



ARTIGO ORIGINAL

ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO SOBRE A INFLUÊNCIA DA MOTIVAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**RANDOMIZED CLINICAL STUDY ON THE INFLUENCE OF MOTIVATION AND MONITORING OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE EXCLUSIVE BREASTFEEDING PRACTICE**

Najara Barbosa da Rocha ¹
Suzely Adas Saliba Moimaz ²

RESUMO

Objetivos: Avaliar o impacto da intervenção sobre acompanhamento por profissionais de saúde e motivação na prática de aleitamento materno exclusivo, por meio de um estudo clínico randomizado. **Métodos:** As gestantes foram entrevistadas (n=154) e acompanhadas até sexto mês após parto. Todas receberam panfleto e assistiram vídeo sobre promoção do aleitamento materno na primeira entrevista, sendo divididas aleatoriamente em grupos: intervenção (n=51) e controle (n=103). O grupo de intervenção recebeu acompanhamento domiciliar aos 5 dias e retorno telefônico em 2 e 14 semanas após o parto. Após 6 meses, 124 mães (Intervenção=50 e Controle=74) foram entrevistadas. **Resultados:** A idade média das mães foi 26,5(±6.1) anos e a maioria tinha: cor de pele não-branca (58,9%), morava com companheiro (79%), até 8 anos de estudo (70,2%); múltiparas (64,5%); não trabalhavam (54,8%) e recebiam até 2 Salários Mínimos (81,4%). Os bebês eram na maioria do sexo masculino (52,4%) e de parto cesárea (61,3%). A taxa de aleitamento materno exclusivo foi 84%, 82%, 54% e 34% aos 5 dias, 2 semanas, 14 semanas e 6 meses respectivamente no grupo Intervenção e 17,6% aos 6 meses no grupo Controle. O grupo intervenção teve maior taxa de aleitamento exclusivo (p=0,03, RR 1,25) e aleitamento materno (p=0,02, RR 2,03) em relação ao controle. **Conclusões:** A intervenção estudada promoveu alterações positivas na duração e exclusividade do AM aos 6 meses de idade, em comparação a educação em saúde tradicional, e pode ser usada de forma eficaz para promover a prática de AM pelos serviços de saúde.

Descritores: Aleitamento materno, ensaio clínico, educação em saúde, entrevista motivacional.

ABSTRACT

Objectives: Evaluating an intervention on motivation and the monitoring by health professionals and their impact on the practice of exclusive breastfeeding, for a randomized clinical study. **Methods:** In the pregnancy, women they were interviewed (n = 154) and followed up until the six month after delivery. All received pamphlets and watched a video on breastfeeding promotion in the first interview, being

¹ Pós-Doutorado. Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. e-mail: najara.rocha@gmail.com. Belo Horizonte-MG.

² Livre Docente. Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita. Filho. e-mail: sassaliba@foa.unesp.br. Araçatuba-SP.



randomly divided into groups: intervention (n = 51) and control (n = 103). The group Intervention was receive home care for up to 5 days and a telephone call back 2 and 14 weeks after delivery by health professionals. After 6 months, 124 mothers (I = 50 and C = 74) were interviewed. Results: The mothers' mean age was 26.5 ($\pm$ 6.1) years and most were: non-white skin color (58.9%), lived with a partner (79%), up to 8 years of study (70, 2%); multiparous (64.5%); did not work (54.8%) and received up to 2 minimum wages (81.4%). The babies were mostly male (52.4%) and born by cesarean section (61.3%). Exclusive breastfeeding rates in G1 were 84%, 82%, 54% and 34% for 5 days, 2 weeks, 14 weeks and 6 months, respectively and in G2 it was 17.6% for 6 months. The group intervention had higher rates of exclusive breastfeeding (p = 0.03, RR 1.25) and breastfeeding (p = 0.02, RR 2.03) compared to control. Conclusions: The studied intervention (motivation and follow-up) promoted positive changes in the duration and exclusivity of BF at 6 months of age, compared to traditional health education, and can be used effectively to promote breastfeeding by services of health.

Keywords: Breast Feeding, Clinical Trial, Health Education, Motivational Interviewing.

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é fundamental para o crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição dos bebês, sendo uma intervenção simples e efetiva para reduzir mortalidade e morbidade infantil. O AM fornece em curto prazo e longo prazo vantagens na saúde, econômicas e ambientais para as crianças, mulheres e sociedade¹⁻³ É recomendado pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde de forma exclusiva até os seis meses e complementar até os dois anos de idades ou mais⁴⁻⁶.

Os fatores que levam uma mulher a amamentar são muito complexos. O sucesso do aleitamento materno depende de muitos determinantes, dentre eles: apoio familiar e cônjuge; nível socioeconômico, escolaridade, idade e trabalho materno; urbanização; parto; intenção da mãe de amamentar e experiência anterior a esta; bem como a confiança ou auto-eficácia sobre a capacidade de amamentar. Existem também problemas fisiológicos ao ato de amamentar que dificultam sua prática: mastites, ingurgitamento mamário, fissuras nos mamilos, insuficiência quantitativa de leite, entre outros^{1,2}.

A motivação e acompanhamento dos pacientes são essenciais para o estímulo e introdução de práticas saudáveis em seu cotidiano.

Os profissionais de saúde são importantes no incentivo do aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz, pelo acompanhamento pré-natal^{2,7-8}. O aleitamento deve ser avaliado logo após o parto, as mães devem receber treinamento e apoio especial para evitar problemas de amamentação, ajudando-as a ganhar confiança e consequentemente, aumentar o sucesso da amamentação⁹.

