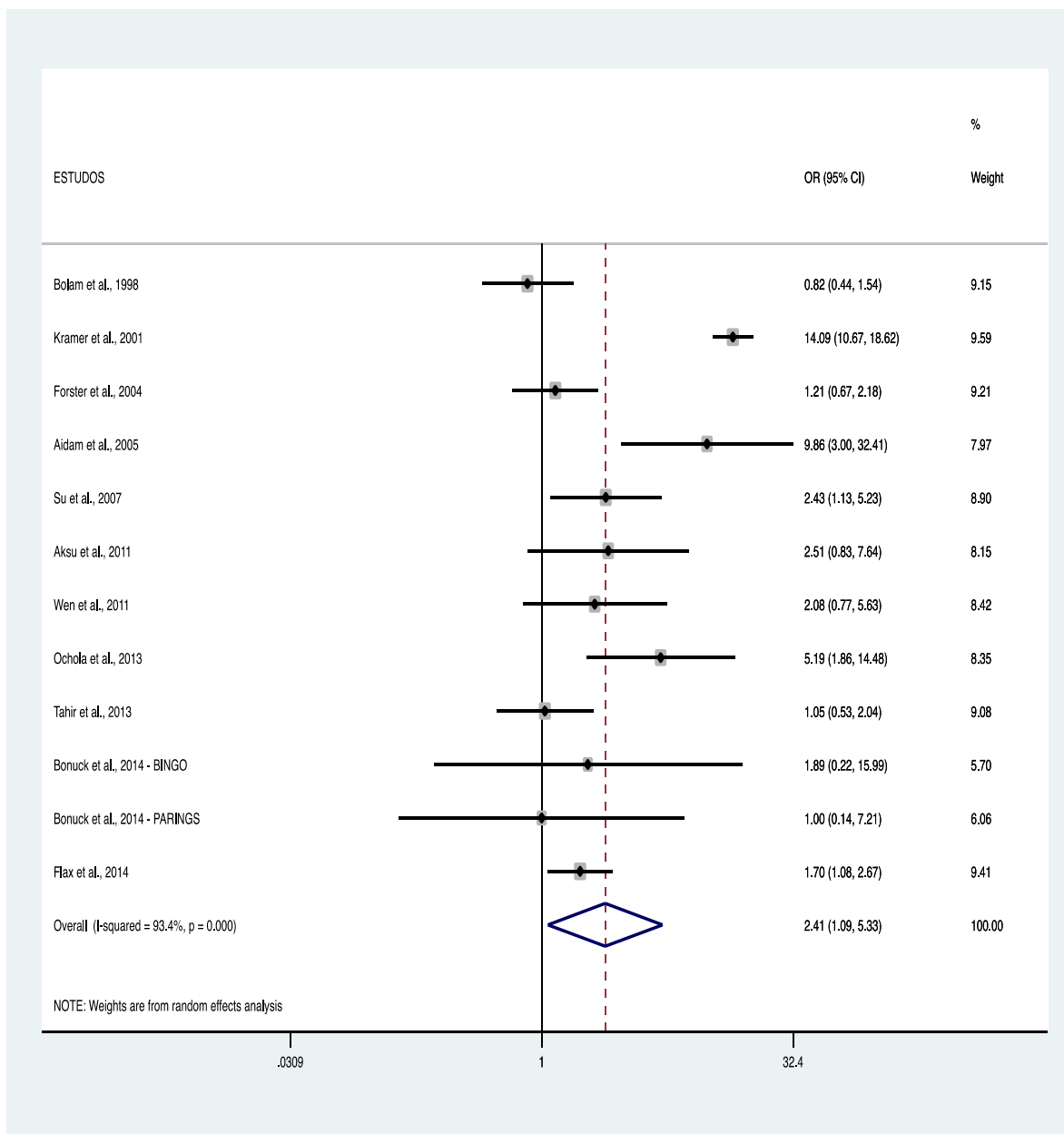
Quanto aos tipos de intervenções educativas, observou-se que a maioria dos estudos fez uso de mais de uma estratégia simultaneamente. As mais adotadas foram as visitas domiciliares, sendo evidenciado também o emprego de outros recursos, como vídeos, telefonemas, aulas teóricas e práticas, guias impressos, panfletos, músicas, apresentações teatrais e mensagens de texto e de voz para telefone celular.

Nenhum dos estudos contemplou em suas intervenções os cinco tipos de apoio de que a mulher necessita para amamentar. O apoio informativo foi o único que esteve presente em todas as estratégias, enquanto que o autoapoio não fez parte de nenhuma das intervenções avaliadas.

Das onze pesquisas incluídas, seis avaliaram mais de uma intervenção^{17,19-21,24,26} com o mesmo grupo controle. Considerando que a independência dos estudos é um dos critérios básicos para a realização da metanálise²⁸, fez-se necessário considerar apenas uma das intervenções dessas pesquisas. Para tanto, foi selecionada aquela aplicada ao maior número de indivíduos. Já o estudo de autoria de Bonuck et al.²⁶ foi composto por dois ensaios clínicos randomizados, the Best Infant Nutrition for Good Outcomes (BINGO) e the Provider Approaches to Improved Rates of Infant Nutrition and Growth Study (PAIRINGS). Procedeu-se, portanto, a análise cada uma dessas intervenções separadamente.

Na análise estatística, o modelo de efeito fixo, utilizado inicialmente, detectou a presença de heterogeneidade entre os estudos X^2 de heterogeneidade ($p < 0.001$) e I^2 (93.4%). Conforme demonstrado na Figura 2, a metanálise, empregando o modelo de efeitos aleatórios, revelou que as intervenções educativas realizadas nos estudos selecionados foram cerca de duas vezes mais efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade (OR: 2.41, IC: 95% 1.09 - 5.33) quando comparadas com as intervenções de rotina empregadas nos grupos controle.

Figura 2 – Efetividade das intervenções educativas para a promoção do aleitamento materno voltadas à mulher e sua rede social quanto à taxa de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de idade. Recife-PE, 2014.



Nota. O estudo desenvolvido por Bonuck et al. foi constituído por dois ensaios clínicos randomizados, the Best Infant Nutrition for Good Outcomes (BINGO) e the Provider Approaches to Improved Rates of Infant Nutrition and Growth Study (PAIRINGS).

