



Eficácia de intervenções educativas realizadas por telefone para promoção do aleitamento materno: revisão sistemática da literatura

Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: a systematic review of the literature

Efectividad de las intervenciones educativas por teléfono para la promoción de la lactancia: revisión sistemática de la literatura

Mônica Oliveira Batista Oriá¹, Hilana Dayana Dodou¹, Anne Fayma Lopes Chaves¹, Livia Maria Damasceno Alves dos Santos², Lorena Barbosa Ximenes¹, Camila Teixeira Moreira Vasconcelos¹

Como citar este artigo:

Oriá MOB, Dodou HD, Chaves AFL, Santos LMDA, Ximenes LB, Vasconcelos CTM. Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: a systematic review of the literature. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03333. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024303333>

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of telephone educational interventions on the duration and exclusiveness of breastfeeding. **Method:** A systematic review of the literature was conducted including only Randomized Clinical Trials. The exposure factor was an educational intervention via telephone, and the outcomes were duration and exclusiveness of breastfeeding. Literature in Portuguese, English and Spanish published between 2010 and 2016 were searched for in the Cochrane, Lilacs, Medline and Scopus databases. The articles were analyzed through a results synthesis. **Results:** 241 articles were identified, of which 231 did not meet the inclusion criteria. Therefore, only 10 articles were reviewed. Four studies showed no efficacy related to breastfeeding. Regarding common characteristics, these studies were performed in short periods and in pairs. The others revealed efficacy regarding duration and/or exclusiveness of breastfeeding. The latter were mostly studies with long-term interventions and carried out by nurse lactation consultants. **Conclusion:** The evidence demonstrates that the telephone is a viable technology for promoting breastfeeding, representing an alternative for the health units and health professionals that can contribute to mother-baby care.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Health Education; Telephone; Maternal-Child Nursing; Review.

Autor correspondente:

Hilana Dayana Dodou
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
CEP 60430-160 – Fortaleza, CE, Brasil
hilanadayana@yahoo.com.br

Recebido: 08/06/2017
Aprovado: 31/12/2017

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem se evidenciado um interesse no planejamento de ações e programas em saúde pública na área materno-infantil, dando ênfase à prática da amamentação, posto que esta tem sido considerada uma estratégia econômica e eficaz para a redução da morbimortalidade infantil⁽¹⁾. As vantagens da amamentação para a saúde da criança têm sido reiteradas em diversas realidades socioculturais, mostrando que sua prática contribui para a redução dos internamentos por doenças diarreicas⁽²⁾, da ocorrência ou gravidade de infecções do trato gastrointestinal⁽³⁾ e da dermatite atópica⁽⁴⁾.

Apesar das evidências atuais reforçarem a importância do aleitamento materno (AM) exclusivo (AME) para crianças até os 6 meses de vida, apenas 41% delas são amamentadas no Brasil⁽⁵⁾. Diversos aspectos podem influenciar de forma negativa o aleitamento materno, contribuindo para o desmame precoce, tais como: baixa escolaridade⁽⁶⁾, trabalho fora de casa⁽⁷⁾, uso de chupetas e suplementos^(6,8) e falta de suporte dos profissionais de saúde⁽⁹⁾.

No intuito de reverter esse cenário, os profissionais de saúde buscam fatores que são passíveis de modificação, para que possam intervir e obter resultados favoráveis na adesão e manutenção do AM⁽¹⁰⁾. Assim, estratégias de saúde realizadas pela Organização Mundial de Saúde buscam promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a efetiva participação dos serviços de saúde e do apoio dos profissionais⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro educador, diante da busca pelo sucesso da amamentação na sua prática clínica, vem fazendo uso de tecnologias como recurso para auxiliar na assistência a essa clientela, buscando melhores resultados na confiança, adesão e manutenção do aleitamento materno. A prática educativa do enfermeiro deve valorizar o uso de estratégias e tecnologias que contribuam para oferecer apoio, suporte e orientação necessários para a prática da amamentação⁽¹²⁾.

Em relação à tecnologia educativa, ela pode ser compreendida como a aplicação das novas tecnologias nos processos relativos à educação. Consiste na forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução, empregando uma combinação de recursos humanos e materiais, com o objetivo de obter uma instrução mais efetiva⁽¹³⁾.

As tecnologias educativas surgem como formas de facilitar o processo de ensino-aprendizagem, levando em consideração a abordagem mais centrada na provisão de experiências de aprendizagem do que no planejamento da instrução, sendo uma possibilidade de aumento da eficiência e da produtividade dos sistemas de saúde⁽¹⁴⁾. Assim, percebe-se que o uso das tecnologias contribui para a educação e promoção da saúde da população ao permitir a organização ou a utilização de recursos educacionais e tecnológicos, visando simplificar o trabalho e melhorar o ensino-aprendizagem⁽¹⁵⁾.

As tecnologias educacionais vêm mostrando grande relevância para o cuidado em enfermagem, visto que os materiais utilizados dinamizam as atividades de educação em

saúde realizadas com os pacientes⁽¹⁶⁾. Diversas tecnologias vêm sendo utilizadas buscando melhorar as taxas de aleitamento materno (álbum seriado, cartilha, vídeo educativo, manual, oficinas)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Dentre essas, o suporte por telefone tem sido cada vez mais aceito como uma forma útil de apoio no âmbito dos cuidados em saúde, principalmente em áreas específicas da maternidade, como o apoio ao AM⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, sabendo que a prática baseada em evidências (PBE) busca reunir os melhores dados clínicos para a tomada de decisões relativas à assistência aos pacientes, e esses dados são originados de pesquisas rigorosas realizadas por enfermeiros e outros profissionais de saúde⁽²¹⁾, buscou-se investigar a seguinte questão de pesquisa: Qual a eficácia das intervenções educativas por telefone na duração e exclusividade do AM em mulheres lactantes?

A realização de uma revisão sistemática acerca dessa temática é relevante para subsidiar a prática clínica e educativa do enfermeiro no contexto da promoção da saúde. Para que as ações educativas desenvolvidas pela enfermagem tenham real eficácia e impacto nos fenômenos a que elas se propõem a trabalhar, é necessário reconhecer, sintetizar e avaliar criticamente as evidências científicas disponíveis acerca da eficácia das intervenções e tecnologias educativas utilizadas. O uso da revisão sistemática permite obter os melhores dados clínicos para aprimorar e fundamentar cientificamente as intervenções educativas realizadas pela enfermagem na promoção do AM.

Diante disso, a presente revisão tem como objetivo avaliar a eficácia das intervenções educativas por telefone na duração e exclusividade do AM em mulheres lactantes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica, desenvolvida de acordo com as recomendações da *Cochrane Collaboration*⁽²²⁾. O processo de elaboração desta revisão seguiu as etapas propostas pelas Diretrizes Metodológicas para a Elaboração de Revisões Sistemáticas e Metanálises de Ensaio Clínicos Randomizados (ECR), como: definição da questão de pesquisa no formato PICO, definição dos critérios de elegibilidade, justificativa para a revisão sistemática, busca de potenciais estudos elegíveis, avaliação da elegibilidade dos estudos (triagem dos estudos por resumo e título, e posteriormente pela leitura do texto completo), extração dos dados relevantes (uso da ficha clínica), apresentação e discussão da síntese dos resultados⁽²³⁾.

A estratégia PICO considerou P = gestantes ou lactantes, I = intervenção educativa por telefone, C = sem intervenção, O = duração e exclusividade do aleitamento materno para a elaboração da pergunta norteadora do estudo: Qual a eficácia das intervenções educativas aplicadas por telefone às gestantes ou lactantes na duração e exclusividade do aleitamento materno?