Uma revisão sistemática (2013) resumiu o efeito das intervenções educacionais para promover o aleitamento materno e mostrou que índices de aleitamento materno exclusivo aumentou como resultado de intervenções de promoção em 43% no dia 1, em 30% até 1 mês e em 90% a partir de 1-5 meses⁹. As visitas domiciliares realizadas por profissionais de saúde pós-parto são importantes para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo, pois as mães podem apresentar dificuldades em amamentar e não tendo a ajuda hospitalar, podem desmamar precocemente por falta de informação e orientação adequada^{10,11}.



Técnicas de motivação têm sido investigadas para mudar comportamentos e instalar hábitos saudáveis nas vidas das pessoas¹²⁻¹⁵. Na área da saúde, os estudos com entrevistas motivacionais iniciaram para pacientes alcoólatras e na década de 90 começou a ser testada em doenças crônicas. Trata-se de um conjunto de estratégias baseadas na colaboração, educação e respeito à autonomia do paciente, que no contexto da intervenção terapêutica clínica, pretende motivar o paciente para a mudança de comportamento¹³. O primeiro estudo que utilizou como intervenção a motivação de pacientes sobre aleitamento materno em um estudo experimental nos Estados Unidos (n= 115), em 1998, avaliou os efeitos relativos a introdução de vídeos motivacionais e/ou aconselhamentos em pares de mulheres afro-americanas, que afetou positivamente a duração do aleitamento materno exclusivo.

A motivação e o acompanhamento pelos profissionais de saúde foram estudados de formas isoladas com graus variados de sucesso para a duração e exclusividade do aleitamento materno¹⁰⁻¹⁶ e de forma conjunta em um estudo, porém com acompanhamento até 4 meses¹⁷. As análises apontaram a necessidade de testes rigorosos de métodos de apoio à amamentação¹⁰. Estas intervenções são importantes e acessíveis, porém é escassa a literatura sobre o assunto e, além disso, não foram encontrados ensaios clínicos randomizados para avaliar intervenções de acompanhamento educacionais e motivacionais sobre a exclusividade e a prática aleitamento materno até o bebê completar os seis meses de idade.

Assim, este estudo objetivou avaliar o impacto de uma intervenção com acompanhamento e motivação na promoção da prática do AME por profissionais de saúde.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado preventivo, controlado, paralelo, unicoego, com dois braços: grupo controle e intervenção.

Participantes

As gestantes que participaram deste estudo foram recrutadas das Unidades Básicas de Saúde de uma cidade do Estado de São Paulo no Brasil, no período de dezembro de 2014 a março de 2015. Após a identificação das mães elegíveis para o estudo, a pesquisa foi explicada, convidando para a participação e após o consentimento materno, foi realizada a primeira entrevista no serviço de saúde.

Os critérios de inclusão das gestantes foram: mulheres no último trimestre de gestação; que não tenham nenhum problema ou doença sistêmica que impossibilite a prática do aleitamento materno, mães que não tiveram mais de um filho (gêmeos, trigêmeos) e que consentiram em participar do estudo. Como critérios de exclusão das participantes serão: morte do bebê e nascimento de bebês prematuros que ficaram internados em incubadoras ou desenvolveram algum tipo de doença que impossibilitasse amamentar.



Treinamento e suporte equipe

Durante duas semanas foi realizado um treinamento técnico para a equipe de profissionais de saúde que participaram do acompanhamento e coleta de dados com objetivos de padronização de procedimentos na coleta de dados e nas orientações que foram realizadas nos retornos para prestar o apoio adequado às mulheres após o parto. Foram abordadas questões sobre: objetivos; métodos da aplicação do formulário e preenchimento do instrumento de coleta de dados; conceitos teóricos sobre aleitamento materno, fatores que promovem e inibem a amamentação, habilidades práticas sobre amamentar (posição e boa pega do seio), problemas mais comuns, alimentação infantil, fundamentos e aplicação da Entrevista Motivacional. Os profissionais também foram treinados sobre como ouvir, questionar e compartilhar informações de forma eficaz, identificar e lidar com os problemas, reconhecer e superar as barreiras, além de questões sobre segurança e confidencialidade¹⁰. A coerência intra-examinador foi avaliada, por meio do teste kappa (0,87). O estudo piloto foi realizado com 10% da população total do estudo.

Intervenções

No último trimestre de gestação, as mães foram entrevistadas sobre dados sócio-econômicos, intenção e expectativas em amamentar e auto-eficácia em amamentar. Neste momento, foram distribuídos panfletos e assistido vídeo de orientação sobre o incentivo da prática de aleitamento materno e instalação de hábitos saudáveis, desenvolvido com base nos protocolos nacionais e internacionais^{6,18,19}.

A autoeficácia ou confiança em amamentar foi medida pelo instrumento - Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF). Esta escala foi utilizada para planejamento da intervenção. A BSES-SF constitui-se de 14 itens em duas categorias de domínio: Técnica (8 itens) e Pensamentos Intrapessoais (6 itens). Cada item é avaliado de acordo com uma escala de concordância (tipo Likert) com a seguinte pontuação: 1. discordo totalmente, 2. Discordo parcialmente, 3. às vezes concordo, 4. Concordo parcialmente e 5. concordo totalmente. Como resultado, o escore total pode variar de 14 a 70 pontos²⁰.