Com base nos intervalos de confiança de 95%, foi evidenciado que cinco das doze intervenções foram efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade quando comparadas ao grupo controle^{18,20,21,24,27}.

A intervenção executada por Kramer et al.¹⁸ foi a que apresentou o melhor resultado (OR: 14.09, IC: 95% 10.67 – 18.62). Teve como base o passo 10 da Iniciativa Hospital

Amigo da Criança, que corresponde a formação de grupos de apoio à amamentação, encaminhando as mães a esses grupos na alta hospitalar. Os profissionais que participaram da intervenção receberam um capacitação de 18 horas com ênfase nos métodos para a manutenção da lactação, de promoção do aleitamento materno exclusivo e de forma prolongada e resolução de problemas comuns.

O segundo melhor resultado foi obtido por Aidam et al.²⁰ (OR: 9.86, IC: 95% 3.00 – 32.41), o qual empregou a intervenção desde o pré-natal até o período pós-parto. Foram utilizados materiais específicos sobre aleitamento materno para as mães, os quais foram adaptados de manual da UNICEF, de uma cartilha educativa e de um livro. Mulheres do grupo de intervenção receberam orientações sobre alguns tópicos, dentre eles: definição de aleitamento materno exclusivo, benefícios da amamentação para o bebê e para a mãe, importância do colostro, aleitamento por demanda, técnicas para o posicionamento e pega do bebê, danos causados pelos substitutos do leite materno, prevenção e manejo de problemas de lactação, como ingurgitamento mamário. As mulheres também foram encorajadas a fazer questionamentos durante as sessões educativas.

O grupo que recebeu a intervenção de Ochola et al.²⁴ apresentou cerca de cinco vezes mais chance de amamentar exclusivamente até os seis meses do que o grupo controle (OR: 5.19, IC: 95% 1.86 – 14.48). Nessa pesquisa, mulheres residentes na área do estudo foram selecionadas para atuarem como conselheiras em amamentação, recebendo uma capacitação de 40 horas sobre a temática. Em conjunto com o pesquisador, essas mulheres realizaram sete visitas domiciliares às mães, com início no pré-natal. Foram abordados os benefícios do aleitamento materno exclusivo, posicionamento do bebê durante as mamadas e a prevenção e manejo de intercorrências, como a rachadura dos mamilos e o ingurgitamento mamário.

No estudo de Su et al.²¹, as nutrízes que receberam a intervenção apresentaram uma taxa de aleitamento materno exclusivo aos seis meses cerca de duas vezes maior do que as do grupo controle (OR: 2.43, IC: 95% 1.13 – 5.23). Tais mulheres participaram de uma sessão no pré-natal, na qual foi exibido um vídeo educativo, que abordou os benefícios do aleitamento materno, correto posicionamento do bebê, cuidado com as mamas e preocupações comuns. Elas receberam também guias impressos sobre amamentação e tiveram a oportunidade de conversar com um conselheiro em lactação por aproximadamente 15 minutos.

A intervenção avaliada por Flax et al.²⁷ consistiu em três estratégias: sessões educativas; mensagens de texto e de voz para telefone celular; músicas e apresentações teatrais criadas pelas participantes. As sessões contemplaram a amamentação quanto as recomendações para seu início precoce, benefícios, técnicas e período para introduzir

alimentos complementares. As orientações foram reforçadas por meio de mensagens de texto e de voz enviadas para os telefones celulares disponibilizado para cada grupo de cinco a sete mulheres. As mulheres que participaram dessa intervenção apresentaram 1.7 mais chance de amamentar exclusivamente o seu filho até o sexto mês de vida do que aquelas integrantes do grupo controle (OR: 1.70, IC: 95% 1.08 – 2.67).

DISCUSSÃO

Apesar da recomendação da Organização Mundial da Saúde quanto ao aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida da criança, durante o processo de seleção dos estudos, muitas pesquisas foram excluídas por não mensurarem tal desfecho. Além disso, não foi verificada uma padronização na medição dos demais resultados com relação ao tempo de duração do aleitamento materno, dificultando a comparação dos estudos, no sentido de identificar aquele que apresentou maior efetividade na promoção da amamentação.

O aleitamento materno exclusivo aos seis meses é um importante desfecho a ser considerado, pois confere diversos benefícios não só à saúde da criança, mas também à da mãe, família, comunidade e meio ambiente^{29,30}. Quando comparado com o aleitamento materno exclusivo por quatro meses, essa prática oferece maior proteção à saúde dos bebês contra doenças gastrointestinais, atópicas e respiratórias. Nesse sentido, crianças amamentadas apenas por quatro a seis meses apresentam um risco quatro vezes maior de desenvolver pneumonia. Além disso, prolonga o período de amenorreia, aumentando o espaçamento entre as gravidezes, o que reduz o risco de nascimento de um bebê prematuro²⁹.

Embora a maioria das intervenções educativas avaliadas tenha obtido uma maior efetividade na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses, quando comparadas aos seus respectivos grupos controle, percebeu-se que seu impacto poderia ser ampliado caso passassem a contemplar não só a mulher, mas também outros membros de sua rede social. Ademais, deveriam ser fortalecidos os outros tipos de apoio, além do informativo, desde o período pré-natal até a puericultura.

A análise das pesquisas selecionadas permitiu identificar que uma parcela significativa das intervenções avaliadas não contemplou as mães desde o período pré-natal, as envolvendo apenas no puerpério^{17,18,22,25}. Dentre elas, encontra-se aquela desenvolvida por Bolam et al.¹⁷, a qual analisou uma intervenção composta por sessão educativa após o parto, sendo observada uma menor efetividade no grupo intervenção quanto ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses. Esse resultado pode estar relacionado com o período em que a ação educativa foi

aplicada, pois é imprescindível que a promoção do aleitamento materno seja inserida antes do parto, visto que é nesse estágio que muitas mulheres decidem amamentar ou não³¹.

Os programas educacionais e o apoio contínuo, inseridos desde o pré-natal, podem melhorar o início e duração da amamentação²⁹. Nesse sentido, o estudo de Aidam et al.²⁰ empregou sessões educativas e visitas domiciliares com abordagem sobre aleitamento materno desde o pré-natal. As mulheres que participaram dessa intervenção apresentaram cerca de dez vezes mais chance de amamentar exclusivamente seu filho até o sexto mês de vida do que as integrantes do grupo controle. Destaca-se também a pesquisa de Wen et al.²³ que comparou o efeito de visitas domiciliares iniciadas no pré-natal (grupo intervenção) com aquelas ocorridas apenas após o parto (grupo controle). Observou-se uma tendência do grupo intervenção em apresentar maior efetividade com relação ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses.