A busca dos estudos foi realizada de forma independente e concomitante por dois pesquisadores no período de junho de 2016. Essa busca ocorreu em bases de dados relevantes e de impacto para o contexto da saúde, predeterminadas pelo pesquisador principal, sendo elas: Cochrane, MEDLINE, LILACS e SCOPUS.

Para a realização das buscas nas bases de dados, foram utilizados os descritores controlados presentes no DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*): estudos de intervenção (*Intervention Studies*), telefone (*Telephone*) e aleitamento materno (*Breast Feeding*). Foi utilizado o operador booleano *and* e realizado o seguinte cruzamento: *Intervention Studies and Telephone and Breast Feeding*.

Na MEDLINE e na Cochrane, a busca foi realizada por meio da opção busca avançada com o uso dos descritores *Intervention Studies, Telephone e Breast Feeding* de forma associada. Também foi aplicado o limite de data de publicação de 2010 a 2016. Na SCOPUS foi realizada a pesquisa por documento, com uso dos três descritores em inglês associados e aplicação do filtro período de publicação. Já na LILACS a busca foi realizada com o uso dos descritores estudos de intervenção, telefone e aleitamento materno de forma associada.

Para a seleção dos artigos, adotaram-se os seguintes critérios de elegibilidade: ser artigo de pesquisa completo, estar publicado em inglês, português ou espanhol, ter nível de evidência 2 (derivado de pelo menos um ECR controlado bem delineado), ter sido publicado entre 2010 e 2016 (publicados até a data da busca realizada pelas pesquisadoras), ter utilizado o telefone nas intervenções educativas para o AM e ter como desfecho a duração e/ou a exclusividade do AM. Os critérios de exclusão foram: artigos publicados em outros idiomas, fora do período determinado no protocolo de revisão e que não abordassem adequadamente a temática ou não tivessem usado o telefone como instrumento de intervenção.

Após o levantamento dos estudos, iniciou-se o processo de avaliação da elegibilidade, por meio de uma etapa de triagem dos artigos, com leitura de título e resumo, o que permitiu descartar um relativo número de referências que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade, e posteriormente uma etapa de confirmação, pela leitura do manuscrito em forma de texto completo.

Deve-se ressaltar que quando houve discordância sobre o julgamento da elegibilidade entre os revisores, bastava apenas

um revisor julgar o artigo elegível que ele passava para a etapa seguinte. Ao final desse processo, obteve-se uma amostra de 10 artigos.

A extração dos dados dos artigos foi guiada por uma ficha clínica padrão elaborada previamente pelos autores com base nas recomendações propostas pela literatura⁽²³⁾, contendo as informações e as variáveis que foram consideradas importantes para interpretação e aplicabilidade dos resultados: identificação do artigo (título do artigo, autoria, ano de publicação, base de dados, país), participantes (população, amostra inicial e final, perdas do estudo, critérios de inclusão), intervenção (descrição da intervenção, referencial teórico utilizado, provedor da intervenção e período da intervenção), desfechos (desfechos avaliados e período de avaliação) e resultados. Foi utilizado o protocolo PRISMA com o propósito de aperfeiçoar a apresentação dos resultados desta pesquisa.

Para análise e posterior síntese dos artigos revisados, as autoras seguiram o referencial proposto pela literatura⁽²³⁾ o qual contempla os seguintes aspectos: Extração dos dados quantitativos, Síntese dos desfechos em taxas de AM e AME (apresentados em porcentagem) e duração do AM e AME (em dias), Sumarização das medidas de efeito, Apresentação dos dados descritivos em tabelas e do fluxo de seleção dos artigos em figura. A partir da análise os artigos foram categorizados de acordo com a sua eficácia relacionada à amamentação: 1. Intervenções não eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno e 2. Intervenções eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno.

RESULTADOS

Foram recuperados 241 artigos nas bases de dados selecionadas por meio da estratégia de busca utilizada. Foram excluídos 231 estudos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, resultando em uma amostra de 10 artigos, conforme observado no fluxograma da revisão sistemática (Figura 1).

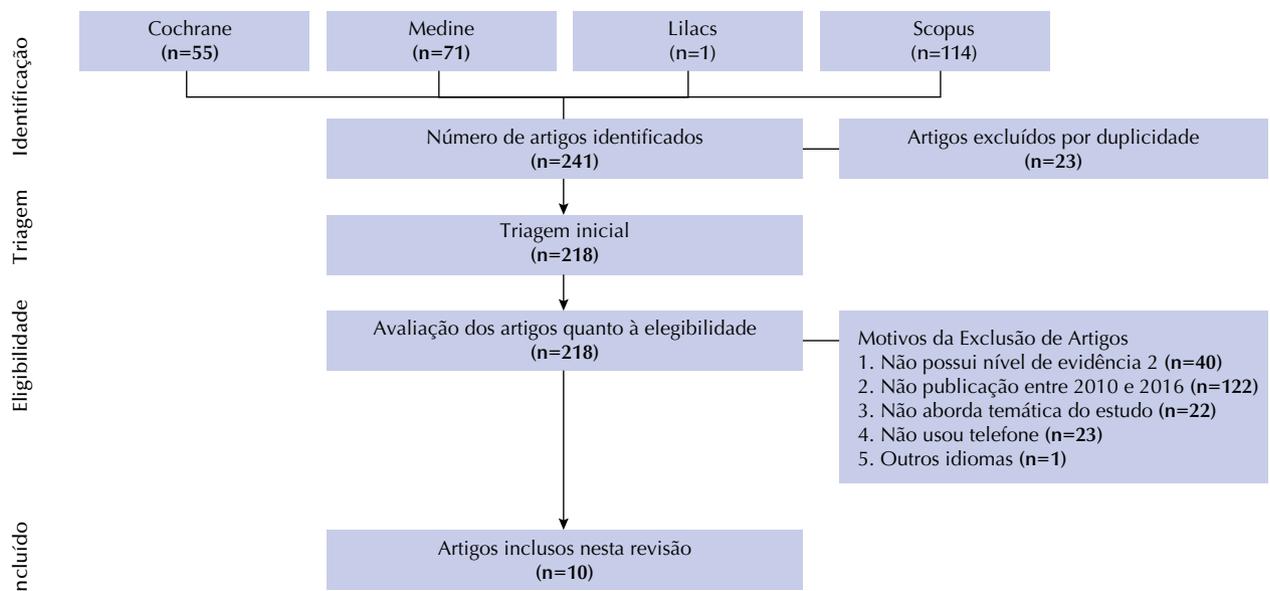


Figura 1 – Fluxograma de inclusão dos estudos – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

A análise dos 10 artigos que compuseram a amostra evidenciou que todos foram oriundos de periódicos internacionais e publicados na língua inglesa. A base Medline foi a que apresentou o maior número de estudos, com oito estudos, seguido pela SCOPUS e COCHRANE, cada qual com um estudo. A base de dados LILACS teve o seu estudo excluído, pois não estava classificado como nível de evidência 1 ou 2. Predominaram as publicações realizadas nos Estados Unidos da América (EUA) (60%), seguidas por Malásia, China, Dinamarca e Nigéria, cada qual com uma publicação. De acordo com a classificação metodológica, todos os artigos incluídos foram Ensaios Clínicos Randomizados Controlados.

CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS DE ACORDO COM O MÉTODO E COM AS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS POR TELEFONE

Para a análise dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, é necessário inicialmente apresentar alguns aspectos metodológicos importantes para a compreensão dos ensaios clínicos realizados, como a população e a amostra de cada estudo, as perdas amostrais e os critérios de inclusão.

Além disso, é necessário apresentar as intervenções por telefone que foram realizadas nos ensaios clínicos, considerando-se fatores importantes como o provedor da intervenção, o período em que foi realizada, o referencial teórico

utilizado e a sua descrição. O Quadro 1 apresenta os estudos incluídos nesta revisão de acordo com a amostra e as intervenções utilizadas.

Em relação à população eleita para a realização dos estudos, percebe-se que tanto gestantes como puérperas foram escolhidas, pois alguns autores defendem ser necessário iniciar o suporte e o apoio ao AM ainda durante a gestação, por meio do pré-natal^(24,27,29).

De forma geral, a amostra dos estudos foi composta por mulheres que tiveram bebês saudáveis a termo, sem complicações ou intercorrências obstétricas, ou no período puerperal, sem contra-indicações para amamentar e que tivessem telefone para contato.

Somente dois estudos^(28,31) envolveram um grupo específico de puérperas, que foram as mulheres obesas, uma vez que a obesidade materna está associada a piores taxas de AM e AME, sendo necessárias intervenções de suporte e apoio para esse público específico.

Em relação à perda amostral, os estudos tiveram taxas significativas, variando de 0,3% até 59,55% da amostra. Todos os estudos analisados referiram ter realizado a randomização das participantes no grupo controle e intervenção, utilizando técnicas como a randomização em blocos, em grupos e estratificada, com a utilização de algoritmos computacionais, uso de envelopes lacrados e tabelas de números aleatórios. Apenas em dois estudos⁽²⁸⁻²⁹⁾ não foi mencionada a técnica de randomização utilizada.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos de acordo com a amostra e as intervenções utilizadas – Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Autor	Amostra/ Perdas	Provedor da intervenção	Período da intervenção	Descrição da Intervenção
Efrat et al., 2015 ⁽²⁴⁾	298 gestantes/ 59,55%	Profissional de Saúde consultor em lactação pelo IBLCE e com experiência como educador em lactação	Início no terceiro trimestre da gestação até o 6º mês pós-parto	Instrumento utilizado: Protocolo de monitoramento da intervenção criado pelo pesquisador principal. Aspectos abordados: Pré-natal: aumentar o suporte para iniciar a amamentação, reduzir as barreiras relacionadas à amamentação e fornecer orientação antecipada sobre o que esperar durante as primeiras semanas de amamentação. Pós-parto: aumentar o suporte para amamentação exclusiva, reforçar o conhecimento recebido no telefonema do pré-natal, abordar quaisquer preocupações de amamentação e encaminhar para serviços de saúde participantes que relatam problemas de amamentação. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo Controle recebeu orientações do serviço de rotina. 2) Grupo intervenção recebeu o serviço de rotina mais aconselhamento por telefone, sendo 4 telefonemas no pré-natal e 17 no pós-parto. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o tipo de AM e as taxas de duração com 72 horas, 1 mês, 3 meses e 6 meses.
Bunik et al., 2010 ⁽²⁵⁾	341 puérperas latinas de baixa renda/ 27%	Enfermeiros treinados bilingües (inglês e espanhol)	Duas primeiras semanas pós-parto (telefonemas diários)	Instrumentos utilizados: Protocolos desenvolvidos a partir de referências nacionais e de saúde pública acerca do AM e adaptados culturalmente. Aspectos abordados: Questões culturais do AM, vantagens do colostro e da boa pega; benefícios da amamentação; ingurgitamento; dor nas mamas; causas do choro do bebê; fórmulas suplementares; suporte familiar; grupos de apoio; doenças maternas; medicações e dieta; armazenamento do leite; retorno ao trabalho ou ao estudo e outras dificuldades. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo Controle recebeu orientações do serviço de rotina. 2) Grupo intervenção recebeu o serviço de rotina mais duas semanas de chamadas telefônicas diárias. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o tipo de AM e as taxas de duração com 1 mês e 6 meses.
Tahir et al., 2013 ⁽²⁶⁾	357 puérperas/ 10,9%	Enfermeiros obstetras certificados como consultores em lactação	Até o sexto mês pós-parto, sendo dois telefonemas por mês	Instrumentos utilizados: Materiais educativos acerca de aconselhamento sobre amamentação, e uso de procedimento operacional padrão para uniformizar a intervenção. Aspectos abordados: Definições acerca da prática do AM de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo Controle recebeu orientações do serviço de rotina. 2) Grupo intervenção recebeu o serviço de rotina mais aconselhamento por telefone realizado duas vezes por mês. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o tipo de AM e as taxas de duração com 1, 4 e 6 meses.

continua...

...continuação

Autor	Amostra/ Perdas	Provedor da intervenção	Período da intervenção	Descrição da Intervenção
Srinivas et al., 2015 ⁽²⁷⁾	120 gestantes/ 14,2%	Por pares (mulheres com experiências de sucesso em amamentar treinadas)	Até o quarto mês pós-parto	Instrumentos utilizados: Escala de Atitude de Alimentação Infantil de Iowa e Escala de Autoeficácia em Amamentar para guiar a intervenção. Aspectos abordados: Orientações básicas acerca da amamentação Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo Controle recebeu orientações do serviço de rotina. 2) Grupo intervenção recebeu o serviço de rotina mais contato telefônico dentro de 3 a 5 dias após o parto, semanalmente a 1 mês, a cada 2 semanas até 3 meses, e uma vez em 4 meses. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o tipo de AM e as taxas de duração com 1 mês e 6 meses.
Rasmussen et al., 2011 ⁽²⁸⁾	50 puérperas obesas/ 20%	Consultor em lactação certificado pelo IBLCE	Até 72 horas pós-parto (uma ligação no pré-parto, e outras duas com 24 e 72 horas)	Instrumento utilizado: Roteiro para padronizar a intervenção criado pelos pesquisadores, porém os consultores também abordavam outras questões importantes que surgiam durante as ligações. Aspectos abordados: Conhecimentos, expectativas e dúvidas das mulheres em relação ao AM no pré-parto; demandas e dificuldades no AM no pós-parto. Comparação com a utilização do telefone: Grupo 1: a) Grupo que recebeu o serviço de rotina; b) Grupo que recebeu uma ligação no pré-parto e duas ligações no pós-parto, a primeira com 24 horas e a segunda com 72 horas. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o AME e as taxas de duração com 7 e 30 dias e o tipo de AM com 30 e 90 dias.
Reeder et al., 2016 ⁽²⁹⁾	1.948 gestantes/ 3,2%	Por pares (mulheres com experiências de sucesso em amamentar treinadas)	Até 4 meses pós-parto	Instrumento utilizado: Relatório gerado pelo sistema de dados que incluía chamadas anteriores já realizadas Aspectos abordados: Benefícios do AM, técnicas de amamentação e dificuldades no AM. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo que recebeu o serviço de rotina. 2) Grupo que recebeu o serviço de rotina mais aconselhamento de baixa frequência: quatro ligações, duas no pré-natal e duas até a segunda semana pós-parto 3). Grupo que recebeu o serviço de rotina mais aconselhamento de alta frequência: oito ligações, quatro no pré-natal e quatro até o quarto mês pós-parto. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o tipo de AM e as taxas de duração com 1 mês, 3 e 6 meses.
Fu et al., 2014 ⁽³⁰⁾	724 puérperas chinesas/ 0,3%	Enfermeiros com vasta experiência e certificados como consultor em lactação	Até a quarta semana pós-parto	Instrumento utilizado: Protocolo da intervenção criado pelo pesquisador principal. Aspectos abordados: Benefícios da amamentação exclusiva, fisiologia da lactação e problemas comuns de amamentação precoce, técnicas de amamentação, avaliação dos comportamentos de alimentação e expressão manual do leite materno, saúde física e emocional da mãe, e orientações sobre problemas como baixo ganho de peso, leite insuficiente, retorno ao trabalho, armazenamento do leite. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo que recebeu o serviço de rotina; 2) Grupo que recebeu o serviço de rotina mais três sessões de apoio à amamentação na maternidade de 30-45 minutos; 3) Grupo que recebeu os serviços de rotina mais suporte telefônico semanal de 20-30 minutos até a quarta semana pós-parto. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o AME e a sua duração com 1, 2 e 3 meses pós-parto.
Carlsen et al., 2013 ⁽³¹⁾	226 puérperas obesas/ 8,5%	Profissional de Saúde certificado como consultor em lactação pelo IBLCE	Até o sexto mês pós-parto	Instrumento utilizado: Protocolo estruturado. Aspectos abordados: Questões de aspectos físicos e psicológicos relacionados com a amamentação e o bem-estar da mãe e da criança, as dificuldades e possíveis soluções encontradas. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo que recebeu os serviços de rotina. 2) Grupo que recebeu os serviços de rotina mais três ligações no primeiro mês, uma ligação a cada 2 semanas até o segundo mês e, posteriormente, uma vez por mês até 8 semanas pós-parto. Avaliação do AM e AME: Comparação das medianas da duração do AME com 3 e 7 dias, 4 semanas e 3 meses após o parto. Comparação da mediana do AM aos 6 meses.
Flax et al., 2016 ⁽³²⁾	461 gestantes/ 4,8%	Parceiros de uma organização americana não governamental em parceria com quatro organizações comunitárias	Até o sexto mês pós-parto	Instrumentos utilizados: Cartazes e folhetos sobre AM durante as sessões. Aspectos abordados: Recomendações para o início precoce do AM e para o AME, benefícios do AM, técnicas de amamentação e tempo de introdução de outros alimentos. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo que recebeu sessões de aconselhamento sobre AM durante as reuniões de microcrédito; 2) Grupo que recebeu mensagens de texto e de voz gravadas e enviadas por telefone acerca de assuntos discutidos nas sessões; e 3) Grupo que recebeu canções e dramas criados pelos participantes. Avaliação do AM e AME: Foram avaliados o AME e a sua duração com 1, 3 e 6 meses; o início da amamentação dentro de 1 hora após o parto e o uso de apenas colostro ou leite materno durante os primeiros 3 dias de vida da criança.
Pugh et al., 2010 ⁽³³⁾	328 puérperas/ 29%	Grupo de suporte formado por enfermeiros consultores em lactação e conselheiros por pares.	Até o sexto mês pós-parto	Instrumento utilizado: Protocolo da intervenção criado pelo pesquisador principal. Aspectos abordados: Fortalecimento da competência maternal com o compromisso de amamentar, educação parental sobre amamentação, identificação de apoio social, formas de diminuir os problemas mamários e informações referentes a serviços de saúde que facilitem o processo de AM. Comparação com a utilização do telefone: 1) Grupo que recebeu o serviço de rotina. 2) Grupo que recebeu o serviço de rotina mais intervenção, que consistiu inicialmente em visita diária hospitalar do grupo de apoio até a alta, duas vezes no domicílio durante a primeira semana, e uma terceira visita com 4 semanas pós-parto. Posteriormente, receberam ligações programadas a cada 2 semanas até o sexto mês. Avaliação do AM e AME: Foi avaliado o AM com 6, 12 e 24 semanas pós-parto.

Na maioria dos estudos (seis), os provedores da intervenção por telefone foram profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, com experiência profissional como conselheiro em amamentação. Deve-se ressaltar que em cinco desses estudos os enfermeiros que conduziram a intervenção por telefone eram certificados como consultores em lactação^(24,26,28,30-31), sendo três deles certificados pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE)^(24,28,31). Somente em um desses estudos⁽²⁵⁾, os provedores da intervenção eram enfermeiros sem certificação de consultor em lactação, apesar disso, eles atuavam na área e foram treinados para a realização do suporte ao AM por telefone.

Em outro estudo⁽³²⁾, a intervenção foi realizada por parceiros de uma organização americana não governamental em colaboração com quatro organizações comunitárias das localidades onde a pesquisa ocorreu, porém os autores não relatam quem eram esses parceiros, e se eram profissionais de saúde ou não.

Nesta revisão, três estudos utilizaram o aconselhamento por pares por telefone, envolvendo mulheres que haviam tido experiências de sucesso em amamentar para aconselhar as participantes do grupo intervenção. Além da experiência prévia com a amamentação, os pares foram treinados pelos pesquisadores para realizar o aconselhamento por telefone. Nesse tipo de intervenção, as mulheres recebiam, dos seus pares, suporte e apoio para a prática da amamentação e para superar as dificuldades que surgiam, além de orientações básicas, como benefícios do AM, pega correta e técnicas de amamentação^(27,29,33).

Dentre os aspectos abordados nas ligações realizadas pelos profissionais de saúde no pré-natal, estavam: aumentar a motivação da mulher, apoiar o início do AM, conhecimentos, expectativas e dúvidas em relação ao AM^(24,27,29). Já no pós-parto, as ligações tinham como objetivo: aumentar o apoio ao AME até o sexto mês de vida, reforçar o conhecimento do pré-natal, trabalhar questões culturais do AM e dificuldades para a prática do AM (ingurgitamento, dor, traumas, choro do bebê, baixo peso, leite insuficiente, fórmulas suplementares, falta de apoio, dieta e doenças maternas), suporte familiar, retorno ao trabalho e estudos, armazenamento do leite, encaminhamentos para os serviços de saúde quando necessário.

Em três ECR os pesquisadores associaram as intervenções por telefone a outros tipos de intervenções. Foram realizadas sessões de aconselhamento de forma presencial uma vez por mês; utilizadas mensagens de texto associadas a canções; dramatizações relacionadas aos assuntos discutidos nas sessões⁽³²⁾; visitas aos centros de saúde para acompanhamento da saúde e do AM⁽²⁵⁾; visitas na maternidade e três visitas domiciliares por profissionais de saúde⁽³³⁾.

Os estudos incluídos nesta revisão não referiram ter utilizado referencial teórico para fundamentar a intervenção do estudo. Apenas um⁽²⁵⁾ referiu ter utilizado um protocolo com base em referências nacionais e de saúde pública sobre AM. Porém, em outro estudo⁽²⁶⁾, os autores ressaltaram a importância de utilizar materiais educativos para guiar o aconselhamento realizado na amamentação e de Procedimentos Operacionais Padrões para uniformizar a intervenção.

Em relação ao período de realização das intervenções, os estudos foram bastante heterogêneos, variando da primeira semana pós-parto até o sexto mês. Para esta revisão, decidiu-se adotar a terminologia intervenções de curto prazo para aquelas que ocorreram somente até o primeiro mês pós-parto, e intervenções de longo prazo para aquelas que tiveram continuidade no decorrer do puerpério, estendendo-se para além do primeiro mês de vida da criança.

Dessa forma, evidenciou-se que a maioria dos estudos (sete) utilizou intervenções de longo prazo, enquanto apenas três utilizaram intervenções de curto prazo, sendo os períodos de intervenção adotados de até 72 horas pós-parto⁽²⁸⁾, 2 semanas pós-parto⁽²⁵⁾, e até 4 semanas pós-parto⁽³⁰⁾.

AValiação da eficácia das intervenções educativas por telefone

Na presente revisão, optou-se por apresentar os resultados dos estudos de acordo com a eficácia das suas intervenções, de forma a facilitar a compreensão das características dos ensaios clínicos que tiveram impacto positivo nos desfechos investigados, e daqueles em que não se evidenciaram diferenças associadas à intervenção.

Diante disso, este tópico está subdividido em duas categorias: 1) Intervenções não eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno e 2) Intervenções eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno.

Intervenções não eficazes na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno

Da amostra total de 10 artigos que foram incluídos nesta revisão, quatro não apresentaram eficácia significativa no aleitamento materno^(25,27-29). Em relação aos três estudos que realizaram intervenções de curto prazo (até o primeiro mês pós-parto), dois não tiveram eficácia sobre a duração ou exclusividade do aleitamento materno^(25,28).

Dentre esses, um ECR⁽²⁵⁾ com 341 puérperas latinas de baixa renda avaliou o suporte ao AM realizado por telefone durante as duas primeiras semanas pós-parto por enfermeiros. O grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC) não apresentaram diferenças significativas quanto às taxas de amamentação e à duração do AM (1 mês: GI: 74% vs. GC: 74% (p=0,9). Também não houve diferença em relação à taxa de aleitamento materno exclusivo entre o GI e o GC.

Estudo envolvendo 50 puérperas obesas⁽²⁸⁾ avaliou se o aumento do apoio à amamentação por telefone até 72 horas pós-parto, realizado por consultores de lactação, era eficaz para melhorar a amamentação neste grupo específico. Esse estudo apresentou eficácia negativa em relação ao grupo intervenção quando comparado ao controle, sendo a duração da amamentação 4,3 semanas mais curto no GI do que no GC (p=0,08), o que foi observado também aos 30 e 90 dias (p=0,10 e p=0,08, respectivamente). A duração do AME foi de 4,7 semanas mais curto no GI que no GC (p=0,08).

Dentre os sete estudos que utilizaram intervenções de longo prazo, dois não foram eficazes na duração ou exclusividade do AM. Um fator em comum desses dois artigos

foi que o provedor da intervenção foram os pares (mulheres com experiências de sucesso na amamentação).

Em um ECR realizado com 120 gestantes, a intervenção consistiu em ligações realizadas por pares até o quarto mês pós-parto para apoiar e orientar o AM. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa na duração da amamentação entre GI e GC, com média de 6 semanas (GI = 7,0 semanas, GC = 6,0 semanas). Também não houve diferença nas taxas de AME entre o GI e o GC tanto com 1 mês ($p=0,51$) quanto com 6 meses ($p=0,51$)⁽²⁷⁾.

Um estudo utilizando o aconselhamento por pares por meio do telefone a 1.948 gestantes, divididas em três grupos, um controle e dois intervenções, buscou avaliar o aconselhamento de baixa frequência (quatro ligações) e o de alta frequência (oito ligações) na promoção do AM⁽²⁹⁾. Apesar de o aconselhamento de alta frequência ter aumentado em 22% a probabilidade da amamentação não exclusiva aos 3 meses no GI (RR: 1,22), não se evidenciou diferença significativa na duração do AM ou no AME entre o GI e o GC em ambos os tipos de aconselhamento.

INTERVENÇÕES EFICAZES NA DURAÇÃO E/OU EXCLUSIVIDADE DO ALEITAMENTO MATERNO

Nesta revisão, seis dos 10 artigos analisados apresentaram eficácia significativa na duração e/ou exclusividade da amamentação^(24,26,30-33), sendo que destes somente um estudo utilizou intervenção de curto prazo⁽³⁰⁾ e cinco utilizaram intervenções de longo prazo^(24,26,31-33).

O estudo com intervenção de curto prazo⁽³⁰⁾ foi multicêntrico, realizado em hospitais da China com uma amostra representativa ($n=724$), em que o suporte por telefone foi provido até 4 semanas pós-parto por enfermeiros consultores em lactação e com vasta experiência em amamentação. Nesse estudo, a intervenção aumentou significativamente a duração do AM nos primeiros 6 meses ($p=0,01$). As taxas de AM até o sexto mês também foram superiores no GI quando comparado com o GC, sendo o GI significativamente mais propenso a continuar amamentando tanto com 1 mês (GI= 76,2% GC = 67,3% OR = 1,63 $p=0,01$), quanto com 2 meses (GI = 58,6% GC= 48,9% OR= 1,48, 95% $p=0,03$). O risco de interromper precocemente o AM foi significativamente mais baixo no GI quando comparado com o GC (RR: 0,79 $p=0,03$). Em relação ao aleitamento exclusivo, o GI foi mais propenso a manter o AME até o sexto mês, porém, a intervenção foi significativa para aumentar as taxas de AME somente com 1 mês (GI= 28,4% GC= 16,9% OR= 1,89 $p=0,003$).

Em relação aos sete estudos que utilizaram intervenções de longo prazo, a maioria ($n=5$) mostrou-se eficaz na duração e/ou exclusividade do aleitamento materno. Na pesquisa realizada com 298 mulheres⁽²⁴⁾, avaliou-se um suporte por telefone provido por consultores em lactação do pré-natal até 6 meses pós-parto. Apesar da perda significativa de amostra ao longo do estudo (59,5%), a intervenção mostrou-se eficaz para o aumento da duração do AM no GI, com média de 20,2 semanas de amamentação, enquanto o GC, com 13,7 semanas ($p=0,024$). As mulheres que receberam a intervenção foram mais propensas a continuar o AME nos diversos períodos de avaliação (OR 72 h = 1,1, OR 1 mês = 1,6, OR 3 meses = 1,7 e OR 6 meses = 2,6).

No ECR realizado com 357 puérperas⁽²⁶⁾, foi testado um suporte por telefone realizado até o sexto mês pós-parto por consultores em lactação. Os autores evidenciaram que as taxas de AM foram maiores no GI quando comparado com o GC, embora a diferença não tenha sido significativa (6 meses: GI= 90,6% *vs.* GC = 86,1% $p= 0,276$). Outro resultado positivo foi o fato de que mais puérperas interromperam completamente o AM no GC do que no GI em todos os períodos de avaliação (1º mês GI= 4,2% *vs.* GC= 7,4%; 4 meses: GI= 9,9% *vs.* GC= 12,6%; 6 meses: GI= 9,4% *vs.* GC= 13,9%). A intervenção desse estudo foi eficaz para aumentar a taxa de AME no GI no primeiro mês pós-parto (GI: 84,3% *vs.* GC: 74,7% $p= 0,042$), embora as mulheres que receberam a intervenção também tenham sido mais propensas a continuar o AME com 4 e 6 meses pós-parto (1º mês OR: 1,83; 4º mês OR: 1,13; 6º mês OR: 1,04).

No estudo envolvendo 226 puérperas obesas⁽³¹⁾, as mulheres receberam ligações por consultores em lactação até o sexto mês pós-parto abordando aspectos físicos e psicológicos relacionados à amamentação e às dificuldades que surgiam. A intervenção foi efetiva para aumentar a duração do AM no GI, com média de 184 dias em comparação ao GC, com média de 108 dias ($p=0,002$). Além disso, a intervenção foi capaz de aumentar significativamente a duração do aleitamento exclusivo, com o GI apresentando média de 120 dias de AME, enquanto o GC de somente 41 dias ($p=0,003$).

O ECR com 461 mulheres integrantes de comunidades nigerianas que faziam parte de um programa de microcrédito implementou um aconselhamento com o objetivo de aumentar o início precoce do AM e manter a exclusividade do aleitamento⁽³²⁾. Esse aconselhamento era composto por sessões, acompanhamentos por telefone, mensagens de textos e uso de canções e dramatizações no momento dos encontros. Os achados demonstraram que a intervenção foi eficaz em relação ao AME, pois as chances de AME no GI foram maiores do que no GC com 1 mês (73% *vs.* 61%, OR: 1,6 IC: 0,6-1,8 $p=0,10$), 3 meses (71% *vs.* 58%, OR: 1,8 IC: 1,1-3,0 $p<0,05$) e 6 meses (64% *vs.* 43%, OR: 2,4 IC: 1,4-4,0 $p<0,01$), sendo significativo com 3 e 6 meses. Esse estudo não avaliou a duração do aleitamento materno. Essas organizações de microcréditos fazem parte das estratégias criadas na Nigéria para promover a adesão a comportamentos saudáveis, incluindo as práticas recomendadas de amamentação.

Por fim, um estudo realizado com 328 puérperas também testou um suporte por telefone realizado por um grupo formado por enfermeiros consultores em lactação e por pares até o sexto mês pós-parto, associado a visitas hospitalares e domiciliares realizadas por enfermeiros⁽³³⁾. A taxa de AM foi superior no GI somente com 6 semanas pós-parto, sendo significativo (GI: 66,7% *vs.* GC: 56,9% $p=0,05$); já aos 3 e 6 meses, essas taxas foram semelhantes entre os dois grupos. A exclusividade da amamentação não foi avaliada nesse estudo.

DISCUSSÃO

O uso das tecnologias na assistência ao binômio mãe-filho e no processo educativo contribui para oferecer o

apoio, o suporte e a orientação necessários para a prática da amamentação⁽³⁴⁾. Nesse contexto, uma tecnologia que vem ganhando destaque no âmbito nacional e internacional é o suporte por telefone, que tem se mostrado como uma forma útil e acessível de promover apoio à amamentação⁽²⁰⁾.

Evidenciou-se que os ECR que utilizaram intervenções educativas por telefone para promoção do AM envolveram diferentes populações de gestantes e de puérperas. Quando a população foi composta por mulheres gestantes, a intervenção teve início a partir do terceiro trimestre gestacional, por acreditar que é nesse período que a mulher deva ser preparada para as questões que envolvem a vivência do parto e nascimento, puerpério e alimentação da criança^(24,27,29).

Já nos estudos em que a população foi constituída por puérperas, a intervenção teve início no puerpério imediato, como forma de ajudar e apoiar as mulheres a iniciar essa prática, fornecer informações e apoio para superar as dificuldades presentes no início da amamentação e torná-la confiante para manter a exclusividade da amamentação^(25-26,30-31,33).

Os ECR, de uma forma geral, e principalmente aqueles que trabalham intervenções relacionadas ao AM, são estudos que envolvem períodos longos de acompanhamento dos sujeitos, por isso é preciso considerar as perdas amostrais que podem ocorrer ao longo do estudo⁽³⁵⁾. Nesta revisão, as perdas amostrais variaram bastante entre os ensaios investigados, chegando a alcançar perdas de mais de 20% em alguns estudos^(24-25,33).

Nas intervenções por telefone para a promoção do aleitamento materno, diversas causas podem elevar o número de perda dos participantes, como mudança de número de telefone, telefone desligado, não atender às ligações, desistência de participar da pesquisa, interrupção da amamentação, dentre outras. Na tentativa de superar as possíveis limitações ocasionadas pela diminuição do número de participantes ao longo do estudo é necessário acrescentar um percentual de possíveis perdas no cálculo amostral⁽³⁵⁾.

Outro aspecto importante no delineamento de ensaios clínicos que foi evidenciado nessa revisão é a criação de instrumentos, materiais e padrões que orientem a realização da intervenção com rigor metodológico, de forma a garantir a sua qualidade e homogeneidade, evitando possíveis vieses no estudo.

Estudo piloto desenvolvido no Canadá utilizou um protocolo de intervenção padronizada e individualizada, com duas oficinas e contatos telefônicos no pós-parto. Os resultados evidenciaram maiores níveis de autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação até o segundo mês pós-parto para as mães que participaram da intervenção⁽¹⁰⁾.

Uma das limitações observadas nos ensaios clínicos analisados foi o fato de não descreverem se utilizaram ou não algum referencial teórico para fundamentar a intervenção, o que pode ser uma lacuna no planejamento da intervenção ou na descrição dos artigos, por não detalhar completamente a intervenção que foi testada.

Percebeu-se que, na maioria dos estudos (seis), os provedores da intervenção foram enfermeiros com vasta experiência como consultores em lactação, evidenciando a competência desses profissionais para conduzir intervenções voltadas

para a promoção do aleitamento materno^(24,26,28,30-31). Deve-se ressaltar que atualmente existem entidades internacionais voltadas para capacitar e certificar os profissionais de saúde para atuarem como consultores em lactação. Em três estudos desta revisão, os profissionais que proviam a intervenção eram consultores certificados pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE), que consiste em uma entidade internacional de certificação que confere a credencial de Consultor Internacional em Amamentação para os profissionais com o conhecimento, as habilidades cognitivas e a experiência clínica necessários para um desempenho efetivo de consultor em amamentação^(24,28,31).

Diante disso, é importante ressaltar que na realização de ensaios clínicos, em que se aplica e avalia intervenções educativas, por não se tratar de uma intervenção “pronta” e “concreta”, mas sim que se constrói no momento de contato e diálogo entre o profissional e os participantes, o domínio e a experiência do pesquisador acerca do assunto trabalhado é fundamental para o sucesso da intervenção e para a sua eficácia sobre os desfechos desejados, sendo promissor para esse tipo de estudo o treinamento e a capacitação dos profissionais responsáveis por intervir.

Em três dos ensaios clínicos analisados foi utilizado o aconselhamento por pares na intervenção educativa. O aconselhamento por pares é uma forma de intervenção que vem se consolidando nos estudos internacionais, e que consiste em pessoas que tiveram experiências positivas com determinadas situações promover o apoio e o aconselhamento para os seus pares⁽³⁶⁻³⁷⁾. Apesar de os pares terem sido treinados por profissionais de saúde para prover suporte por telefone para as mulheres que estavam amamentando, dois estudos investigados nesta revisão que utilizaram aconselhamento por pares via telefone não apresentaram eficácia significativa na duração ou exclusividade do AM^(27,29,33).

Diante disso, percebe-se que a eficácia encontrada nesta revisão acerca do aconselhamento por pares (via telefone) no aleitamento materno diverge dos resultados encontrados em outros estudos ou revisões da literatura, em que o aconselhamento por par, quando bem delineado, tem se configurado como uma fonte de suporte e apoio para a puérpera, obtendo bons resultados em relação à duração e à exclusividade do AM⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Porém, é importante ressaltar que a eficácia positiva do aconselhamento por pares comprovada em outras pesquisas está associada ao aconselhamento de forma presencial, com o contato entre os pares, e nos estudos incluídos na presente revisão avalia-se o aconselhamento realizado por pares via telefone, o que é um fator diferencial. Dessa forma, não se pode desprezar as contribuições significativas que esse tipo de aconselhamento tem trazido para a amamentação, sendo necessários novos estudos que investiguem esse suporte realizado por telefone.

Em relação à eficácia das intervenções por telefone sobre a duração e a exclusividade do AM, evidenciou-se que quatro estudos incluídos nesta revisão não apresentaram eficácia significativa na duração ou na exclusividade do aleitamento materno. Porém, boa parte desses estudos apresentaram algumas limitações ou fatores diferenciais

que podem ter contribuído para esses resultados, como o reduzido número amostral, o período de realização da intervenção, as intervenções de curto prazo e o aconselhamento por pares via telefone.

Um dos estudos que não foi eficaz para o AM foi o realizado com puérperas obesas, em que se testou um acompanhamento por telefone até 72 horas pós-parto⁽²⁸⁾. Esse estudo teve diversas limitações que podem ter influenciado seus resultados, como o pequeno número amostral (n=50), o período de realização das ligações, o público específico, e não ter utilizado referencial teórico para a intervenção com esse grupo.

Além disso, as ligações foram realizadas em momentos não oportunos, como no pré-parto, em que a puérpera se encontra bastante vulnerável e ansiosa quanto ao nascimento do filho, não sendo o momento ideal para orientação sobre AM, e no período de 24 e 72 horas após o parto, em que algumas mulheres ainda se encontram internadas na maternidade ou acabaram de receber alta.

Nesse momento, é mais indicado que tais intervenções ocorram no alojamento conjunto, valorizando o contato pessoal do profissional com a paciente, de forma a demonstrar a prática do AM e minimizar as dificuldades que possam surgir. Os demais estudos que iniciaram a intervenção ainda antes do parto enfatizam a importância de esta ser realizada no terceiro trimestre da gestação, durante o pré-natal, de forma a preparar a mulher para tal prática^(24,27,29).

Outro fator limitador foi a condição física das puérperas, pois os valores de IMC foram mais elevados no GI do que GC, e essa variável esteve associada com o menor tempo de amamentação. Alguns estudos demonstram que a obesidade está associada a piores taxas de aleitamento materno, uma vez que essas mulheres têm mais dificuldades para iniciar a amamentação e menores chances de manter essa prática, além de fatores biológicos, como dificuldade de posicionamento do bebê, seios grandes, atraso no início da lactogênese e menor resposta da prolactina⁽³⁸⁻³⁹⁾.

Nesta revisão, seis estudos tiveram eficácia significativa na duração e/ou exclusividade da amamentação, dentre esses um estudo utilizou intervenção de curto prazo e cinco utilizaram intervenções de longo prazo.

Em relação ao estudo que utilizou intervenção de curto prazo, tratou-se de um ECR multicêntrico, realizado em hospitais da China e com uma amostra representativa de participantes, cuja intervenção foi realizada por enfermeiros consultores em lactação⁽³⁰⁾. O delineamento do estudo e o seu rigor metodológico são fatores que podem ter contribuído para a sua eficácia na duração e exclusividade do AM.

Dentre os cinco estudos que utilizaram intervenções de longo prazo e tiveram eficácia significativa no AM, evidenciou-se que todos tiveram amostras representativas e realizaram intervenções até o sexto mês pós-parto^(24,26,31-33), demonstrando a importância do acompanhamento dessas mulheres e de uma educação em saúde contínua no decorrer do puerpério, contribuindo para oferecer o suporte e as orientações de que a mulher necessita para lidar com as diversas dificuldades que possam surgir e influenciar o desmame precoce.

De acordo com alguns estudos, o suporte por telefone consiste em uma intervenção promissora que pode aumentar a duração da amamentação^(20,40). Uma pesquisa realizada com puérperas na Escócia utilizou como intervenção educativa um acompanhamento telefônico diário provido por profissionais de saúde para apoiar o aleitamento materno. Os resultados evidenciaram que a intervenção foi efetiva, pois aumentou em 23% as taxas de amamentação e em 22% as do AME nas mulheres que participaram do grupo intervenção em 6-8 semanas pós-parto, além de ter proporcionado satisfação das mães com a intervenção⁽⁴⁰⁾.

Ainda em relação aos estudos que tiveram eficácia significativa no AM (n=6), em quatro deles os profissionais responsáveis por realizar as intervenções eram enfermeiros consultores em lactação, reforçando a importância da capacitação e experiência profissional dos pesquisadores envolvidos para o sucesso da intervenção e a promoção do AM. Em um dos estudos, o provedor da intervenção foi um grupo de suporte formado por enfermeiros consultores em lactação e por pares.

Com relação à enfermagem, o uso do telefone pode ser uma estratégia para o cuidado holístico, ampliando as ações em saúde e representando um avanço frente ao cuidado tradicional. Porém, deve-se atentar para que o uso desta tecnologia não diminua o contato entre profissional e paciente⁽⁴¹⁾.

Apenas em um estudo⁽³²⁾, os provedores da intervenção foram parceiros de uma organização não governamental, não ficando claro se eram profissionais de saúde ou não. Esse ensaio clínico foi realizado com mulheres integrantes de comunidades nigerianas que faziam parte de um programa de microcrédito, criados para oferecer pequenos empréstimos a mulheres de baixa renda para que elas iniciem ou expandam pequenos negócios, com vistas a melhorar as suas condições de vida e consequentemente a sua saúde e o desenvolvimento dos seus filhos. Diversos estudos que integram os programas de microcréditos com intervenções voltadas para a saúde da comunidade têm obtido sucesso em modificar comportamentos de saúde⁽⁴²⁻⁴³⁾.

Diante disso, torna-se importante conhecer e analisar todas as evidências disponíveis acerca das tecnologias e intervenções que a enfermagem pode utilizar no processo educativo voltado para o AM, a fim de fazer a melhor tomada de decisão quanto à tecnologia e à forma de implementá-la.

CONCLUSÃO

Por meio desta revisão, evidenciou-se que os estudos que foram eficazes para melhorar a duração e as taxas de AM e AME foram ensaios clínicos bem delineados, que utilizaram amostras representativas, cujas intervenções foram providas por profissionais de saúde com domínio e experiência clínica com a amamentação, sendo considerados consultores em lactação.

As evidências apontam que o uso do telefone como suporte para a realização de intervenções educativas contribui para a promoção do AM e configura-se como uma estratégia potencial para a prática educativa do enfermeiro, ampliando o campo de atuação da enfermagem. Apesar das limitações associadas ao uso dessa tecnologia, se ela for empregada corretamente, pode trazer benefícios para as populações envolvidas, uma vez que otimiza o tempo e pode ser utilizada para atingir um grande número de usuários.

O uso de intervenções educativas por telefone vislumbra-se como uma possibilidade que pode ser agregada àquelas já utilizadas na atenção básica à saúde, como forma de facilitar o acesso, a orientação, o apoio e os acompanhamentos das puérperas e seus filhos no que diz respeito à alimentação da criança, como também em relação a diversos outros aspectos que permeiam esse período da vida da mulher.

Nesta revisão, a maioria dos estudos que apresentou impacto positivo no AM utilizou intervenções de longo prazo que

tiveram continuidade no decorrer do puerpério, o que evidencia a necessidade de novas investigações utilizando esse tipo de intervenção, bem como de estudos que comparem a eficácia das intervenções de curto e longo prazo sobre a duração e a exclusividade do AM, contribuindo para a escolha da melhor alternativa para cada contexto. Além disso, faz-se necessário pesquisar acerca da relação custo-efetividade das intervenções educativas por telefone para fornecer subsídios acerca da viabilidade da sua implantação em larga escala nos serviços de saúde.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia das intervenções educativas por telefone na duração e exclusividade do aleitamento materno. **Método:** Revisão sistemática da literatura, incluindo somente Ensaios Clínicos Randomizados. O fator de exposição foi uma intervenção educativa por telefone, e os desfechos foram a duração e a exclusividade da amamentação. Literatura em português, inglês e espanhol publicadas entre 2010 e 2016 foram procuradas na Cochrane, Lilacs, Medline e Scopus. Os artigos foram analisados mediante a síntese dos resultados. **Resultados:** Foram identificados 241 artigos, dos quais 231 não atenderam aos critérios de inclusão, de modo que apenas 10 artigos foram revisados. Quatro estudos não apresentaram eficácia relacionada à amamentação. Como características comuns, estes estudos foram realizados em períodos curtos e por pares. Os demais revelaram eficácia sobre a duração e/ou exclusividade da amamentação. Estes últimos eram majoritariamente estudos com intervenção de longa duração e realizados por enfermeiros consultores em lactação. **Conclusão:** As evidências demonstram que o telefone é uma tecnologia viável para a promoção do aleitamento materno, concedendo às unidades e aos profissionais de saúde uma alternativa que pode contribuir para o cuidado mãe-bebê.

DESCRITORES

Aleitamento Materno; Educação em Saúde; Telefone; Enfermagem Materno-Infantil; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de las intervenciones educativas por teléfono en la duración y exclusividad de la lactancia. **Método:** Revisión sistemática de la literatura, incluyendo solo Ensayos Clínicos Randomizados. El factor de exposición fue una intervención educativa por teléfono, y los resultados fueron la duración y la exclusividad de la lactancia. Se buscaron literaturas en portugués, inglés y español publicadas entre 2010 y 2016 en Cochrane, Lilacs, Medline y Scopus. Los artículos fueron analizados mediante la síntesis de los resultados. **Resultados:** Fueron identificados 241 artículos, de los que 231 no atendieron a los criterios de inclusión, de modo a que se revisaron solo 10 artículos. Cuatro estudios no presentaron efectividad relacionada con la lactancia. Como características comunes, esos estudios se llevaron a cabo en períodos cortos y por pares. Los demás revelaron efectividad acerca de la duración y/o exclusividad de la lactancia. Estos últimos eran en su mayoría estudios con intervención de largo plazo y realizados por enfermeros consultores en lactancia. **Conclusión:** Las evidencias demuestran que el teléfono es una tecnología viable para la promoción de la lactancia, brindando a las unidades y los profesionales sanitarios una alternativa que puede contribuir al cuidado madre-bebé.

DESCRIPTORES

Lactancia Materna; Educación en Salud; Teléfono; Enfermería Maternoinfantil; Revisión.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2016 mar. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
2. Boccolini CS, Boccolini PMN. Relationship between breastfeeding and hospitalization due to diarrheal diseases among children under one year of life in Brazilian state Capitals and the Federal District. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 11];20(1):19-26. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a03.pdf>
3. Toma TS, Rea MF. Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2017 Feb 15];24(2):235-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>
4. Strassburgues SZ, Vitolo MR, Bortoloni JA, Pitrez PM, Jones MH, Stein RT. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. *J Pediatr (Rio J)* [Internet] 2010 [cited 2017 Feb 15];86(5):391-9. Available from: <http://www.jped.com.br/conteudo/10-86-05-391/port.pdf>
5. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giucliane ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 20];86(4):317-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/en_a12v86n4.pdf
6. 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*. [Internet] 2010[cited 2017 Feb 20]; 18(3):373-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/12.pdf>
7. Barge S, Carvalho M. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno: estudo ALMAT. *Rev Port Clin Geral* [Internet]. 2011[citado 2017 fev. 15];27(5):518:25. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n6/v27n6a06.pdf>
8. Fujimori E, Minaguawa AT, Laurenti D, Monteiro RMJM, Borges ALV, Oliveira IMV. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Iтуpeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sócias? *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet] 2010 [citado 2017 fev. 22];10(1):39-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n1/v10n1a04.pdf>

9. Fragoso APR, Fortes RC. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *J Health Sci Inst.* 2011;29(2):114-8.
10. McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CDA. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(1):35-46.
11. Souza LM, Costa THM. Ações de incentivo e apoio a amamentação no período pós-natal no Brasil. *Rev Eletr Gestão Saúde [Internet].* 2013 [citado 2017 mar. 7];4(1):1878-93. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23014/16536>
12. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2014 [citado 2017 nov. 18]; 67(2):29-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0290.pdf>
13. Souza AG, Cunha MCK. Reflexões sobre a tecnologia educativa: conceitos e habilidades. *Rev Horiz Lingüística Aplicada.* 2009;8(1):82-99.
14. Nespoli G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. *Interface (Botucatu) [Internet].* 2013 [citado 2017 nov. 18];17(47):873-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop3613.pdf>
15. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP. Educational technologies designed to promote cardiovascular health in adults: integrative review. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2014 [cited 2017 Nov 20];48(5):941-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500944
16. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene [Internet].* 2014 [citado 2017 mar. 7];15(1):158-65. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108>
17. Dodt RCM, Joventino ES, Aquino PS, Almeida PC, Ximenes LB. Na experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. *Rev Latino Am Enfermagem [Internet].* 2015 [cited 2017 Feb 10];23(4):725-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf>
18. Otsuka K, Taguri M, Dennis C, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, et al. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J [Internet].* 2014 [cited 2017 Feb 10];18(1):296-306. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880483/>
19. Edwards RA, Bickmore T, Jenkins L, Foley M, Manjourides J. Use of an interactive computer agent to support breastfeeding. *Matern Child Health J.* 2013;17(10):1961-8.
20. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009338.
21. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
22. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0 updated March 2011 [Internet].* London: The Cochrane Collaboration; 2011 [cited 2016 June 27]. Available from: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
23. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2016 jun. 27] Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemática.pdf
24. Efrat MW, Esparza S, Mendelson SG, Lane CH. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: a randomised trial. *Health Educ J [Internet].* 2015 [cited 2016 July 10];74(4):424-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771064/>
25. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, Beatty B, Langendoerfer S, Crane L, et al. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr.* 2010;10(1):21-8.
26. Tahir NM, ALSadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(1):16-25.
27. Srinivas GL, Benson M, Worley S, Schulte E. A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. *J Hum Lact.* 2015;31(1):120-8. DOI: 10.1177/0890334414548860
28. Rasmussen KM, Dieterich CM, Zelesk ST, Altabet JD, Kjolhede CL. Interventions to increase the duration of breastfeeding in obese mothers: the Bassett improving breastfeeding study. *Breastfeed Med.* 2011;6(2):69-75. DOI: 10.1089/bfm.2010.0014
29. Reeder JA, Joyce T, Sibley K, Arnold D, Altidang O. Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. *Pediatrics [Internet].* 2014 [cited 2016 July 12];134(3):e700-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143999/>
30. Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG.* 2014;121(13):1673-84. DOI: 10.1111/1471-0528.12884
31. Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, Cortes D, Michaelsen KF, Pryds O. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *Am J Clin Nutr.* 2013;98(5):1226-32. DOI: 10.3945/ajcn.113.059600
32. 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 [Internet].* 2014 [cited 2016 July 12];144(7):1120-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481538/>
33. Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, Nanda JP, Sharps PW, Spatz DL, et al. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr [Internet].* 2010 [cited 2016 July 12];10(1):14-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818063/>
34. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2014 [citado 2016 nov. 14];67(2):290-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0290.pdf>

35. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2008.
36. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(12):CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425
37. Ingram L, MacArthur C, Khan K, Deeks JJ, Jolly K. Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *CMAJ [Internet].* 2010 [cited 2016 Nov 14];182(16):1739-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2972324/>
38. Baker JL, Michaelsen KF, Sorensen TI, Rasmussen KM. High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding among Danish women. *Am J Clin Nutr.* 2007;86(2):404-11.
39. Katz KA, Nilsson I, Rasmussen KM. Danish health care providers' perception of breastfeeding difficulty experienced by women who are obese, have large breasts, or both. *J Hum Lact.* 2010;26(2):138-47.
40. Hodinott HP, Craig L, MacLennan G, Boyers D, Vale L. Process evaluation for the FEeding Support Team (FEST) randomised controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ Open [Internet].* 2012 [cited 2017 Feb 20];2(2):e001039. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341595/>
41. Vasconcelos HCA, Freitas RWJF, Marinho NBP, Damasceno MMC, Araújo TL, Lima FET. Eficácia de intervenções que utilizam o telefone como estratégia para o controle glicêmico: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2013 [citado 2017 abr. 25];22(1):239-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_29.pdf
42. Leatherman S, Dunford C. Linking health to microfinance to reduce poverty. *Bull World Health Organ [Internet].* 2010 [cited 2017 Apr 25];88(6):470-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2878149/>
43. Leatherman S, Metcalfe M, Geissler K, Dunford C. Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy Plan.* 2012;27(2):85-101.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.