Todas as mães do grupo intervenção foram visitadas em seu domicílio até 5 dias após o nascimento do bebê, para realização da entrevista motivacional sobre amamentar e coleta de dados sobre o parto e a amamentação, bem como aplicada a escala BSES-SF, sendo que todas as dúvidas foram sanadas e orientações realizadas sobre a promoção da prática de aleitamento materno. Foram acompanhadas por contato telefônico e se fosse necessário, era realizada outra visita em seu domicílio, na 2ª e 14ª semana após o nascimento do bebê, para reforçar a entrevista motivacional e o acompanhamento por profissionais de saúde (Quadro 1).

Aos 6 meses, ambos os grupos, controle e intervenção, foram visitados em seus domicílios para coleta de dados com um questionário semi-estruturado, contendo questões sobre práticas alimentares e dados sobre amamentação e parto.



Entrevista Motivacional - É um modelo de intervenção formado por duas fases: a primeira é importante a promoção de motivação interior do indivíduo e, na segunda, foca o compromisso deste com a mudança. Objetiva-se que a pessoa passe a entender como importante, para si mesmo, a mudança em questão. Os princípios são: reflexão empática, resistindo ao reflexo de consertar as coisas; desenvolvimento de discrepância (ambivalência), entendendo e explorando as motivações do paciente; acompanhamento da resistência, ao invés de combatê-la, escutando com empatia; e promoção de auto-eficácia, fortalecendo o paciente, estimulando a esperança e o otimismo²¹.

Foi realizada enfatizando o aleitamento materno no momento pós-parto (primeiro contato) e nas visitas posteriores, baseando-se na autoconfiança avaliada pela BSES-SF e a intenção da mãe em amamentar seu filho exclusivamente durante a gestação. Foi baseada na metodologia de Weinstein et al (2004)²², que é dividida em três partes: 1) Estabelecer vínculos e conhecer as necessidades das pessoas atingidas, por meio de demonstração de interesses na pessoa e com conversa informal; 2) Apresentar as opções sobre as ações para aumentar a duração do aleitamento materno; 3) Discutir as opções de prevenção e promoção.

No grupo intervenção, a primeira entrevista com a mãe no período pós-parto foi realizada orientação com conteúdo de incentivo a prática do aleitamento materno, baseada nos protocolos internacionais e nacionais^{4-6,18,19} que foi desenvolvido pelos pesquisadores deste estudo e validada em estudo piloto.

Foram realizados dois contatos telefônicos posteriores, na 2ª após o nascimento do bebê e na 14ª semana de vida do bebê, para acompanhamento e o reforço da entrevista motivacional. Neste reforço e acompanhamento, foram verificadas decisões e solução de dúvidas; promoção da manutenção e ajuda para restabelecer a mudança, se necessário; e reforço da mudança. Estes períodos foram escolhidos, pois são momentos críticos para amamentar. A mãe precisa ser acompanhada até 5º dia após o nascimento do bebê, pois é um período de muitas alterações, que ocorre com a descida do leite, pode provocar dores e inconvenientes e com isso estas mães possam abandonar a prática do aleitamento materno. A 2ª semana de vida do bebê foi escolhida para verificar se a mãe se adaptou as mudanças ou se ainda era observado algum problema. O retorno na 14ª semana de vida do bebê foi escolhido devido às mães trabalhadoras. As mães que trabalham no Brasil abandonam a prática de amamentar após o quarto mês (16ª semana de vida), pois a licença maternidade garantida por lei termina, voltando ao trabalho e consequentemente com maior chance de abandonar a prática².

Acompanhamento dos profissionais de saúde da prática do aleitamento materno – A cada visita ou ligação era realizada a orientação da mãe sobre como amamentar, todas as dificuldades destas mães eram auxiliadas e todas as dúvidas sanadas. As informações coletadas pela escala BSES-SF foram utilizadas e importantes para nortear e identificar os principais anseios destas mães durante a gestação e no período pós-parto de até 5 dias, e com isso planejar ações que promovesse de forma mais direcionada o sucesso do aleitamento materno exclusivo.



Desfecho

As variáveis desfecho analisadas foram a prática do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. As variáveis independentes são: A) Variáveis demográficas: Idade da mãe (até 22 anos e 22 anos ou mais) e sexo da criança (masculino e feminino). B) Variáveis socioeconômicas: cor (branca, não branca: parda e negra), renda familiar (Até 2 Salários Mínimos – SM e Mais de 3 SM - valor do SM em 2015: R\$ 788,00), escolaridade (até 8 anos completos de estudo e 9 anos ou mais), ocupação (Trabalha e Não trabalha - do lar, estudante e desempregada), Situação conjugal (Mora com o companheiro – casada e amasiada e não mora com companheiro – solteira, viúva ou divorciada). C) Expectativas sobre a amamentação durante a gestação: Pretende amamentar (sim e não), Quanto tempo pretende amamentar em aleitamento materno exclusivo (Menos de 6 meses e 6 meses ou mais), Quanto tempo pretende amamentar em aleitamento materno (Menos de 2 anos e 2 anos ou mais), A mãe em aleitamento materno exclusivo (sim ou não), Aos seis meses a mãe amamenta seu filho? (sim ou não), Idade do desmame (em meses), uso de mamadeiras (sim ou não). E) Dados sobre comportamentos: Tipo de parto (normal e cesárea), Hábitos de sucção não-nutritivos? (sim ou não), Qual tipo de hábito? (pergunta aberta).