Em estudo desenvolvido no Paquistão, a taxa de mães que iniciaram a amamentação imediatamente após o parto foi significativamente maior no grupo com aconselhamento pré-natal do que entre aquelas que não receberam esse tipo de acompanhamento (96% e 84%, respectivamente). O número de mulheres que praticaram o aleitamento materno exclusivo também foi estatisticamente maior no grupo intervenção (68% vs. 16%)³³.

Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada na Índia, onde a maioria das mães que recebeu aconselhamento no pré-natal iniciou a amamentação logo após o nascimento da criança, quando comparadas àquelas que não participaram dessa intervenção³⁴. Dessa forma, percebe-se que o aconselhamento pré-natal ajuda a motivar as mulheres para o início da amamentação imediatamente após o parto e manter o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê³³.

Ao considerar a multidimensionalidade no âmbito das práticas alimentares infantis, percebeu-se que os profissionais da saúde precisam dar maior ênfase ao apoio social³⁵, visto que apenas um estudo analisado aplicou uma intervenção que abrangia, além da mulher, outros membros de sua rede social. Nele foi projetada uma intervenção que objetivava mudar as atitudes frente à amamentação. As mulheres foram encorajadas a convidar seus parceiros ou outras pessoas significativas para participar da ação educativa¹⁹. Outros indivíduos devem ser envolvidos no contexto da amamentação desde o pré-natal até a puericultura para que possam apoiar a mulher no suprimento de suas necessidades, contribuindo para o sucesso do aleitamento materno³⁵.

Estudo desenvolvido no Brasil constatou que as nutrizes as quais contam com o apoio de parentes possuem um menor risco de alimentarem seus filhos com leite artificial. Assim,

um maior número de familiares que podem ajudar a mãe está associado a uma menor chance de a criança ser alimentada de forma artificial. O baixo apoio social, sobretudo o informativo e o emocional, aumenta em cerca de três vezes a probabilidade de aleitamento artificial³⁵.

A amamentação é um processo que não se restringe apenas ao desejo e decisão das mães, depende também do cenário sociocultural em que elas estão inseridas. Nesse contexto, destaca-se a importância da rede social, sobretudo as figuras do companheiro e da avó, os quais são considerados as principais fontes de apoio à mulher que amamenta. Os profissionais da saúde devem ampliar o seu olhar sobre as famílias que amamentam, a fim de envolver pessoas de referência para a nutriz, tais como familiares e outros membros da rede social, nas atividades de promoção do aleitamento materno⁸.

No cenário da amamentação, o apoio social exerce influência positiva na autoeficácia materna para essa prática³⁶, a qual é um fator que interfere na sua exclusividade e duração³⁷. Considerando que o apoio social é um elemento modificável, pode-se implementar estratégias as quais fortaleçam a rede social da mulher, de maneira a aumentar a sua autoeficácia. Para tanto, é necessário que o profissional da saúde, inicialmente, conheça a rede social da mesma, identificando os indivíduos que a compõem bem como os tipos de vínculo estabelecidos entre eles, a fim de direcionar as suas intervenções para a promoção do aleitamento materno³⁶.

A participação de membros das comunidades nas quais as nutrizes residiam foi pouco expressiva nas atividades para a promoção do aleitamento materno. É necessário, assim, que sejam ampliadas e fortalecidas as intervenções que abranjam esses indivíduos, por meio de capacitações no contexto da amamentação, possibilitando sua atuação como apoiadores e disseminadores dessa prática.

Na intervenção de Ochola et al.²⁴, mulheres que residiam no local do estudo atuaram como conselheiras em amamentação. Elas participaram de uma capacitação que abordou o aleitamento materno quanto aos seus benefícios, manejo dos problemas mais comuns e introdução da alimentação complementar. As habilidades em aconselhamento foram ensinadas por meio de demonstração, seguidas de atividades práticas em uma área semelhante à de pesquisa.

Outro estudo de revisão sistemática também destacou a importância da inclusão de outras pessoas, além dos profissionais da saúde, na promoção do aleitamento materno. Elas podem não só residir na mesma localidade que a nutriz, como também compartilhar outras características socioeconômicas ou ainda já ter vivenciado a experiência de amamentar. O apoio desses sujeitos teve um efeito significativo para o aleitamento materno, reduzindo o risco de não amamentar em 30% em países de baixa ou média renda e em 7% em países de

alta renda. O risco de não amamentar exclusivamente nos seis primeiros meses de vida da criança diminuiu em 37% em países de baixa ou média renda e em 10%, nos de alta renda³⁸.

No contexto da amamentação, o apoio de outros indivíduos pode estar associado a benefícios psicossociais, reconhecidos não só pelas mulheres, mas também pelos profissionais da saúde. As nutrizes se sentem mais confiantes para amamentar e ressaltam a importância da disponibilidade desta iniciativa para todas as mães. Os profissionais da saúde, por sua vez, percebem uma melhor adesão das mulheres nas consultas durante o período pré-natal e após o parto³⁹.

O conjunto dos cinco tipos de apoio, informativo, emocional, presencial, instrumental e autoapoio, direcionado à mulher que amamenta não esteve presente em nenhuma das intervenções avaliadas. Apenas o apoio informativo foi contemplado em todos os estudos, o que sugere que as atividades de promoção do aleitamento materno podem estar enfatizando o conteúdo informativo, em detrimento das demais necessidades da mulher.

O autoapoio não foi alvo de nenhuma das intervenções avaliadas, o que pode dificultar a adesão da mulher ao aleitamento materno. O profissional da saúde deve estimular a mulher para que ela tenha autoconfiança, deseje o sucesso e se mantenha determinada para amamentar. Deve ser fortalecido o autoapoio de outros membros da rede social da nutriz, dentre eles seu companheiro e a avó da criança⁸.

