

Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão

Elaine Albernaz¹ e Cesar G. Victora¹

RESUMO **Objetivo.** Realizar uma revisão da literatura e uma avaliação dos estudos sobre intervenções com aconselhamento face a face para a promoção do aleitamento exclusivo.

Fonte dos dados. Foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library no período de 1990 e 2001. Foram selecionados estudos que descrevessem o aconselhamento face a face às mães no período pós-natal ou no pré e pós-natal. Não foram incluídos estudos descrevendo a intervenção somente na gravidez. Os estudos foram classificados conforme os critérios modificados de Downs e Black.

Resultados. Foram incluídos 19 estudos. O tempo de acompanhamento dos bebês, o tipo de intervenção realizada e as características étnicas, socioeconômicas e reprodutivas dos grupos estudados foram bastante variáveis. As limitações mais freqüentes foram descrição inadequada dos fatores de confusão e das características da amostra, metodologia pobremente documentada e ausência de análise ajustada para fatores de confusão. Dezesete estudos mostraram um efeito benéfico da intervenção, embora a magnitude de tal efeito tenha variado bastante. Dois estudos mostraram um efeito dose-resposta, isto é, o impacto foi diretamente proporcional ao número de visitas. Apenas um estudo relatou um efeito nulo da intervenção sobre os índices de aleitamento exclusivo aos 3 e 5 meses. Contudo, dentre os 19 estudos avaliados, este teve o menor número de sessões de orientação (no máximo duas).

Conclusões. A orientação face a face, realizada em diferentes momentos, levou a mudanças significativas nos índices de aleitamento exclusivo. A presente análise sugere ainda que o apoio às mães deve continuar após a alta hospitalar e incluir orientações quanto à técnica de amamentação e à resolução de problemas.

Palavras-chave Amamentação, promoção de alimentos, bem-estar do lactente.

Muitos estudos realizados nas últimas décadas têm mostrado a importância do aleitamento exclusivo nos primeiros meses de vida e destacado o seu papel fundamental na redução da

morbi-mortalidade por doenças infecciosas (1–4). Existem evidências de que a introdução precoce de outros líquidos ou alimentos para bebês com menos de 6 meses não é somente desnecessária (4), mas, também, potencialmente perigosa, aumentando os riscos de infecções, como por exemplo, as respiratórias (3). Apesar disso, as taxas de aleitamento exclusivo são ainda baixas em todo o mundo (5).

Conforme dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNI-

CEF), somente cerca de metade dos bebês recebe aleitamento exclusivo nos primeiros 4 meses de vida (5). Entretanto, deve-se levar em conta que essa estimativa inclui muitas crianças com aleitamento predominante. No Brasil, nos anos 1980, desenvolveu-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, um projeto de intervenção em larga escala, notável pela sua diversidade de ações e por sua contribuição para o aumento das taxas de aleitamento exclusivo (6),

¹ Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, RS, Brasil. Correspondência e pedidos de separatas devem ser enviados a Elaine Albernaz no seguinte endereço: UFPEL-DMS, Avenida Duque de Caxias 250, Fraga, CEP 96090-700, Pelotas, RS, Brasil. Fax: +55-53-271-2645; e-mail: zanrebla@ufpel.tche.br

que, mesmo assim, ainda estão muito longe dos valores desejáveis.

Muitos pesquisadores têm avaliado o impacto de estratégias para aumentar a duração total da amamentação, mas poucos estudam o efeito de tais estratégias sobre a duração do aleitamento exclusivo. As intervenções relatadas ocorrem no período pré ou pós-natal e variam em relação a como e onde as orientações são transmitidas (face a face, via telefone, folhetos, cartazes, meios de comunicação, no domicílio, hospital ou clínicas de atendimento). Vários autores demonstraram que o suporte recebido nas maternidades (7–10) tem um efeito benéfico sobre a amamentação. Entretanto, ainda são escassas as pesquisas de boa qualidade metodológica (ou seja, que apresentem delineamento adequado, controle de fatores de confusão, ausência de viés, etc.) realizadas para avaliar o impacto do aconselhamento após a alta hospitalar. Conforme a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, um dos passos para o sucesso do aleitamento materno é o estabelecimento de uma rede de aconselhamento às mães quando estas retornam à sua comunidade, após a alta hospitalar (11, 12). Assim, o objetivo do presente artigo foi fazer uma revisão da literatura e uma avaliação dos estudos sobre intervenções com aconselhamento face a face cujo desfecho era a promoção do aleitamento exclusivo na comunidade, seja através de serviços de saúde ou visitas domiciliares.