A classificação para Aleitamento Materno foi adotada de acordo com a Organização Mundial de Saúde⁴, sendo que: Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado), independentemente da quantidade e de estar recendo ou não outros alimentos; 4) Aleitamento materno complementado: para entrar nessa categoria a criança deve estar recebendo leite humano e, necessariamente, alimentos sólidos ou semissólidos. Ela pode estar recebendo, além desses alimentos, outros alimentos, incluindo leites de outras espécies.

Tamanho da amostra

O cálculo amostral foi realizado a partir da equação para estimar amostras de uma população finita²³, sendo o nível de confiança estipulado em 95%, que corresponde ao valor 1,96 expresso em números de desvio padrão. A porcentagem na qual o fenômeno ocorre foi fixada em 10% com base na literatura⁸, população total de gestantes no período do estudo $n=725$ e o erro amostral foi estipulado em 5%. Acrescendo-se 30% de previsão de perdas durante o estudo, comum de estudos longitudinais e clínicos²³, totalizou-se uma amostra de 150 pares de mães e filhos ($n=300$).

Randomização

Este estudo foi realizado com 124 pares de mães e crianças do último mês da gestação até os seis meses de idade da criança ($n=248$). Esta amostra foi dividida em um grupo-controle e grupo-intervenção. A alocação dos pares de mães e bebês para os grupos foi realizada de forma aleatória e sigilosa. As gestantes foram sorteadas a medida que se formava um bloco de 3 pares que aceitavam



participar do estudo, seus nomes eram escritos em um pedaço de papel e colocados em um saco plástico. A primeira sorteada era para o grupo intervenção e as 2 seguintes para o grupo controle e assim sucessivamente até obter o tamanho calculado para a amostra. A randomização em bloco foi usada para diminuir possíveis desequilíbrios em algum processo de randomização. A proporção de pares no grupo controle foi maior, pois foram estimadas perdas, já que a visita neste grupo só iria ocorrer seis meses após a primeira entrevista¹⁷.

Métodos Estatísticos

Todos os questionários foram conferidos por outro pesquisador, para posterior digitação, processamento e análise nos programas Epi Info 2000²⁴ e Biostat²⁵.

A análise foi baseada na intenção de tratar (ou visitar), o que significa que foi considerada que todos os pares de mães e bebês do grupo intervenção receberam uma visita domiciliar e dois contatos telefônicos¹¹. A homogeneidade da amostra quanto à distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas entre os grupos intervenção e controle após a randomização foi examinada pelo teste qui-quadrado. Foram calculados os riscos relativos (RR) e respectivos intervalos de confiança de 95% para quantificar o efeito da intervenção sobre os desfechos de interesse: aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno. Considerou-se em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,05$).

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-SP. Foram obtidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido das gestantes para a participação do estudo. O estudo randomizado controlado foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC).

RESULTADOS

Fluxo de participantes

Do total de gestantes convidadas para participar da pesquisa ($n=298$), 142 foram excluídas do estudo pelos critérios de elegibilidade da amostra: idade gestacional menor que 36 semanas (134), mães de gêmeos (3), tinham problemas na mama ou doença que dificultasse o AM (5). Todas as gestantes do último trimestre da gestação foram abordadas (figura 1) e apenas 2 não quiseram participar da entrevista, totalizando 154 gestantes para a entrevista. Das 154 crianças, 103 foram alocadas, por meio de sorteio, para o grupo controle e 51 para o grupo intervenção. No seguimento do estudo, as perdas foram de 1 criança do Grupo intervenção e de 29 do Grupo controle. As causas de perdas foram: recusa em continuar participando do estudo (Intervenção = 0; Controle = 1), mudança de endereço (Intervenção = 1; Controle = 26), nascimento de bebê prematuro (Intervenção = 1; Controle = 2). Completaram o estudo e tiveram seus dados analisados 124 crianças, 50 do grupo intervenção e 74 do grupo controle.



Dados de Base

As características sociais e econômicas são similares nos dois grupos, sugerindo que grupo Intervenção e grupo Controle são homogêneos, conforme a tabela 1.

A idade média das mães foi 26,5 (± 6.1) anos; sendo que a maioria tinha: cor da pele não branca (58,9%), morava com companheiro (79%); até 8 anos de estudo (70,2%); multíparas (64,5%); não trabalhavam (54,8%) e recebiam até 2 SM (81,4%). Os bebês eram na maioria do sexo masculino (52,4%) e nasceram de parto cesárea (61,3%).

Desfechos e estimativa

Evolução das taxas de aleitamento e hábitos no grupo intervenção

Todas as mães no acompanhamento até 5 dias após o parto estavam amamentando seus filhos, sendo 84% de maneira exclusiva.

Nesta primeira visita, 21 relataram que já haviam complementado a alimentação de seu filho, porém 13 após a saída do hospital retornaram ao aleitamento materno exclusivo. Estas disseram que complementaram já no hospital, pois tiveram dificuldades na pega do seio ao amamentar ($n=2$), alegaram que seu leite não sustentava o bebê ou que ainda não ele não tinha descido ($n=4$), responderam complementaram para poder descansar ($n=2$), recomendação médica ($n=4$) e uma mãe foi impedida de amamentar pelas enfermeiras do hospital sem nenhuma explicação.