Dentre outros aspectos, o autoapoio paterno compreende manter expectativas positivas sobre o aleitamento materno, buscar ampliar o seu conhecimento sobre essa prática, manter-se disponível para apoiar e ajudar a mulher, com postura agregadora, e entender as mudanças na relação conjugal decorrentes do nascimento do bebê. O autoapoio da avó significa manter-se disposta a aprender mais sobre a amamentação, reavaliando seus conceitos e atitudes que podem interferir de forma negativa nesse processo⁸.

Apesar de a maioria das pesquisas ter aplicado, simultaneamente, mais de um tipo de estratégia educativa para a promoção do aleitamento materno, observou-se que as visitas domiciliares foram as mais utilizadas^{17,19-24,26}. Elas possibilitam ao profissional da saúde, a partir do conhecimento da realidade da mulher e sua família in loco, o fortalecimento do vínculo com esses indivíduos, e sua atuação na promoção da saúde. Permitem, por meio da inserção no âmbito familiar, a constante avaliação, visão crítica, planejamento e readaptação, os quais são imprescindíveis para que se possa estabelecer um cuidado adequado ao indivíduo em comunidade. Assim, as visitas domiciliares são importante oportunidade para serem explorados e fortalecidos os apoios informativo, emocional, presencial, instrumental e autoapoio, compreendendo não só a nutriz, mas também outros membros de sua rede social.

Ensaio clínico randomizado desenvolvido em três países africanos, Burkina Faso, Uganda e África do Sul, avaliou uma intervenção educativa composta por visitas domiciliares realizadas por membros das comunidades nas quais residiam as nutrizes. Esses indivíduos foram previamente capacitados sobre a amamentação durante uma semana. Evidenciou-se que, nos três países, a prevalência de aleitamento materno exclusivo após 12 semanas do parto foi cerca de duas vezes maior do que no grupo controle⁴⁰.

CONCLUSÕES

As intervenções educativas avaliadas pelos ensaios clínicos selecionados nesta revisão mostraram uma efetividade duas vezes maior na promoção do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança, quando comparadas às práticas de rotina. Observou-se, todavia, a necessidade de novos estudos com estratégias que compreendam, além da mulher, outros membros de sua rede social desde o período pré-natal, perdurando até a puericultura, e que meçam a taxa de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade. Ademais, outras pessoas, não só os profissionais da saúde, deveriam ser capacitadas para atuarem como apoiadoras da amamentação, como as que já vivenciaram essa prática e/ou que compartilham características socioeconômicas com a nutriz. Salienta-se também que novas pesquisas precisam abranger os cinco tipos de apoio (informativo, emocional, presencial, instrumental e autoapoio) dos quais a mãe necessita para amamentar, como meio de contemplá-la de maneira holística.

RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O conhecimento da efetividade das estratégias para promoção do aleitamento materno, bem como dos modelos de intervenção com melhor resultado, são fundamentais no sentido de direcionar as práticas clínicas dos profissionais da saúde. Da mesma maneira, a identificação de lacunas nessas ações propicia o seu aperfeiçoamento antes de aplicá-las, visando suprir as necessidades da mulher e de sua rede social. Assim, novos formatos de intervenções também podem ser propostos e, posteriormente, avaliados.

REFERÊNCIAS

1. Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of

human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.

2. Tharner A, Luijk MP, Raat H, Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Moll HA, et al. Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *J Dev Behav Pediatr*. 2012;33:396-404.

3. WHO/UNICEF. Nutrition: infant and young child feeding. 2014. Disponível em: <<http://data.unicef.org/nutrition/iycf>>. Acesso em: 1 out 2014.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

5. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs* 2014;70:587-98.

6. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: The importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery*. 2011;27:53-9.

7. Junges CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):343-50.

8. Sousa AM, Fraccolli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev. Panam. Salud Públ*. 2013;34(2):127-34.

9. De-la-Torre-Ugarte MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Systematic review: general notions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(5): 1260-6.

10. Kjelland K, Corley D, Slusher I, Moe K, Brockopp D. The best for baby card: an evaluation of factors that influence women's decisions to breastfeed. *newborn and infant nursing reviews*. 2014;14(1):23-7.

11. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2011 edition. Adelaide (Australia): Royal Adelaide Hospital; 2011.

12. Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida. 207p. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública; Universidad del Valle; Organización Panamericana de la Salud; 2004. 207 p.

13. Oliva CL. O agrupamento de cuidados no manejo do recém-nascido pré-termo: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

14. Jadad AR, Moore A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding is necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17(1):1-12.

15. Berwanger O, Suzumura EA, Buehler AM, Oliveira JB. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2007;19(4):475-80.

16. Rodrigues CL, Ziegelmann PK. Metanálise: um guia prático. *Rev HCPA*. 2010;30(4):436-47.
17. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Costello AM. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. *BMJ*. 1998;316(7134): 805-11.
18. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). *JAMA*. 2001;285(4): 413-20.
19. Forster 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.
20. Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Lartey A. Lactation counseling increases exclusive breastfeeding rates in Ghana. *J. Nutr*. 2005;135(7):1691-5.
21. Su L, Chong Y, Chan Y, Chan Y, Fok D, Tun K et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335(7620):596.
22. Aksu H, Kucuk M, Duzgun G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24(2):354-361.
23. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Flood VM. Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and “tummy time”: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(8):701-7.
24. Ochola SA, Labadarios D, Nduati RW. Impact of counselling on exclusive breast-feeding practices in a poor urban setting in Kenya: a randomized controlled trial. *Pub Health Nutr*. 2013;16(10):1732-40.
25. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices?: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(1):16-25.
26. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, Labbok MH, Fletcher J, Bernstein PS. Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity. *Am J Public Health*. 2014;104(S1):S119-S127.
27. Flax VL, Negerie M, Ibrahim AU, Leatherman S, Daza EJ, Bentley ME. Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases nigerian women’s adherence to international breastfeeding recommendations. *J. Nutr*. 2014;144(7):1120-4.
28. Sampaio RF, Mancini MC. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. *Rev. bras. fisioter*. 2007;11(1):83-9.
29. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.