FONTE DOS DADOS

A revisão bibliográfica foi realizada através de pesquisa às bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library, buscando identificar estudos publicados no período compreendido entre 1990 e 2001. A escolha desse período foi baseada na maior valorização das técnicas de incentivo à lactação e na definição mais precisa das categorias de aleitamento materno que ocorreram a partir da década de 1990.

As seguintes combinações de unitermos foram utilizadas: “breast feeding

and support”, “breast feeding and promotion”, “breast feeding and counseling”, “human milk and support”, “human milk and promotion”, “human milk and counseling”, “leite humano and educação”, “leite humano and promoção”, “aleitamento and educação”, “aleitamento and promoção”, “amamentação and educação” e “amamentação and promoção”. Foram selecionados apenas estudos de intervenção, randomizados ou não, sobre aleitamento exclusivo. Nenhum estudo foi rejeitado devido a limitações metodológicas, mas essas foram descritas.

A intervenção deveria incluir o aconselhamento face a face às mães, podendo incluir também materiais educativos como fitas de vídeo e folhetos. O apoio às mães poderia ter sido realizado tanto por profissionais da área de saúde como por voluntários, e ocorrer tanto no período pós-natal somente como no pré e pós-natal. Não foram incluídos estudos descrevendo intervenções somente durante a gravidez. Considerou-se como aconselhamento face a face qualquer orientação direta à mãe após a alta hospitalar, independentemente do local de contato.

Realizou-se uma revisão dos títulos e resumos a fim de selecionar os artigos a serem lidos integralmente. Aqueles que preencheram os critérios de inclusão foram avaliados e pontuados conforme os critérios de Downs e Black (13). Sinteticamente, avaliou-se se havia clareza: na descrição de hipóteses ou objetivos do estudo; quanto aos principais desfechos a serem medidos; quanto às características dos pacientes incluídos; quanto às intervenções de interesse; quanto à distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo de sujeitos a ser comparado; e quanto aos principais achados do estudo. Outros itens avaliados foram: se o estudo fornecia estimativas da variabilidade aleatória nos dados para os principais desfechos; se os eventos adversos foram relatados; se as características dos sujeitos perdidos durante o acompanhamento foram descritas; se constavam os valores de probabilidade para os principais desfechos; se a amostra de sujeitos convidados a participar do estudo era

representativa; se a amostra de sujeitos incluídos no estudo era representativa; se o pessoal, lugares e instalações onde os pacientes recebiam o tratamento eram representativos do tratamento que a maioria dos pacientes recebia; se foi utilizado algum método para cegar os pacientes para o tipo de intervenção; se foi utilizado algum método para cegar os pacientes quanto aos desfechos; caso os resultados não tenham sido baseados em hipóteses estabelecidas *a priori*, se isto foi deixado claro; se, em ensaios clínicos e estudos de coorte, a análise foi ajustada para diferentes durações de seguimento, ou, em estudos de casos e controles, se o tempo entre a intervenção e o desfecho foi o mesmo para casos e controles; se os testes estatísticos utilizados para medir os principais desfechos foram apropriados; se a adesão ao tratamento foi realista; se as medidas utilizadas para os principais desfechos foram acuradas; se os pacientes em diferentes grupos foram recrutados na mesma população; se os pacientes em diferentes grupos foram recrutados no mesmo período de tempo; se houve randomização; se a randomização ocorreu até o recrutamento estar completo; se a análise incluiu ajuste adequado para os principais fatores de confusão; se foram consideradas as perdas de pacientes durante o acompanhamento; se o estudo tinha poder suficiente para detectar um efeito importante, com um nível de significância de 5%.

Realizou-se uma adaptação para dois itens do modelo de avaliação: o item relativo aos eventos adversos foi retirado, visto que a imensa maioria dos artigos não fazia qualquer menção a esse aspecto e, *a priori*, considerou-se que a intervenção em análise não causaria efeitos danosos. O último item—poder do estudo para detectar um efeito importante, com um nível de significância de 5%—foi simplificado. Assim, os artigos que descreviam um poder estatístico superior ou igual a 80% com um nível de significância de 5% recebiam 1 ponto neste critério. A pontuação mínima possível foi 1 e a máxima, 27. Com base na distribuição dos escores observados, definiu-se

TABELA 1. Estudos de avaliação do impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, 1990 a 2001

| | MEDLINE | LILACS | Cochrane | Outras fontes ^a | Total |
|------------------------------|---------|----------------|----------------|----------------------------|-----------------|
| Total da busca | 4 907 | 921 | 13 | 35 | 5 876 |
| Resumos relevantes | 41 | 9 | 7 | 19 | 76 |
| Artigos obtidos | 40 | 9 | 7 | 19 | 75 |
| Artigos obtidos e relevantes | 19 | 2 ^b | 1 ^b | 9 ^b | 19 ^c |

^a Citações em artigos científicos e livros.

^b Artigos também encontrados na pesquisa da MEDLINE.

^c Total sem artigos em duplicata.

como maior ou igual a 15 o ponto de corte para caracterizar os estudos como tendo alto escore metodológico.

RESULTADOS

Foram incluídos 19 estudos (tabela 1). Alguns avaliaram não só a duração do aleitamento exclusivo, como também outros desfechos, os quais não serão discutidos aqui. A tabela 2 lista

os estudos randomizados, e a tabela 3, os não-randomizados. Os estudos de Wright et al. (14) e de Sciacca et al. (15) foram incluídos na revisão embora tratem de vários desfechos e citem apenas brevemente os resultados sobre aleitamento. Incluiu-se também uma comunicação breve, com resultados preliminares (16).

O tempo de acompanhamento dos bebês foi bastante variável, assim como o tipo de intervenção realizada. Tam-

bém variaram as características étnicas, socioeconômicas e reprodutivas dos grupos estudados. As limitações mais frequentemente encontradas foram: descrição inadequada dos principais fatores de confusão e das características da amostra, metodologia pobremente documentada e ausência de análise ajustada para fatores de confusão.

Dezesseis estudos mostraram um efeito benéfico da intervenção, embora a magnitude de tal efeito tenha variado bastante. A figura 1 mostra que as diferenças entre os grupos de intervenção e os grupos controle eram maiores quando a intervenção ocorria tanto no hospital quanto na comunidade. Além disso, é interessante observar que os estudos de alto escore (com 15 pontos ou mais na avaliação de Downs e Black), ou seja, metodologicamente mais adequados, relataram efeitos maiores para as intervenções. Em algumas pesquisas não foi especificado o período de aleitamento exclusivo aconselhado às mães, mas, na

TABELA 2. Estudos randomizados de avaliação do impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, 1990 a 2001^a

| Estudo | Amostra inicial-final | Características da população | Intervenção | Escore ^b | Amamentação exclusiva | P ^c |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Morrow et al. (17), México | GI1: 52–50 GI2: 44–42 C: 34–33 | Baixo nível socioeconômico, residentes em zona periurbana; bebês com 3 meses | Três visitas domiciliares Seis visitas domiciliares Nenhuma visita | 24 | 50% 67% 12% | <0,001 <0,001 |
| Haider et al. (18), Bangladesh | GI: 125–104 C: 125–103 | Mães de bebês de até 12 semanas hospitalizados por diarreia | GI: Aconselhamento individual (hospital) e pós-alta (domicílio); C: orientação para manter aleitamento exclusivo por até 5 meses | 23 | Na alta GI: 60% C: 6% 2 semanas GI: 75% C: 8% | <0,001 <0,001 |
| Kramer et al. (19), Bielorrússia | GI: 8 865–8 547 C: 8 930–7 895 | Mães com intenção de amamentar, bebês saudáveis a termo com \geq 2 500 g ao nascer e Apgar \geq 5 no 5º minuto | Orientação no hospital e policlínicas conforme as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança | 22 | 3 meses GI: 43% C: 6% 6 meses GI: 8% C: 1% | <0,001 0,01 |
| Haider et al. (20), Bangladesh | GI: 363–288 C: 363–285 | Mães de 16 a 35 anos, baixo nível socioeconômico, até três filhos vivos, sem doença grave, parto único. Bebê saudável com \geq 1 800 g ao nascer | Orientação pré-natal e pós-natal (domicílio) sobre benefícios do aleitamento exclusivo, técnica de lactação e tratamento de problemas relacionados à lactação | 21 | 2 meses GI: 84% C: 24% 3 meses GI: 86% C: 16% 4 meses GI: 80% C: 10% 5 meses GI: 70% C: 6% | <0,001 <0,001 <0,001 <0,001 |

(continuação)

TABELA 2. (Continuação)

| Estudo | Amostra inicial-final | Características da população | Intervenção | Score ^b | Amamentação exclusiva | P ^c | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| Froozani et al. (21), Irã | GI: 67–59 C: 67–61 | Baixo nível socioeconômico. Primíparas saudáveis ou sem sucesso prévio em amamentação, não trabalhavam fora de casa, parto vaginal. Bebês únicos a termo, ≥ 2 500 g | Orientação pós-parto no hospital e em cinco visitas a clínica de lactação ou domicílio. Orientação baseada no curso de aconselhamento da Organização Mundial da Saúde | 21 | 1 mês | <0,001 | |
| | | | | | GI: 93% C: 46% | | |
| | | | | | 2 meses | | GI: 78% C: 33% |
| | | | | | 3 meses | | GI: 71% C: 20% |
| Bolam et al. (22), Nepal | GI1: 135–94 GI2: 135–105 GI3: 135–96 C: 135–98 | Mães admitidas na principal maternidade da capital e procedentes de duas comunidades pré-determinadas | Orientação pós-parto no hospital e domiciliar aos 3 meses Orientação pós-parto Orientação aos 3 meses Sem orientação | 21 | 3 meses | 1,00 | |
| | | | | | GI1+GI2: 59% GI3+C: 59% | | |
| | | | | | 5 meses | | GI1+GI3: 31% GI2+C: 26% |
| | | | | | 21 dias | | GI: 46% C: 8% |
| Davies-Adetugbo et al. (23), Nigéria | GI: 84–82 C: 85–79 | Baixo nível socioeconômico. Bebês de até 3 meses consultando por diarreia não complicada | GI: Três aconselhamentos individuais; aconselhamento sobre manejo da diarreia e aleitamento exclusivo para GI e C | 19 | GI: 46% C: 8% | <0,001 | |
| Neyzi et al. (24), Turquia | GI: 146–96 C: 442–442 | Primíparas de classe média, parto em hospital do seguro social. Bebês saudáveis com > 2 500 g ao nascer | GI: Sessão com vídeo e visitas ao hospital (14 dias e 1, 2, 3 e 4 meses); C: vídeo e acompanhamento de rotina | 12 | 1 mês | 0,54 | |
| | | | | | GI: 14% C: 16% | | |
| | | | | | 2 meses | | GI: 17% C: 4% |
| | | | | | 3 meses | | GI: 6% C: 1% |
| Sciacca et al. (15), Estados Unidos | GI: 34–26 C: 34–29 | Primíparas de duas clínicas do <i>Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children</i> (WIC) | GI: Programa usual de educação em amamentação + incentivo (orientação pré e pós-natal + prêmios); C: somente programa usual | 11 | Aleitamento maior no grupo de estudo ^d | <0,001 | |
| | | | | | 4 meses | | GI: 5% C: 0% |

^a GI = grupo de intervenção; C = grupo controle.

^b Conforme metodologia de Downs e Black (13) para avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Pior score = 1; melhor = 27. Estudos com score ≥ 15 foram considerados metodologicamente adequados.

^c Valores de P para a frequência de aleitamento exclusivo nos grupos de intervenção em comparação aos grupos controles.

^d Não foram apresentados dados específicos.

época em que foram realizadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendava de 4 a 6 meses.

Dois estudos mostraram um efeito dose-resposta, isto é, o impacto foi diretamente proporcional ao número de visitas. O estudo de Morrow et al. (17), ao comparar um grupo controle com dois grupos que receberam três ou seis visitas, evidenciou uma diferença de 17 pontos percentuais na frequência de

aleitamento exclusivo a favor do grupo que recebeu mais visitas. Barros et al. (25) enfatizaram que o aleitamento exclusivo aos 6 meses foi mais freqüente entre bebês que receberam cinco ou mais atendimentos no centro de lactação. Kramer et al. (19) estudaram mais de 17 000 mães e mostraram que o aconselhamento aumentou em sete vezes o aleitamento exclusivo aos 3 meses e em 13 vezes o aleitamento

exclusivo aos 6 meses, corroborando os estudos de Haider et al. realizados em Bangladesh (18, 20).

Um estudo (26) mostrou que a intervenção aumentou os índices de aleitamento pós-parto e total aos 4 meses; no entanto, o impacto sobre a amamentação exclusiva aos 4 meses não foi estatisticamente significativo. Bolam et al. (22) relataram um efeito nulo da intervenção sobre os índices

TABELA 3. Estudos não-randomizados de avaliação do impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, 1990 a 2001^a

| Estudo | Amostra inicial-final | Características da população | Intervenção | Score ^b | Amamentação exclusiva | P ^c |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------|
| Barros et al. (25), Brasil | Gl: 243–281 C: 312–236 | Baixo e médio nível socioeconômico | Gl recebia atendimento em centro de lactação com aconselhamento individual e em grupo | 21 | 1 mês | <0,001 |
| | | | | | Gl: 55% C: 31% | |
| | | | | | 4 meses | |
| | | | | | | |
| | | | | | Gl: 43% C: 18% | <0,001 |
| | | | | | 6 meses | <0,001 |
| | | | | | Gl: 15% C: 6% | |
| Davies-Adetugbo (26), Nigéria | Gl: 98–95 C: 108–104 | Duas comunidades rurais escolhidas por conveniência | Gl: Material promocional, orientação pré-natal em clínicas e aconselhamento pós-natal em clínicas e no domicílio | 16 | 4 meses | 0,23 |
| | | | | | Gl: 2% C: 0% | |
| Kistin et al. (27), Estados Unidos | Gl: 59–45 C: 43–24 | Mães de baixa renda com intenção de amamentar, que solicitaram consultora, parto em hospital público | Gl: Contato com mães antes do parto, se possível, e telefonema no mínimo duas vezes por semana até estabelecimento da amamentação, e semanal ou quinzenal por 2 meses ou se necessário | 15 | 1,5 meses | <0,05 |
| | | | | | Gl: 44% C: 16% | |
| | | | | | 3 meses | |
| | | | | | Gl: 29% C: 7% | <0,05 |
| Alvarado et al. (28), Chile | Gl: 65–62 C: 73–66 | Baixo nível socioeconômico | Gl: Orientação pré-natal + oito visitas a clínica no pós-parto + visitas domiciliares mensais; C: quatro visitas de rotina à clínica | 15 | 1 mês | <0,01 |
| | | | | | Gl: 100% C: 76% | |
| | | | | | 2 meses | |
| | | | | | Gl: 97% C: 50% | |
| | | | | | 3 meses | |
| | | | | | Gl: 94% C: 33% | |
| | | | | | 4 meses | |
| Gl: 90% C: 8% | | | | | | |
| | | | | | 5 meses | <0,01 |
| | | | | | Gl: 53% C: 3% | |
| | | | | | 6 meses | <0,01 |
| | | | | | Gl: 42% C: 0% | |
| Wright et al. (14), Estados Unidos | Gl: 858–857 C: 997–972 | Comunidade navajo. C: bebês nascidos 1 ano antes da instalação do programa | Promoção através de vídeos, rádios e camisetas, intervenção no sistema de saúde e educação familiar sobre aleitamento materno | 15 | Após intervenção | <0,001 |
| | | | | | Gl: 55% C: 16% | |
| Pérez e Valdés (29, 30), Chile | Gl: 422–409 C: 313–301 | Mães de classe média baixa, situação profissional compatível com 6 meses de aleitamento exclusivo, estabilidade conjugal, parto vaginal a termo. Bebê saudável com > 2 500g ao nascer | Gl: Orientação + supervisão da técnica de amamentação entre 7 e 14 dias e, após, mensal até 6 meses; C: consulta de rotina | 13 | 6 meses | <0,001 |
| | | | | | Gl: 67% C: 32% | |
| Akram et al. (31), Paquistão | Gl: 78–67 C: 62–53 | Baixo nível socioeconômico | Gl: Orientação em visitas domiciliares e folhetos | 11 | 4 meses | <0,001 |
| | | | | | Gl: 94% C: 7% | |
| Canahuati (32), Honduras | Gl: não informado–334 C: 360–334 | Mães selecionadas pré e pós-intervenção | Gl: Orientação pré e pós-natal em hospital e clínicas + treinamento de profissionais em promoção do aleitamento. C: apoio existente antes da intervenção | 10 | 4 a 6 meses | <0,05 |
| | | | | | Gl: 86% C: 64% | |

(continuação)

TABELA 3. (Continuação)

| Estudo | Amostra inicial-final | Características da população | Intervenção | Escore ^b | Amamentação exclusiva | P ^c |
|--------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------|
| Burkhalter e Marín (33), Chile | GI1: 115-100 GI2: 117-105 C: 137-130 | Mães de periferia, baixo e médio nível socioeconômico | C recrutado antes da instalação do programa. GI1 recrutado durante a instalação e GI2 1 ano após início da intervenção e após saída da organizadora. Intervenção incluía quatro palestras pré-natais; apresentação de eslaides em sala de espera; orientação pós-natal através de visitas mensais à clínica; e oito visitas domiciliares | 10 | 1 mês | |
| | | | | | GI1: 95% | <0,02 |
| | | | | | GI2: 89% | <0,05 |
| | | | | | C: 85% | |
| | | | | | 2 meses | |
| | | | | | GI1: 89% | <0,001 |
| | | | | | GI2: 80% | <0,05 |
| | | | | | C: 71% | |
| | | | | | 3 meses | |
| | | | | | GI1: 80% | <0,001 |
| GI2: 76% | <0,002 | | | | | |
| C: 56% | | | | | | |
| 4 meses | | | | | | |
| GI1: 77% | <0,001 | | | | | |
| GI2: 70% | <0,001 | | | | | |
| C: 48% | | | | | | |
| 5 meses | | | | | | |
| GI1: 74% | <0,001 | | | | | |
| GI2: 68% | <0,001 | | | | | |
| C: 38% | | | | | | |
| 6 meses | | | | | | |
| GI1: 74% | <0,001 | | | | | |
| GI2: 61% | <0,001 | | | | | |
| C: 30% | | | | | | |
| Albernaz et al. (16), Brasil | GI: 243-158 C: 71-137 | Mães de alto nível socioeconômico não-fumantes. Bebês a termo, únicos, sem morbidade perinatal. C recrutado em 1993 e GI em 1998 | GI: Contato nas primeiras 24 h pós-parto e 11 visitas domiciliares, além de visita extra, se necessária; distribuição de vídeo e folhetos | 10 | 3 meses | |
| | | | | | GI: 57% | <0,001 |
| | | | | | C: 13% | |
| | | | | | 6 meses | |
| | | | | | GI: 6% | <0,04 |
| | | | | | C: 0% | |

^a GI = grupo de intervenção; C = grupo controle.

^b Conforme metodologia de Downs e Black (13) para avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Pior escore = 1; melhor = 27. Estudos com escore ≥ 15 foram considerados metodologicamente adequados.

^c Valores de P para a frequência de aleitamento exclusivo nos grupos de intervenção em comparação aos grupos controles.

de aleitamento exclusivo aos 3 e 5 meses. Dentre os 19 estudos avaliados, este teve o menor número de sessões de orientação (no máximo duas).

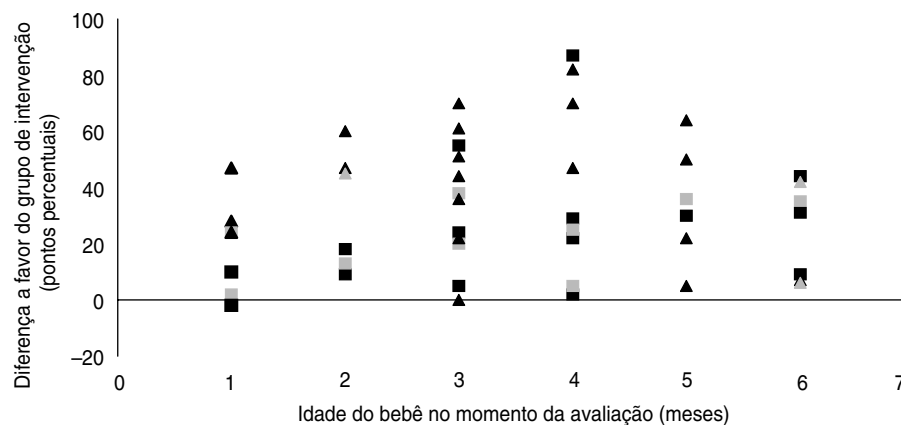
DISCUSSÃO

Os estudos revisados demonstraram que a orientação às mães, em diferen-

tes momentos, levou a mudanças significativas nos índices de aleitamento materno. A variabilidade das medidas de efeito encontradas em cada estrato etário pode ser explicada pelo pequeno número de estudos, diferentes tamanhos de amostra e diversidade das populações e de suas taxas de aleitamento. Além disso, ocorreram diferenças metodológicas, como inadequação na definição do desfecho, falta de homogeneidade na apresentação dos resultados por faixa etária e elevado número de perdas em algumas pesquisas. Dada a diversidade de delineamentos e o pequeno número de estudos com alta qualidade metodológica em cada faixa etária (não mais de seis estudos), não foi possível realizar uma meta-análise formal.

As limitações metodológicas evidenciadas em alguns estudos podem ter sido responsáveis por uma superesti-

FIGURA 1. Vantagem a favor do aleitamento materno nos grupos de intervenção conforme idade da criança e local onde a mãe recebeu a orientação^a



^a Local da intervenção: hospital e comunidade; comunidade.

mativa dos resultados obtidos. Como exemplo, o estudo de Davies-Adetugbo et al. (23) pode ter sido afetado pela presença de viés, já que a mesma equipe que realizava a intervenção coletava os dados sobre os desfechos. Outro exemplo é a intervenção descrita por Sciacca et al. (15), na qual os pais recebiam prêmios para participar e brindes caso solicitassem o auxílio da consultora ou relatassem estar amamentando por determinado período de tempo. A possibilidade de viés de publicação também deve ser considerada, já que, de modo geral, estudos de intervenção que mostrem efeitos benéficos têm mais probabilidade de publicação do que aqueles com efeitos nulos.

Apesar das falhas metodológicas de alguns estudos incluídos nesta revisão, a maioria mostrou um efeito positivo da intervenção face a face, que resultou em aumento do aleitamento exclusivo. A consistência na direção dos efeitos encontrados, independentemente da variabilidade das populações estudadas, torna mais plausível a relação entre a intervenção e o impacto por ela causado.

Embora a orientação no pré-natal e pós-parto imediato sejam importantes para o sucesso da amamentação, os presentes resultados sugerem que o apoio às mães deve ocorrer também após a alta hospitalar, não apenas na forma de incentivo à amamentação,

mas incluindo, também, orientações quanto à técnica correta e à resolução de problemas. É necessário que haja uma estrutura para fornecer soluções para os problemas que a mãe venha a encontrar concretamente durante a amamentação, com aconselhamento individual que complemente os esforços dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento exclusivo.

Agradecimentos. Agradecemos a colaboração da Dra. Elsa Giugliani, do Hinke Haisma e do Dr. William Andrew Coward, que nos enviaram diversas referências.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2(8554):319–322.
2. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990;336(8730):1519–1523.
3. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318(7194):1316–1320.
4. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;344(8918):288–293.
5. UNICEF. The state of the world's children 2002. Leadership. Disponível em <http://www.unicef.org>. Acessado em 2 de dezembro de 2001.
6. Rea M F, Berquó ES. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in Greater São Paulo. *Bull World Health Organ* 1990;68(3):365–371.
7. Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lönnerdal B, Dewey K. 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.
8. Lutter KC, Pérez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997;87(4):659–663.
9. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001;323(7325):1358–1362.
10. Frank DA, Wirtz S, Sorenson JR, Heeren T. Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics* 1987;80(6):845–854.
11. World Health Organization (WHO). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO; 1998.
12. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996;23(3):154–160.
13. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):377–384.
14. Wright AL, Bauer M, Naylor A, Sutcliffe E, Clark L. Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. *Pediatrics* 1998;101(5):837–843.
15. Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff ML. A breastfeeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding. *J Community Health* 1995;20(6):473–490.
16. Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact* 1998;14(4):283–285.
17. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226–1231.
18. Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bull World Health Organ* 1996;74(2):173–179.
19. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285(4):413–420.
20. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SRA. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356(9242):1643–1648.
21. Froozani MD, Permezhadeh K, Motlagh ARD, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull World Health Organ* 1999;77(5): 381–385.
22. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Costello AML. 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):805–811.
23. Davies Adetugbo AA, Adetugbo K, Orewole Y, Fabiyi AK. Breast-feeding promotion in a diarrhoea programme in rural communities. *J Diarrhoeal Dis Res* 1997;15(3):161–166.
24. Neyzi O, Gülecyüz M, Dinçer Z, Olgun P, Kutluay T, Uzel N, et al. An educational intervention on promotion of breast feeding complemented by continuing support. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1991;5(3):299–303.
25. Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr* 1995;84(11):1221–1226.
26. Davies-Adetugbo AA. Promotion of breastfeeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *J Diarrhoeal Dis Res* 1996;14(1):5–11.

27. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994;10(1):11–15.
28. Alvarado RM, Atalah ES, Díaz SF, Rivero SV, Labbé MD, Escudero YP. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. *Food Nutr Bull* 1996;17(1):49–53.
29. Pérez A, Valdés V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165(6 Pt 2):2039–2044.
30. Valdés V, Pérez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalán S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr* 1993;39(3):142–151.
31. Akram DS, Agboatvalla M, Shamshad S. Effect of intervention on promotion of exclusive breast feeding. *J Pak Med Assoc* 1997;47(2):46–48.
32. Canahuati J. One country's story: the PRO-ALMA program in Honduras. *Int J Gynecol Obstet* 1990;31(Suppl 1):17–24.
33. Burkhalter BR, Marín OS. A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *Int J Gynecol Obstet* 1991;34(4):353–359.

Manuscrito recebido em 15 de maio de 2002. Aceito em versão revisada em 15 de janeiro de 2003.

ABSTRACT

Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: a review

Objective. To review the scientific literature on and evaluate studies of face-to-face counseling for the promotion of exclusive breast-feeding.

Sources of data. Three databases were reviewed for the 1990–2001 period: MEDLINE, Latin American and Caribbean Health Sciences (“LILACS”), and the Cochrane Library. We selected studies describing face-to-face counseling with mothers during only the postnatal period or both the pre- and postnatal periods. Studies describing interventions only during pregnancy were not considered. We classified the selected studies using a modification of the criteria of Downs and Black for assessing the methodological quality of studies of health care interventions.

Results. Nineteen studies were included. The duration of follow-up, type of intervention performed, and ethnic, socioeconomic, and reproductive characteristics of the groups studied varied widely. In terms of limitations, the most frequent ones were an inadequate description of confounding factors and of the characteristics of the sample, poorly documented methodology, and no adjustment for confounding factors. Seventeen studies reported a beneficial effect of the intervention, although the magnitude of this effect differed widely across the various studies. Two studies reported a dose-response effect, with the impact being directly proportional to the number of counseling sessions. Only one study reported no effect of the intervention on exclusive breast-feeding, at 3 and 5 months postpartum; of the 19 studies assessed, this one had the smallest number of counseling sessions, just one or two.

Conclusions. Face-to-face counseling, given during different time periods, led to significant changes in the rate of exclusive breast-feeding. Our analysis suggests that the support to the mothers must continue after hospital discharge and must include guidance on breast-feeding techniques and ways to resolve problems that occur.

ERRATUM

**Freire et al. “Análisis de un brote de meningitis viral en la provincia de Tucumán, Argentina”
(Rev Panam Salud Publica/Pan Am J. Public Health 2003;13(4):246–251)**

Como consecuencia de un error de edición, se publicó incorrectamente el nombre del último autor del artículo. El nombre correcto es Jorge Alberto (en lugar de José Alberto) Gómez.