O motivo de complemento das mães que estavam em aleitamento materno complementar aos 5 dias ($n=8$) foram: recomendação médica ($n=3$), problemas na pega do seio ($n=2$), leite não sustentava ou o bebê chorava muito ($n=3$), sendo que 6 mães começaram a complementar antes da alta no hospital.

Na visita domiciliar aos 5 dias, 44% ($n=22$) mães estavam com dificuldades em amamentar e 98% ($n=49$) estavam motivadas a amamentar.

No retorno telefônico realizado em 2 semanas após o parto, todas as mães amamentavam, sendo que 82% era de forma exclusiva. Das mães, 94% estavam motivadas em continuar amamentando e apenas 9 apresentavam ainda alguma dificuldade em amamentar.

No retorno telefônico realizado em 14 semanas pós parto, 54% estavam em aleitamento exclusivo e 6 mães haviam desmamados seus filhos. Os motivos para o desmame foram que o leite secou ($n=4$) e trabalho materno ($n=2$). Das 14 mães que complementaram a alimentação de seu filho, comparando com o contato na segunda semana após o parto, 8 (57%) foi porque precisavam retornar ao trabalho. Todas as mães que amamentavam ($n=44$) gostariam de continuar amamentando até o sexto mês e 80% das mães não tiveram dificuldades em amamentar neste período.

Apenas uma mãe do grupo intervenção não foi encontrada pelo retorno telefônico (2 e 14 semanas), pois tinha perdido seu telefone, sendo realizada a visita domiciliar.



Taxas de aleitamento materno e hábitos de sucção nos grupos

Aos seis meses de idade da criança, 71% (n=88) eram amamentados naturalmente por suas mães (Controle: 63,5% e Intervenção: 82%), sendo que 24,2% estavam em aleitamento materno exclusivo (Controle: 17,6% e Intervenção: 34%).

Se observamos esta prática entre cada grupo estudado, foi encontrada associação significativa em relação a prática da amamentação natural ($p=0,02$), bem como a exclusividade ($p=0,03$).

Dos bebês acompanhados, 55,6% tinham hábitos de sucção não-nutritivos sendo que o mais prevalente foi a chupeta (85,5%). Das crianças que tinham hábitos, 68,1% destas crianças eram do grupo controle. A presença de hábitos de sucção não-nutritivos esteve associada aos grupos, ou seja, os bebês do grupo Intervenção tinham menos hábitos do que as crianças do grupo Controle (tabela 3).

DISCUSSÃO

Este estudo sobre a promoção do aleitamento materno com protocolo de acompanhamento e motivação de profissionais de saúde foi rigorosamente conduzido, porém é preciso apontar as limitações, como a ausência de cegamento dos entrevistadores na coleta de dados. As perdas do grupo controle foram esperadas, por este motivo a amostra deste grupo foi maior que a intervenção.

A análise dos dados sócio-demográficos e familiares da população de estudo demonstrou semelhanças entre os grupos, permitindo a avaliação do efeito de intervenção.

Este estudo se mostra inovador porque evidencia o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo em um período de acompanhamento de seis meses, por meio da combinação da motivação, apoio, orientação e acompanhamento com visitas domiciliares e retornos telefônicos durante o período pós-parto realizados por profissionais de saúde.

Os resultados mostraram que a intervenção influenciou positivamente a duração do aleitamento materno e a exclusividade e diminuiu a ocorrência de hábitos de sucção não-nutritivos.

No Brasil, no último levantamento realizado em 2013²⁶, a probabilidade de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de idade ficou em torno de 36,6%, valor próximo ao do grupo intervenção e inferior do grupo controle.

Estudos^{8,9-11} mostram que a educação e orientação, pré e principalmente pós-natal, com visitas domiciliares tem resultados positivos sobre as taxas de exclusividade e aleitamento materno é uma maneira efetiva e de baixo custo para a promoção da prática de aleitamento materno.

Estudo de Wilhelm et al. (2006)¹³, realizado em 3 comunidades rurais do ocidente dos EUA (n=73), sobre eficiência de entrevistas motivacionais na amamentação, concluiu que as entrevistas motivacionais podem ser útil como uma estratégia em um plano de intervenção abrangente para ajudar as mulheres a manter a amamentação, porém as taxas não tiveram alterações estatisticamente significantes¹³. Na Austrália (n=154) em 2014, foi realizada intervenção com abordagem de entrevista motivacional realizado por enfermeiras em retornos para imunização de seus filhos em 2, 4 e 6 meses



na amamentação, que mostrou-se eficaz no aumento das taxas na exclusividade e no aleitamento aos 4 meses, mas não aos 6 meses¹⁴. Em 2015, foi explorada uma intervenção com entrevista motivacional para ajudar a continuar a amamentar em mães mexicanas-americanas rurais. Avaliações e intervenções ocorreram em 3 dias, 2 semanas, e 6 semanas após o parto, com uma avaliação final no telefone 6 meses pós-parto. O estudo teve altos níveis de atrito que prejudicou a capacidade de avaliar o potencial da intervenção por motivação. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para qualquer uma das variáveis de resultado¹⁵.

Estudo recente publicado no Brasil (2019), com acompanhamento telefônico de mães realizado aos sete, 15 e 30 dias pós-parto utilizando os preceitos da entrevista motivacional e Autoeficácia em Amamentar, avaliou a duração da taxa de aleitamento materno e sua exclusividade até os 4 meses de idade da criança, fato que diferenciou do nosso estudo. Os resultados também mostraram que a intervenção educativa em curto prazo foi capaz de aumentar a autoeficácia em amamentar e a duração da amamentação, porém não influenciou na exclusividade. Com isso, os autores recomendaram pesquisas adicionais para explorar e identificar as razões para as taxas persistentemente baixas de AME e para testar novas intervenções que busquem melhorar esses índices¹⁷, como foi realizado em nosso estudo.

O aleitamento materno é importante para a saúde geral da criança e principalmente para sua saúde bucal, pois promove um intenso trabalho da musculatura peribucal, influência o desenvolvimento correto dos padrões ósseos e musculares, além de gerar fadiga nesses músculos, fazendo com que a criança satisfaça seu instinto de sugar e não necessite de uma sucção não-nutritiva, evitando o uso de bicos artificiais²⁷. Isso explica porque a presença de hábitos de sucção não-nutritivos no grupo controle foi significativamente maior que na intervenção.

No acompanhamento às mães do grupo intervenção, o problema de maior dificuldade de enfrentamento pelos profissionais de saúde foi o trabalho materno. Todas dificuldades eram superadas após a orientação dos profissionais de saúde nos retornos domiciliares e telefônicos, porém quando a mãe era orientada sobre como não abandonar o aleitamento exclusivo antes dos 4 meses devido o retorno ao trabalho materno, existiu uma certa resistência por parte das mães. Isso ocorreu pela necessidade de trabalhar e ganhar seu próprio sustento, pelo cansaço da jornada de trabalho e pelo cuidado ao seu filho. Estudos recentes mostram que as taxas de amamentação declinam rapidamente quando as mulheres retornam ao trabalho^{28,29}, fato semelhante ocorrido neste estudo. Consequentemente, a licença de maternidade é um importante fator de proteção para a amamentação. Porém a licença materna no Brasil ainda é insuficiente para manter a amamentação exclusiva até os seis meses de idade. As mães tem direito a 120 dias de licença de maternidade sem risco para o emprego ou salários. Em 2010, o Congresso aprovou, por meio do Programa Empresa Cidadã, extensão da licença maternidade de 120 dias para 180 dias, concedendo incentivos fiscais as empresas que aderirem, entretanto, a taxa de participação destas empresas foi pequena²⁹. Além das orientações para as mães de seus direitos trabalhistas (descansos



diários) e como manter a amamentação mesmo trabalhando, é necessário que a licença maternidade de 180 dias se torne um direito para a mãe trabalhadora.

No Brasil, uma das principais causas do desmame precoce é a falta de conhecimento por parte das mães sobre práticas de amamentação, a qualidade do seu leite e sua importância para o desenvolvimento saudável da criança. Muitas mães acham que o choro excessivo de seu filho é porque seu leite não sustenta, por insegurança materna e pelas pressões externas, complementando o aleitamento materno e consequentemente levando ao desmame precoce. É comprovado que mudança na forma de alimentação (de leite materno para artificial) não é solução para o choro excessivo e nem mudanças no padrão de sono¹². Outro fator que também frequentemente ocorre são interpretações médicas errôneas da curva de crescimento do filho, que prescrevem a complementação com fórmulas lácteas e consequentemente leva ao desmame. Cada criança tem um crescimento individual que não deve ser generalizado¹¹, crianças amamentadas naturalmente podem crescer de forma diferenciada que crianças complementados com fórmulas lácteas. Os profissionais da saúde devem ser treinados e esclarecidos sobre estes assuntos, a fim de orientar de maneira esclarecedora as mães que passam por estas dificuldades, com isso não complementar a amamentação e evitar o desmame precoce.

O protocolo sugerido neste estudo pode ser incluído nas ações da atenção básica do Sistema Único de Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família, por estar em consonância com suas ações principalmente pelo seu baixo custo, facilidade e efetividade. No âmbito da saúde materno-infantil, o incentivo a prática de aleitamento materno se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica. Para exemplificar ações que já acontecem no Brasil neste sentido podemos citar as incorporadas no "Mãe Paranaense"³⁰, implantadas para diminuir de forma significativa a mortalidade materna e infantil e a melhoria das condições do atendimento de gestantes e bebês, e já tem como protocolo uma visita domiciliar até o quinto dia após o parto pelos profissionais de saúde para orientar as mães sobre a amamentação natural e outros problemas. O treinamento específico para a realização da entrevista motivacional pode ser incorporado dentro da "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil" que tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS³¹.

CONCLUSÃO

O acompanhamento e motivação por profissionais de saúde da prática do aleitamento materno promoveu modificações positivas na duração e exclusividade do aleitamento materno aos 6 meses de idade da criança em comparação às medidas de educação em saúde tradicional.



A motivação e o acompanhamento das puérperas em momentos críticos no período pós-parto são intervenções simples e de baixo custo, que são úteis para a promoção da amamentação e devem ser incorporadas nas políticas públicas de saúde para a promoção da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Rocha IS, Lolli LF, Fujimaki M, *et al.* **Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática.** Ciênc Saúde Colet 2018;23(11):3609-3619.
2. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, *et al.* **Estudo Longitudinal sobre a Prática de Aleitamento Materno e Fatores Associados ao Desmame Precoce.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2013;13(4):337-42.
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, *et al.* **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?** Lancet 2016; 387(10017):491-504.
4. World Health Organization. **Indicators for assessing Infant and Young Child Feeding Practices – Part 1: Definitions.** Washington:DC, 2008.
5. Kramer MS, Kakuma R. **Optimal duration of exclusive breastfeeding.** Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD003517.
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
7. Monteiro JRS, Dutra TA, Tenório MCS, *et al.* **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno em prematuros.** Arq. Catarin Med. 2020;49(1):50-65
8. Moimaz SAS, Saliba O, Borges HC, *et al.* **Desmame Precoce: Falta de Conhecimento ou de Acompanhamento?** Pesq. Brasil. Odontoped. Clín. Integr 2013;13:53-59.
9. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, *et al.* **Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review.** BMC Public Health 2013;13(Suppl 3):S20.
10. Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, *et al.* **The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial.** Br J Gen Pract. 2006;56(524):191-7.
11. Barros FC, Halpern R, Victora CG, *et al.* **Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: um estudo de intervenção randomizado.** Rev Saúde Públ, 1994;28(4):277-83.
12. Gross SM, Caulfield LE, Bentoley ME, *et al.* **Counseling and motivational videotapes increase duration of breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding.** J Am Diet Assoc 1998; 98(2):143-8.



13. Wilhelm SL, Stepan MB, Hertzog M, *et al.* **Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006;35(3):340-8.
14. Elliott-Rudder M, Pilotto L, McIntyre E, *et al.* **Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial.** Acta Paediatr 2014;103: e11–e16.
15. Wilhelm SL, Aguirre TM, Koehler AE, *et al.* **Evaluating motivational interviewing to promote breastfeeding by rural Mexican-American mothers: the challenge of attrition.** Issues Compr Pediatr Nurs. 2015;38(1):7-21.
16. Zunza M, Cotton MF, Mbuagbaw L, *et al.* **Interactive weekly mobile phone text messaging plus motivational interviewing in promotion of breastfeeding among women living with HIV in South Africa: study protocol for a randomized controlled trial.** Trials. 2017;17;18(1):331.
17. Chaves AFL, Ximenes LB, Rodrigues DP, *et al.* **Intervenção telefônica na promoção da autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: estudo experimental randomizado controlado.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2019; 27:e3140.
18. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. **Clinical protocol number #19: breastfeeding promotion in the prenatal setting.** Breastfeed Med. 2009;4(1):43-5.
19. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. **ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010).** Breastfeed Medicine. 2010, 5(4):173-177.
20. Dennis CL. **The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32:734–744.
21. Miller WR, Rollnick S. **Motivational interviewing - preparing people to change addictive behavior.** Int J Social Psych. 1994;40(3):230.
22. Weinstein P, Rosamund H, Benton T. **Cover story: Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings.** J Am Dent Assoc 2004;135(6):731-738.
23. Miot HA. **Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais.** J Vasc Bras 2011;10(4):275-278.
24. Center for Disease Control and Prevention. **Programa Epi Info: Versão 7.0.** [acesso em 2020 mar. 20]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>.
25. Ayres M, Ayres M Jr, Ayres DL, Santos AS. **Programa BioEstat Version 5.0.3.** [acesso em 2020 mar. 20]. Disponível em: <https://www.mamiraua.org.br/downloads/programas/>.
26. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, *et al.* **Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas.** Rev. Saúde Públ 2017;51:108.
27. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, *et al.* **Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos.** Ciênc Saúde Colet 2011; 16(5):2477-2484.



28. Hatamleh W. **Prenatal breastfeeding intervention program to increase breastfeeding duration among low income women.** Health, 2012 4(3):143-149.
29. Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. **A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal.** Cad Saude Publica 2007;23(10):2403–2409.
30. Huçulak M, Peterlini OL, Dalcuche MG. **Rede Mãe paranaense.** Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. 2012.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.920 **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**, 2013.

QUADRO, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1. Descrição da intervenção realizada pelos profissionais de saúde para incentivo a prática de aleitamento materno exclusivo.

Momento	Intervenção
Acompanhamento presencial domiciliar de 3 a 5 dias após o nascimento dos bebês	EM de 30 a 40 minutos sobre a prática do AM Esclarecimento de todas as dúvidas das puérperas Orientação das mães Orientações individualizadas de acordo com a BSES-SF
Acompanhamento telefônico 2 semanas após o nascimento do bebê	Reforço da EM sobre a prática do AM Esclarecimento de todas as dúvidas das puérperas
Acompanhamento telefônico 14 semanas após o nascimento do bebê (3 meses e meio)	Reforço da EM sobre a prática do AM Esclarecimento de todas as dúvidas das puérperas
Acompanhamento presencial domiciliar aos 6 meses	Esclarecimento de todas as dúvidas das puérperas



Figura 1. Fluxograma de participantes do ensaio clínico randomizado sobre a promoção da prática de aleitamento materno exclusivo.

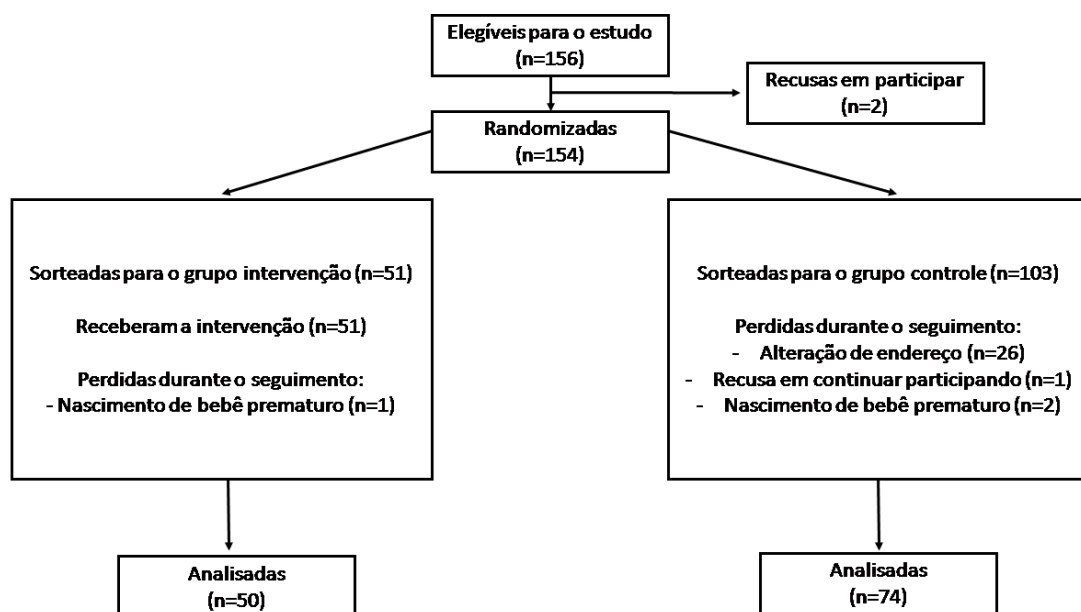


Tabela 1. Distribuição numérica e percentual da população do estudo, de acordo com as variáveis do estudo.

Variáveis		Intervenção		Controle		p
Sexo do bebê	Feminino	23	18,5	36	29,0	0,91
	Masculino	27	21,8	38	30,7	
Tipo de parto	Cesárea	28	22,6	48	38,7	0,42
	Normal	22	17,7	26	21,0	
Idade (anos)	Até 21	9	7,3	22	17,7	0,20
	22 ou mais	41	33,1	52	41,9	
Cor	Branca	19	15,3	32	25,8	0,69
	Não branca	31	25,0	42	33,9	
Escolaridade (anos de estudo)	Até 8	23	18,5	42	33,9	0,32



	9 ou mais	27	21,8	32	25,8	
Mora com companheiro?	Não	14	11,3	12	9,7	0,17
	Sim	36	29,0	62	50,0	
Trabalha	Não	28	22,6	40	32,3	0,97
	Sim	22	17,7	34	27,4	
Renda familiar	Até 2 SM	40	32,3	61	49,2	0,91
	3 ou mais	10	8,1	13	10,5	
Primigesta	Não	33	26,6	47	37,9	0,93
	Sim	17	13,7	27	21,8	
Quantos filhos	Nenhum	17	13,7	27	21,8	0,95
	Um	20	16,1	30	24,2	
	Dois	9	7,3	11	8,9	
	Três ou mais	4	3,2	6	4,8	
Os avós ajudam na criação dos filhos	Não	20	16,1	36	29,0	0,44
	Sim	30	24,2	38	30,7	
Pretende AME até 6 meses	Não	8	6,5	20	16,1	0,22
	Sim	42	33,9	54	43,6	
Pretende AM por 24 meses ou mais	Não	7	5,6	3	2,4	0,09
	Sim	43	34,7	71	57,3	
Número de consultas pré-natal	Até 7 consultas	3	2,4	3	2,4	0,68
	Mais de 7	47	37,9	71	57,3	
O bebê usa mamadeira	Não	17	13,7	15	12,1	0,13
	Sim	33	26,6	59	47,6	
Autoeficácia em amamentar na gestação	Alta	24	19,4	46	37,2	0,08
	Média	25	20,1	23	18,5	
	Baixa	1	0,8	5	4,0	

**Tabela 2.** Distribuição numérica e percentual da população do estudo, de acordo com as visitas de acompanhamento no grupo intervenção (n=50).

Após o parto	Aleitamento Materno				Hábitos de sucção Não-nutritivos		Quais hábitos	
	Sim n (%)	Não n (%)	Exclusivo n (%)	Não exclusivo n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Chupeta n (%)	Dedo n (%)
5 dias	50 (100,0)	0 (0,0)	42 (84,0)	8 (16,0)	12 (24,0)	38 (76,0)	12 (100,0)	-
2 semanas	50 (100,0)	0 (0,0)	41 (82,0)	9 (18,0)	11 (22,0)	39 (78,0)	11 (100,0)	0 (0,0)
14 semanas	44 (88,0)	6 (12,0)	27 (54,0)	23 (46,0)	27 (54,0)	23 (46,0)	24 (85,7)*	4 (14,3)*
6 meses	41 (82,0)	9 (18,0)	17 (34,0)	33 (66,0)	22 (44,0)	28 (56,0)	20 (90,9)	2 (9,1)

*uma criança tinha os dois hábitos

Tabela 3. Associação entre prática de aleitamento materno (duração e exclusividade) e grupos de estudo.

Grupos	Aleitamento				Hábitos de Sucção Não-Nutritivos	
	Sim n (%)	Não n (%)	Exclusivo n (%)	Não exclusivo n (%)	Presente n (%)	Não presente n (%)
Controle	47 (63,5)	27 (34,5)	13 (17,6)	61 (82,4)	47 (63,5)	27 (36,5)
Intervenção	41 (82%)	9 (18%)	17 (34%)	33 (66%)	22 (44)	28 (66)
p	0,02		0,03		0,02	
RR	0,77		0,52		1,44	
IC	0,62 – 0,96		0,28-0,97		1,01 – 2,06	