30. Clark SGJ, Bungum TJ. The benefits of breastfeeding: an introduction for health educators. *CJHP*. 2003;1(3):158-63.
31. Izatt SD. Breastfeeding counseling by healthcare providers. *J Hum Lact*. 1997;13:109-13.
32. Shaikh U and the Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #14: Breastfeeding friendly physicians office, part 1: Optimizing care for infants and children. *Breastfeed Med*. 2006;1:115-9.
33. Ahmad MO, Sughra U, Kalsoom U, Imran M, Hadi U. Effect of antenatal counselling on exclusive breastfeeding. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2012;24(2):116-9.
34. Dhandapany G, Bethou A, Arunagirinathan A, Ananthakrishnan S. Antenatal counseling on breastfeeding —is it adequate? A descriptive study from Pondicherry, India. *Int Breastfeed J*. 2008;3:3-5.
35. Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(2):367-76.
36. McCarter-Spaulding D, Gore R. Social support improves breastfeeding self-efficacy in a sample of black women. *Clinical lactation*. 2012;3(3):112-5.
37. Wu DS, Hu J, McCoy TP, Efird JT. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *J Adv Nurs*. 2014;70(8):1867-79.
38. Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*. 2012;344:d828736.
39. Ingram J. A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):192.
40. Tylleskär T, Jackson D, Meda N, Engebretsen IMS, Chopra M, Diallo AH et al. Exclusive breastfeeding promotion by peer counsellors in sub-Saharan Africa (PROMISE-EBF): a cluster-randomised trial. *The Lancet*. 2011;378(9789):420-7.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que as estratégias para promoção do aleitamento materno tiveram como foco o apoio informativo, não contemplando, com frequência, os apoios emocional, presencial, instrumental e autoapoio. Na revisão integrativa, esse fato pôde ser constatado nos estudos primários, como também no processo de discussão dos resultados pelos autores das revisões integrativas e sistemáticas. Esses não têm analisado as estratégias de promoção do aleitamento materno na perspectiva dos apoios à mulher/nutriz.

As intervenções educativas aplicadas nos ensaios clínicos controlados randomizados, selecionados na revisão sistemática, se mostraram duas vezes mais efetivas na promoção do aleitamento materno exclusivo ao seis meses de idade em comparação com as ações de rotina. Apesar do êxito dessas intervenções, percebeu-se que o seu impacto poderia ser ampliado caso os profissionais da saúde dessem maior ênfase ao apoio social.

Os profissionais da saúde devem ampliar o seu olhar sobre o aleitamento materno, desenvolvendo novos estudos com intervenções iniciadas no pré-natal, as quais envolvam a mulher e outros membros da sua rede social até a puericultura. Além disso, essas ações devem compreender o conjunto dos cinco tipos de apoio (informativo, emocional, presencial, instrumental e autoapoio) como meio de empoderar a mulher durante todo o processo de amamentação do seu filho.

A síntese das evidências científicas identificadas neste estudo pode contribuir para a prática clínica, direcionando as ações dos profissionais da saúde para a promoção do aleitamento materno alicerçada na Prática Baseada em Evidência. Ademais, a identificação das lacunas quanto ao conjunto dos cinco tipos nas intervenções educativas analisadas pode estimular os profissionais a incorporarem esses apoios em suas ações.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; 2009. 112 p.
2. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enfermagem*. 2013;18(1):148-55.
3. Feijó AM, Schwartz E, Muniz RM, Santos BP, Viegas AC, Lima LM. Inter-relations of the social network from the man with cancer in the bioecological perspective: contributions to the nursing. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012;21(4):783-91.
4. Marques ES, Cotta RMM, Botelho MIV, Franceschini SCC, Araújo RMA, Lopes LL. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. *Physis*. 2010;20(1):261-81.
5. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 2010;15(1):1391-400.
6. Sousa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2013;34(2):127-34.
7. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):8 telas.
8. Monte GCSB. Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
9. Nóbrega LLR, Bezerra FPF. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010;11(número especial):42-52.
10. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate*. 2013;37(96):130-8.
11. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos da Escola de Saúde Pública, Ceará*. 2005;1(1):17-25.
12. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010;11(2):53-62.
13. Martins RFM, Loureiro Filho RHL, Fernandes FSF, Fernandes JKB. Amamentação e fatores relacionados ao desmame precoce: uma revisão crítica da literatura. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2012;13(3):47-52.

14. Albuquerque CM, Braga AA, Falcão TG, Oliveira ICL, Vasconcelos VM, Frota MA, et al. Aleitamento materno: conhecimento das gestantes na consulta de pré-natal. *Cadernos da Escola de Saúde Pública, Ceará*. 2009;3(1):16-23.
15. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. The use of social network methodological framework in nursing care to breastfeeding women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17(3):354-60.
16. Carvalho SM, Luciano R, Eller MEIS, Souza KS, Savoldi NAM. Práticas educativas na promoção da amamentação e valorização da cultura: uma análise de experiência. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*. 2010;2(Ed. Supl.):793-6.
17. Dodt RCM, Javorski M, Nascimento LA, Ferreira AMV, Tupinambá MC, Ximenes LB. Album series about breastfeeding: breastfeeding mothers with educational intervention in immediate postpartum. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2013;7(5):1469-75.
18. Soares SM, Silva LB, Silva PAB. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2011;15(4):818-24.
19. Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*. 2001;17:326-43.
20. Lavender T, Baker L, Smyth R, Collins S, Spofforth A, Dey P. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2005;112(8):1047-53.
21. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *The Annals of Family Medicine*. 2003;1(2):70-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
23. Primo CC, Cuquetto SC, Laignier MR, Lima EFA, Leite FMC. Diagnósticos de enfermagem relacionados ao fenômeno amamentação exclusiva. *Cogitare enferm*. 2013;18(2):215-21.
24. Carvalho OMC, Silva KR, Andrade LZC, Silva VM, Lopes MVO. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em unidade básica de saúde. 2014;15(1):99-107.
25. Rivemais MC, Azevedo ACC, Bastos PL. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. *Rev enferm UERJ* 2010;18(1):132-7.

26. Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Issues involved in establishing and maintaining exclusive breastfeeding, from the perspective of women attended at a primary healthcare unit. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2010;14(33):315-27.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília; 2009. 119 p.
28. Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida. 207p. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública; Universidad del Valle; Organización Panamericana de la Salud; 2004. 207 p.
29. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. Brasília; 2010.
31. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Boccolini PMM. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2013;84(2):154-60.
32. Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10(1):25-37.
33. Oddy WH. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *Journal of Pediatrics (Rio J)*. 2013;89:109-11.
34. Fonseca AL, Albernaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, Figueiredo VL. Impact of breastfeeding on the intelligence quotient of eight-year-old children. *Journal of Pediatrics (Rio J)*. 2013;89:346-53.
35. Kull I, Almqvist C, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Breast-feeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2004;114:755-60.
36. Kull I, Bohme M, Wahlgren CF, Nordvall L, Pershagen G, Wickman M. Breast-feeding reduces the risk for childhood eczema. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2005;116:657-61.
37. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(Suppl 3):S15.
38. Kull I, Melen E, Alm J, Hallberg J, Svartengren M, Van Hage M, Pershagen G, Wickman M, Bergström A. Breast-feeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;125(2010):1013-9.
39. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128:103-10.

40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede amamenta brasil: os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
41. Martins LA, Aguiar ACSA, Ribeiro JF, Araújo RT, Silva LWS, Nunes ECDA. Amamentação como fator de preservação do meio ambiente. *Revista Saúde.com*. 2010;8(1):57-71.
42. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012;34(1):28-33
43. Caminha MFC, Batista FM, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(2):240-8.
44. Rezende MA, Sawaia BB, Padilha K G. “Mãe boa amamenta” ou a força da ideologia. *Família, Saúde & Desenvolvimento*. 2002;4(2):154-62.
46. Muller M. The baby killer: a War on Want investigation into the promotion and sale of powdered baby milks in the Third World. London: War on Want; 1974.
46. Barbosa JAG, Santos FPC, Silva PMC. Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce. *Revista Tecer*. 2013;6(11):154-65.
47. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2461-8.
48. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(4):641-54.
49. Brasil. Lei n. 11.770/08. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.122 de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União* 2008; 9 set.
50. Lundberg PC, Thu TTN: Breast-feeding attitudes and practices among vietnamese mothers in Ho Chi Minh City. *Midwifery*. 2012;28(22):252-7.
51. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Br). Nota técnica conjunta nº 01/2010 ANVISA e Ministério da Saúde. Assunto: Sala de apoio à amamentação em empresas. Brasília (DF): ANVISA; 2010.
52. Peres PLP, Pegoraro AO. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. *Revista Enfermagem UERJ*. 2014; 22(2):278-85.
53. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005;7(2):207-14.
54. Carrascoza KC, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*. 2005;22(4):433-40.

55. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*. 2010;23(4):135-45.
56. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery*. 2011;27:53-9.
57. Gonçalves TA, Pawlowiski J, Bandeira DR, Piccini CA. Avaliação do apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1755-69.
58. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*. 2003;79(5):385-90.
59. Sanicola L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. São Paulo: Veras Editora. 2008.
60. Silva LR, Eller MEIS, Carvalho SM, Menezes IM. Dimensões sociais que interferem e/ou potencializam a experiência da amamentação de mães de recém nascidos egressos de UTI Neonatal. *Revista de pesquisa: cuidado é fundam online*. 2010;2(Ed. Supl.):732-6.
61. Silva LR, Cruz LA, Macedo EC, Silva LR, Gomes MN. A influência das avós no aleitamento materno de seus netos: crenças e práticas culturais. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*. 2013;5(4):643-51
62. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. *International Breastfeeding Journal*. 2012;25:7-15.
63. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Predictors of Breastfeeding Duration among Women in Kuwait: Results of a Prospective Cohort Study. *Nutrients*. 2014;6(2):711-28.
64. Polido CG, Mello DF, Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete, VLO. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011;24(5):624-30.
65. Caetano LC, Nascimento GS, Nascimento MCA. A família e a prática de amamentação em bebês de baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2011;13(3):431-8.
66. Pilkauskas NV. Breastfeeding initiation and duration in coresident grandparent, mother and infant households. *Maternal and Child Health Journal*. 2014;18(8):955-63.
67. Takemoto AY, Santos AL, Okubo P, Bercini LO, Marcon SS. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2011;10(3):444-51.
68. Lamy ZC. Reflexões sobre o apoio paterno: profissionais e serviços de saúde contribuem para seu desenvolvimento? *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30(3):304-5.
69. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*. 2011;27(2):115-21.
70. Toneli MJ, Medrado B, Trindade ZA, Lyra J. O pai está esperando? Políticas públicas de saúde para a gravidez na adolescência. Florianópolis: Editora Mulheres; 2011.

71. Silva PP, Silveira RB, Mascarenhas MLW, Kaufmann CC, Albernaz EP. aleitamento materno. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;31:306-13.
72. Sherriff N, Hall V, Panton C. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Midwifery*. 2014;30(6):667-77.
73. Nickerson LE, Sykes AC, Fung TT. Mothers' experience of fathers' support for breast-feeding. *Public Health Nutrition*. 2012;27:1-8.
74. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30:122-30.
75. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factor influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*. 2000;106:e67.
76. Cox K, Giglia R, Zhao Y, Binns CW. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge in Rural Western Australia. *Journal of Human Lactation*. 2014;1-10.
77. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Brazilian Journal of Nutrition*. 2008;99:1127-32.
78. Silva PP, Silveira RB, Mascarenhas MLW, Kaufmann CC, Albernaz EP. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;31:306-13.
79. Falceto OG, Giugliani ER, Fernandes CL. Couples' relationships and breastfeeding: is there an association? *Journal of Human Lactation*. 2004;20:46-55.
80. Susin LRO, Giugliani ERJ. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39(2):141-7.
81. Teixeira MA, Nitschke RG, De Gasperi P, Siedler MJ. Significado das avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006;15(1):98-106.
82. Bernie K. The Factors Influencing Young Mothers' Infant Feeding Decisions: The Views of Healthcare Professionals and Voluntary Workers on the Role of the Baby's Maternal Grandmother. *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(3):161-5.
83. Paulics V, Piani PP. Rezadeiras e médicos superam preconceitos e se tornam parceiros na redução da mortalidade infantil. *Saúde. Programa Soro, Raízes e Rezas*. Maranguape-CE. 2003.
84. Maciel MRA, Guarim Neto G. Um olhar sobre as benzedeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. *Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi Ciênc. hum.* 2006;1(3):61-77.
85. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014;114(8):1203-7.

86. Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12-149.
87. Pentecost R, Grassley JS. Adolescents' Needs for Nurses' Support When Initiating Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2014;30(2):224-8.
88. Nascimento VC, Oliveira MIC, Alves VH, Silva KS. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2013;13(2):147-59.
89. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl1):1547-54.
90. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. 2010;18:55-60.
91. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2014;67(1):13-21.
92. Chagas NR, Ramos IC, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. *Ciencia y enfermería*. 2009; XV(2):35-40.
93. Joanna Briggs Institute. Best practice information sheet: women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *Nursing & Health Sciences*. 2012;14(1):133-5.
94. Tarrant M, Dodgson JE, Wu KM. Factors contributing to early breast-feeding cessation among Chinese mothers: An exploratory study. *Midwifery*. 2014;30(2014):1088-95.
95. Queiroz PP, Pontes CM. Significados das ações educativas de enfermagem centradas na amamentação na perspectiva das nutrízes e familiares. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; 3(8):95-103.
96. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
97. Lima LS, Souza SNDH. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2013;34(1):73-90.
98. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008;12(2):2133-44.
99. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.
100. Tacla MTGM. Ouvir, entender, orientar. In: Castro, LMCP; Araújo, LDS. Aleitamento materno: manual prático. Londrina: AMS, 2006, p. 51-54.

101. Silva IA. O profissional reconhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Família, saúde e desenvolvimento*. 2001;3(1):7-14.
102. Rezende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLO, Chiesa, AM, Bertolozzi, MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2002;10(2):234-8.
103. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2006;15(2): 277-86.
104. Joventino ES, Dodt RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(1):176-84.
105. Almeida NAM, Fernandes AG, Araújo CG. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista eletrônica de enf.* 2004; 6(3):358-67.
106. Carvalho JKM, Carvalho CG, Magalhães SR. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *e-Scientia*. 2011;4(2):11-20.
107. Hall J. Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*. 2011;27(4):497-502.
108. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21:1943-54.
109. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(5):711-8.
110. Group E-BMW. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*. 1992;268(17):2420-5.
111. De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Systematic review: general notions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(5):1260-6.
112. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Angelo M, et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(3):777-86.
113. Galvão MC, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2002;10(5):690-5.
114. Pereira RP, Cardoso MJ, Martins MA. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista Enfermagem Referência*. 2012;3(7):55-62.
115. Dicenso A, Guyat G, Ciliska D. Evidence-based nursing – a guide to clinical practice. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.

116. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2011 edition. Adelaide (Australia): Royal Adelaide Hospital; 2011.
117. Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD, Oxman AD. Introduction. In: Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1. Melbourne: The Cochrane Collaboration; 2011.
118. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. Practical Evidence-Based Physiotherapy. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2011.
119. Whitemore, R. and K. Knafl . The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 2005;52(5):546-53.
120. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paulista de enfermagem. 2009;22(4):434-8.
121. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem. 2008;17(4):758-64.
122. Critical Appraisal Skills Programme: making sense of evidence about clinical effectiveness: 10 questions to help you make sense of a review. Disponível em: < <http://www.casp-uk.net/wp-content/uploads/2011/11/CASP-Systematic-Review-Checklist-31.05.13.pdf>>
123. Barbosa FT. Introdução a revisão sistemática: a pesquisa do futuro. Maceió: 2013.
124. Oliva CL. O agrupamento de cuidados no manejo do recém-nascido pré-termo: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
125. Jadad AR, Moore A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding is necessary? Controlled Clinical Trials. 1996;17(1):1-12.
126. Berwanger O, Suzumura EA, Buehler AM, Oliveira JB. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007;19(4):475-80.
127. Rodrigues CL, Ziegelmann PK. Metanálise: um guia prático. Rev HCPA. 2010;30(4):436-47.
128. Martinez EZ. Metanálise de ensaios clínicos controlados aleatorizados: aspectos quantitativos. Medicina (Ribeirão Preto. Online). 2007;40(2), 223-35.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados¹

1. IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo	
Título do periódico	
Base de dados	
Autores	1º - Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ 2º - Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ 3º - Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ 4º - Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ 5º - Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ 6º - Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____
País de origem dos autores	
Idioma	
Ano de publicação	
Instituição sede do estudo	☐ Hospital ☐ Universidade ☐ Centro de pesquisa ☐ Instituição única ☐ Pesquisa multicêntrica ☐ Outras instituições ☐ Não identifica o local
Tipo de revista científica	☐ Publicação de Enfermagem ☐ Publicação Médica ☐ Publicação de outras áreas da saúde

	Especificar: _____
--	--------------------

2. OBJETIVO DO ESTUDO

_____ _____

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS

Pergunta de pesquisa	
Tipo de publicação	☐ Revisão sistemática com metanálise ☐ Revisão sistemática descritiva ☐ Revisão integrativa
Seleção dos estudos	Bases de dados pesquisadas: _____ _____ Descritores utilizados: _____ _____ Critérios de inclusão: _____ _____ Critérios de exclusão: _____ _____ _____ As pesquisas foram selecionadas a partir das etapas consecutivas de leitura dos títulos, resumos e textos completos? ☐ Sim ☐ Não Como? _____
Instrumento de avaliação dos estudos	
Estudos incluídos	☐ Revisão sistemática ☐ Revisão integrativa Ensaio clínico: ☐ randomizado ☐ não randomizado ☐ Experimental individual ☐ Estudos quase-experimentais ☐ Coorte ☐ Caso-controle ☐ Série de casos ☐ Relato de caso ☐ Relato de experiência

**APÊNDICE B – Instrumento de avaliação do rigor metodológico das revisões
integrativas selecionadas***

Título do estudo: _____ código: _____

QUESTÕES	ESPECIFICAÇÕES	AValiação
Caso a resposta das duas primeiras questões seja “sim”, está indicado responder as demais questões. Caso contrário, o artigo será excluído.		
1) A pergunta norteadora está clara?	() Considerar se a pergunta está coerente com o objetivo.	() Sim () Em parte () Não
2) A busca na literatura foi adequada?	Considerar: () Consulta de bases de dados nacionais e internacionais; () Utilização de descritores indexados e relacionados à pergunta; () Utilização de operadores booleanos.	() Sim () Em parte () Não
3) Os critérios de inclusão e exclusão estão bem delimitados?	Considerar: () Pergunta norteadora; () Tipos de estudos; () Ano de publicação; () Idiomas; () Acesso aos estudos;	() Sim () Em parte () Não
4) Os procedimentos de busca e seleção foram adequados?	() Busca e seleção dos estudos por dois revisores independentes; () Seleção através das etapas consecutivas de leitura dos títulos, resumos e textos na íntegra.	() Sim () Em parte () Não
5) A coleta dos dados foi apropriada?	Considerar: () Uso de instrumento validado ou adaptado de instrumento validado; e/ou () Descrição dos tipos de informações	() Sim () Em parte () Não

³ Adaptado do instrumento de Pompeo

	extraídas.	
6) A avaliação dos estudos foi adequada?	Considerar: ☐ Uso de instrumento validado ou adaptado de instrumento validado; e/ou ☐ Descrição dos critérios adotados; ☐ Análise do nível de evidência.	☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não
7) Os resultados da revisão foram apresentados de maneira clara?	Considerar: ☐ Descrição do número de artigos encontrados em cada base; ☐ Descrição das características dos estudos; ☐ Apresentação da síntese dos resultados e/ou conclusões.	☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não
8) Os resultados foram interpretados de maneira apropriada?	Considerar: ☐ Comparação dos resultados dos estudos entre si e com dados da literatura; ☐ Descrição das contribuições para a prática clínica; ☐ Identificação de lacunas no conhecimento científico.	☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não
9) A revisão descreve as etapas percorridas?	☐ Considerar se descreve as etapas referenciadas no método.	☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não
10) Os benefícios superam as dificuldades e os custos?	☐ Considerar se os benefícios superam as dificuldades e custos. (Caso não esteja descrito no estudo, considerar a sua opinião.)	☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

RESULTADO

- ☐ Excluído – < 5 respostas “sim”
☐ Nível B – 5 a 8 respostas “sim”
☐ Nível A – 9 a 10 respostas “sim”

**APÊNDICE C – Instrumento de avaliação do rigor metodológico das revisões
sistemáticas selecionadas***

Título do estudo: _____ código: _____

QUESTÕES	ESPECIFICAÇÕES	AVALIAÇÃO
Caso a resposta das duas primeiras questões seja “sim”, está indicado responder as demais questões. Caso contrário, o artigo será excluído.		
1) A pergunta de pesquisa está clara?	A pergunta de pesquisa deve estar clara em relação à: () População; () Intervenção; () Desfecho.	() Sim () Em parte () Não
2) Os autores buscaram os tipos de estudos corretos?	Os tipos de estudo corretos irão: () Responder a pergunta de pesquisa; () Possuir um desenho de estudo apropriado.	() Sim () Em parte () Não
3) Os estudos relevantes foram incluídos?	Considerar: () Bases de dados utilizadas; () Busca em listas de referências; () Contato com experts; () Pesquisa de estudos publicados e não publicados; () Busca de estudos com idiomas diferentes do inglês.	() Sim () Em parte () Não
4) Houve avaliação dos estudos incluídos?	() Os autores devem considerar rigor dos estudos identificados	() Sim () Em parte () Não
5) Caso os resultados tenham sido combinados, foi adequado fazê-lo?	Avaliar os estudos em relação à: () Semelhança dos resultados entre si; () Clareza na descrição dos resultados; () Discussão sobre os motivos na variação dos resultados.	() Sim () Em parte () Não

6) Os resultados da revisão estão adequados?	Considerar os resultados quanto à: () Clareza; () Forma de expressão.	() Sim () Em parte () Não
7) A precisão dos resultados está expressa?	() Avaliar se intervalo de confiança está expresso.	() Sim () Em parte () Não
8) Os resultados podem ser estendidos para outras populações?	Considerar se: () Os indivíduos são suficientemente semelhantes à outras populações para não causar alteração; () O local do estudo não difere muito de outros locais.	() Sim () Em parte () Não
9) Todos os desfechos relevantes foram considerados?	() Considerar se não existem outros desfechos relevantes, de acordo com o objetivo, que deveriam ser apresentados.	() Sim () Em parte () Não
10) Os benefícios superam as dificuldades e os custos?	() Considerar se os benefícios superam as dificuldades e custos (Caso não esteja descrito no estudo, considerar a sua opinião.)	() Sim () Em parte () Não

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

RESULTADO

- () Excluído – < 5 respostas “sim”
- () Nível B – 5 a 8 respostas “sim”
- () Nível A – 9 a 10 respostas “sim”

ANEXOS

ANEXO A – Critical Appraisal Form for RTC¹

Title of article _____

Author _____

Year _____

	Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1)	Was the assignment to treatment groups random?				
2)	Were participants blinded to treatment allocation?				
3)	Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?				
4)	Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?				
5)	Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?				
6)	Were the control and treatment groups comparable at entry?				
7)	Were groups treated identically other than for the named interventions?				
8)	Were outcomes measured in the same way for all groups?				
9)	Were outcomes measured in a reliable way?				
10)	Was appropriate statistical analysis used?				

Included () Rejected ()

Comments

Reviewer's name _____

¹Oliva CL. O agrupamento de cuidados no manejo do recém-nascido pré-termo: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

ANEXO B – Escala de Jadad

Item	Maximum points	Description
Randomization	2	1 point if randomization is mentioned 1 additional point if the method of randomization is appropriate Deduct 1 point if the method of randomization is inappropriate
Blinding	2	1 point if blinding is mentioned 1 additional point if the method of blinding is appropriated Deduct 1 point if the method of blinding is inappropriate
Withdrawals	1	1 point if the number and the reasons for withdrawal in each group are stated

ANEXO C – Data Extraction Form Experimental and Observational Studies¹

Identification: _____

Title of text: _____

Author(s): _____

Newspaper/Journal: _____ **Year:** _____

Other (Annals, abstract, etc)

Type of study

() Trial randomized

() Quasi-randomized Clinical Trial

Study setting: _____

Participants (number)

A – Experimental group: _____ B – Control group: _____

Interventions

Group A _____

Group B _____

Outcomes

Outcomes	Scale/Measure	Description

¹Oliva CL. O agrupamento de cuidados no manejo do recém-nascido pré-termo: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Results

Dichotomous Data

Outcomes	Group A - n/N	Group B - n/N

Continuous Data

Outcomes	Group A Mean / SD / other measure (please specify)	Group B Mean / SD / other measure (please specify)

Conclusion of authors:

Conclusion of reviewers:
