


Amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação*

Bruna Alibio Moraes^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-0573-1366>


Juliana Karine Rodrigues Strada¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9523-4584>

Vanessa Aparecida Gasparin^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-4266-3668>

Lilian Cordova do Espírito-Santo⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-2577-9079>

Helga Geremias Gouveia⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-4980-4141>

Annelise de Carvalho Gonçalves⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8770-0653>

Objetivo: identificar padrões de amamentação, sobrevida do aleitamento materno exclusivo e fatores associados à sua interrupção, nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação. **Método:** coorte prospectiva, com 231 mãe-bebê em Hospital Amigo da Criança. Utilizou-se questionário inicial aplicado após 24 horas do nascimento, depois da consultoria, e de seguimento, aplicado por telefone aos 15, 30, 60, 120 e 180 dias, com variáveis sociodemográficas, obstétricas, hábitos maternos, escolaridade paterna, dados do nascimento e alimentação do bebê. Procedeu-se à Análise de Sobrevivência. **Resultados:** aos 180 dias de vida, o aleitamento materno exclusivo foi 12,7% e probabilidade de 19,6% na análise da curva de sobrevivência. Os fatores associados à sua interrupção foram tabagismo na gestação (HR 1,66; IC 1,05 – 2,61), idade \geq 35 anos (HR 1,73; IC 1,03 – 2,90), dificuldade na amamentação pós-alta hospitalar (HR 2,09; IC 1,29 – 3,41), busca por auxílio profissional (HR 2,45; IC 1,69 – 3,54) e uso de chupeta (HR 1,76; IC 1,21 – 2,58). **Conclusão:** a consultoria em lactação contribuiu para melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo, embora existam oportunidades de avanços.

Descritores: Aleitamento Materno; Lactação; Consultores; Análise de Sobrevida; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Padrões de amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoio Financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Processo 160227, Brasil.



¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Moraes BA, Strada JKR, Gasparin VA, Espírito-Santo LC, Gouveia HG, Gonçalves AC. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by Lactation Consulting. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3412. [Access ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3538.3412>.

Introdução

É consenso que o leite materno é o alimento mais completo para o bebê, especialmente nos primeiros meses de vida, pois é fonte de nutrientes nas quantidades adequadas para um organismo em desenvolvimento. Além de nutritivo, o leite materno protege contra infecções, evita internações hospitalares e reduz a morbidade por diarreia e infecções respiratórias, previne episódios de otite média e asma, diminui a mortalidade por síndrome da morte súbita na infância. Tem reflexos positivos durante a vida adulta, como no aumento no quociente de inteligência, escolaridade e renda, bem como protege contra excesso de peso e obesidade⁽¹⁾.

Os benefícios da amamentação se estendem também à nutriz. Estima-se que a ampliação da amamentação a um nível quase universal seja capaz de prevenir 20.000 mortes ao ano de mulheres vítimas de câncer de mama, além de proteger a lactante contra câncer de ovário e diabetes tipo 2⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota definições de padrões de aleitamento materno (AM) que são reconhecidas mundialmente⁽²⁾, sendo estes também utilizados no Brasil. Define-se como aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe somente leite materno ou leite humano de outra fonte, sem receber outros líquidos ou sólidos. Quando há introdução de sucos de frutas, água ou bebidas à base de água, o AM é classificado como predominante (AMP). O aleitamento materno complementado (AMC) caracteriza-se quando a criança recebe qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar, e não de substituir o leite materno. Por fim, o aleitamento materno misto (AMM) ocorre quando há introdução de outros tipos de leite que não só o leite materno.

O aumento das taxas de AME tem forte impacto na redução de mortes de crianças, estimando que aquelas amamentadas exclusivamente tenham apenas 12% do risco de morte em comparação com aquelas que não foram amamentadas⁽¹⁾. Em virtude de seus benefícios e das razões para contraindicar a introdução precoce de outros alimentos, a OMS e o Ministério da Saúde recomendam AM por dois anos ou mais, sendo de maneira exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança⁽²⁾.

Apesar de conhecidos os benefícios do AM para o binômio mãe-bebê e de políticas de incentivo, as taxas permanecem abaixo do recomendado no sexto mês do bebê⁽³⁻⁴⁾. Uma importante estratégia para aumentar o número de crianças amamentadas pelo período preconizado é a consultoria em lactação, composta por profissionais habilitados a prestar atendimento às duplas mãe-bebê e suas famílias no manejo das dificuldades

com o AM⁽⁵⁾. O consultor em lactação é certificado pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE), após aprovação em exame oferecido anualmente em diversos países⁽⁶⁾.

Estudos apontam que o início da amamentação e suas taxas, inclusive de AME, são positivamente afetadas pela atuação dos consultores em lactação⁽⁷⁻⁸⁾, além de mostrar que as mulheres atendidas por esses profissionais amamentam por um período mais longo quando comparadas às que não tiveram esta intervenção⁽⁹⁾.

Ao considerar que os primeiros dias após o nascimento constituem um período em que ocorrem as maiores preocupações com a amamentação e no qual as mulheres estão mais suscetíveis às dificuldades em AM⁽¹⁰⁾, e tendo em vista o impacto da consultora em lactação na promoção, proteção e apoio à amamentação, somado à escassez de estudos nacionais sobre a atuação deste profissional, o presente estudo tem por objetivos identificar padrões de amamentação, sobrevida do AME e fatores associados à sua interrupção, nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por consultoria em lactação.

Método

Trata-se de coorte prospectiva, realizada com duplas mãe-bebê atendidas por Consultoria em Lactação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). Como Hospital Amigo da Criança (IHAC), a instituição conta, desde 1996, com uma equipe de consultoria em lactação composta, no período deste estudo, por duas enfermeiras e uma nutricionista, sendo apenas uma das enfermeiras com dedicação exclusiva a esta função.

Diariamente, a equipe assistencial solicita, via sistema informatizado, suporte às duplas mãe-bebê com risco para a ocorrência de dificuldades na amamentação ou que já estejam enfrentando problemas, visando avaliação, apoio e auxílio contínuo nas situações que possam culminar na interrupção do AME antes do período preconizado ou em desmame precoce. Uma vez que esta solicitação é feita via sistema informatizado, após o atendimento é realizado o registro no prontuário eletrônico da puérpera.

Foram incluídas duplas residentes em Porto Alegre ou região metropolitana que disponibilizassem um número de telefone para posterior contato, com bebês a termo (idade gestacional definida pelo método de Capurro ≥ 37 semanas) e com peso de nascimento ≥ 2.500 gramas, que estivessem em alojamento conjunto, que tivessem iniciado a amamentação e que foram atendidas por uma das consultoras em lactação. Foram excluídas mães com gemelares, duplas com contraindicação permanente ou

temporária para AM ou que foram separadas após ter iniciado a amamentação.

A inclusão das participantes ocorreu no período de agosto de 2016 a maio de 2017, com acompanhamento via telefone até novembro de 2017. A amostra foi selecionada de segunda-feira a sexta-feira na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do HCPA, após a identificação das duplas que preenchiam os critérios de inclusão. As mulheres foram convidadas a participar do estudo e, em caso de aceite e após leitura, assinavam em duas vias iguais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma das vias ficando em posse da entrevistada e a outra em posse da pesquisadora.

Para o cálculo amostral utilizou-se uma taxa de risco de 1,48 e um percentual médio de sobrevivência do AME de 5% ao final de seis meses, conforme estudo sobre variável "idade materna inferior a 20 anos"⁽¹¹⁾. Considerando poder de 80% e nível de significância de 5%, a estimativa do tamanho amostral foi de 210 duplas mãe-bebê. Estimando-se 10% de perdas, a amostra foi composta por 231 duplas mãe-bebê. O *software* utilizado para o cálculo amostral foi WINPEPI, versão 11.43.

Para a coleta de dados foram utilizados dois tipos de instrumentos. O inicial, com 34 perguntas, e o de seguimento, com 47 questões, ambos elaborados pelas autoras do estudo, a partir da compilação de artigos publicados que contemplassem a temática^(11,12,13) e, assim, fornecessem base para o alcance dos objetivos. Estes instrumentos foram compostos por questões fechadas e abertas. A coleta dos dados foi efetuada por duas pesquisadoras mestrandas e duas alunas de graduação em enfermagem, bolsistas de iniciação científica, previamente treinadas para a abordagem das participantes.

A aplicação dos instrumentos se deu em seis etapas: presencialmente na UIO (entrevista inicial), ocorrida após as primeiras 24 horas do nascimento do bebê e após atendimento por alguma das consultoras em lactação, e via telefone aos 15, 30, 60, 120 e 180 dias de vida do bebê. As pesquisadoras foram instrumentalizadas para a aplicação dos questionários de seguimento por telefone, procedendo a leitura das perguntas previamente estipuladas, visando a uniformização da coleta. Considerou-se o período máximo para aplicação dos questionários até dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para cada seguimento. As entrevistas de seguimento ocorreram enquanto as crianças estivessem em AM ou até que ocorresse a interrupção de contato com a participante por não atender ao telefone ou por mudança de telefone durante o período de coleta de dados.

Utilizaram dados primários, obtidos na coleta de dados e que compunham a base de dados da pesquisa maior. Foram usadas variáveis que respondessem aos

objetivos propostos neste estudo. A variável dependente foi a interrupção do AME em dias de vida da criança. As variáveis independentes abrangeram características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, hábitos maternos, histórico de amamentação, alimentação do bebê, dificuldades na amamentação, motivos da não amamentação, oferecimento de artefatos ao bebê (chupetas, mamadeiras, copinho, colher e seringa), apoio na amamentação, escolaridade do companheiro e dados de nascimento.

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e analítica. A análise de sobrevivência foi utilizada para avaliar o tempo até a interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida da criança. Foram censurados os dados das duplas mãe-bebê que ainda estavam em AME ao final do seguimento de 180 dias, bem como os dados das duplas que foram perdidas ao longo do seguimento.

Para comparar as características das duplas que compuseram a amostra até o final do estudo e daquelas cujo acompanhamento foi interrompido, foi utilizado teste *t* de Student para comparar médias, teste de Mann-Whitney para comparar medianas e Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para comparar proporções. Procedeu-se à associação entre as variáveis e o tempo de interrupção de AME por meio de análise bivariada e multivariada com utilização do modelo de Regressão de Azares Proporcionais de Cox. Calculou-se a mediana do tempo de AME pelo método de Kaplan-Mayer e as curvas comparadas pelo teste de Log Rank. O critério usado para a inserção da variável no modelo multivariado foi que esta apresentasse valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0

O projeto ao qual o presente estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 1.569.774/2016. O desenvolvimento desta pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Resultados

Foram incluídas no estudo 231 duplas mãe-bebê para acompanhamento até 180 dias de vida do bebê. Por impossibilidade de contato telefônico, 18 duplas foram consideradas perda aos 15 dias, 22 aos 30 dias, 20 aos 60 dias, 11 aos 120 dias e duas aos 180 dias, totalizando 73 (31,6%) perdas até o 180º dia de vida do bebê e assim, restando 158 duplas mãe-bebê com seguimento completo até o período estipulado para o acompanhamento.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal (PN), hábitos maternos, histórico de amamentação, escolaridade do companheiro e dados de nascimento das duplas que compuseram a amostra até o final do estudo e aquelas cujo acompanhamento foi interrompido. Essas variáveis investigadas não apresentaram significância estatística ($p \leq 0,05$), o que mostra que os grupos foram semelhantes, garantindo a qualidade da análise, mesmo

diante do alto percentual de perdas. Evidenciou-se o elevado percentual de mulheres que frequentou o número mínimo de seis consultas pré-natal (91,6%), sem ter recebido informações sobre amamentação durante as consultas ou em grupo de gestante (62,3%). Salienta-se ainda, que a maioria das mulheres era primípara (67,9%), e que das com dois filhos ou mais, 59,4% afirmaram ter amamentado o último filho por um período menor do que seis meses.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, hábitos maternos, histórico de amamentação, escolaridade do companheiro e dados de nascimento das 231 duplas mãe-bebê. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variáveis	Amostra (n=158) n (%)	Perdas (n=73) n (%)	Valor de p
Idade materna			0,405
< 20 anos	36 (22,8)	15 (20,5)	
20 a 35 anos	103 (65,2)	53 (72,6)	
≥ 35 anos	19 (12,0)	5 (6,8)	
Cor autodeclarada			0,578
Branca	97 (61,4)	42 (57,5)	
Preta/parda	61 (38,6)	31 (42,5)	
Anos de estudo completo da mulher			0,600
< 8 anos	32 (20,3)	17 (23,3)	
≥ 8 anos	126 (79,7)	56 (76,6)	
Trabalho externo ao lar			0,485
Sim	68 (43,0)	35 (47,9)	
Não	90 (57,0)	38 (52,1)	
Tem companheiro(a)			0,360
Sim	139 (88,0)	61 (83,6)	
Não	19 (12,0)	12 (16,4)	
Anos de estudo completo do companheiro(a)			0,219
< 8 anos	24 (15,2)	11 (15,1)	
≥ 8 anos	107 (67,7)	50 (68,5)	
Não soube informar	8 (5,1)	0 (0,0)	
Reside com*			
Companheiro	129 (92,8)	56 (91,8)	0,804
Mãe	36 (22,8)	21 (28,8)	0,327
Sogra	19 (13,7)	3 (4,9)	0,069
Renda familiar†			0,860
< 2 salários mínimos	47 (29,7)	22 (30,1)	
2 a 4 salários mínimos	66 (41,8)	28 (38,4)	
> 4 salários mínimos	45 (28,5)	23 (31,5)	
Consultas de pré-natal‡			0,657
< 6 consultas	13 (8,4)	7 (10,3)	
≥ 6 consultas	141 (91,6)	61 (89,7)	
Informações sobre amamentação no pré-natal e/ou grupo			0,580
Sim	61 (38,6)	23 (31,5)	
Não	95 (60,1)	49 (67,1)	
Não fez pré-natal/grupo	2 (1,3)	1 (1,4)	
Tabagismo na gestação			0,166
Sim	26 (16,5)	7 (9,6)	
Não	132 (83,5)	66 (90,4)	
Uso de droga na gestação			0,948
Sim	2 (1,3)	1 (1,4)	
Não	156 (98,7)	72 (98,6)	
Tempo de amamentação do último filho			0,092
Sem filho anterior	108 (68,4)	49 (67,1)	
< 6 meses	34 (21,5)	10 (13,7)	
≥ 6 meses	16 (10,1)	14 (19,2)	
Via de nascimento			0,778
Vaginal	94 (59,5)	42 (57,5)	
Cesárea	64 (40,5)	31 (42,5)	

(a Tabela 1 continua na próxima página)

(Tabela 1 continuação)

Variáveis	Amostra (n=158) n (%)	Perdas (n=73) n (%)	Valor de p
Sexo do bebê			0,123
Feminino	63 (39,9)	37 (50,7)	
Masculino	95 (60,1)	36 (49,3)	
Classificação do bebê [§]			0,280
AIG	127 (80,4)	60 (82,2)	
PIG [¶]	11 (11,0)	8 (11,0)	
GIG ^{**}	20 (12,7)	5 (6,8)	

*Os resultados podem exceder 100% uma vez que pode haver mais de uma resposta; [¶]Conforme salário mínimo de 2017 (R\$954,00); [†]Desconsideradas as mulheres que não tinham cartão de pré-natal; [§]Conforme Curva de Lubchenco⁽¹⁴⁾; ^{||}AIG = Adequado para a idade gestacional; [¶]PIG = Pequeno para a idade gestacional; ^{**}GIG = Grande para a idade gestacional

Até o 15º dia após o nascimento, todas as mulheres que participaram desta etapa afirmaram ter algum tipo de apoio para a realização dos afazeres domésticos e/ou cuidados com o bebê. Neste mesmo período, apenas uma (0,5%) mulher referiu ter retornado ao trabalho.

Na Tabela 2 encontram-se dados referentes às entrevistas ocorridas após a alta hospitalar. Quanto às informações relativas à internação hospitalar, coletadas aos 15 dias de vida do bebê, constatou-se que 98,1% das mulheres apresentou complicações no AM. O uso de fórmula láctea foi frequente pelos bebês em alojamento conjunto (53,5%), com 42 (37,2%) mulheres justificando seu uso devido à dificuldade na técnica de AM, 39 (34,5%) alegaram a baixa produção de leite/apojadura tardia, 15

(13,3%) mulheres relataram que o motivo da utilização de fórmula láctea se deu por apresentarem fissura mamilar, 12 (10,6%) mulheres atribuíram o uso da fórmula à perda de peso do bebê e 10 (8,8%) mulheres mencionaram que o bebê recebeu complementação láctea na internação por apresentar hipoglicemia.

No que se refere à orientação de alimentação do bebê na alta hospitalar, a maioria das mães (80,3%) foi orientada pelos profissionais a permanecer exclusivamente em aleitamento materno, ao passo que 42 (19,7%) obtiveram orientação de permanecer em AM complementado com fórmula láctea. Ressalta-se que 91 (42,7%) bebês iniciaram o uso de chupeta no período entre o nascimento até o 15º dia de vida.

Tabela 2 – Informações referidas pelas mães sobre os padrões de aleitamento materno e aspectos relacionados, após alta hospitalar e até o sexto mês de vida do bebê. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Variáveis	15 dias (n = 213)	30 dias (n = 191)	60 dias (n = 171)	120 dias (n = 160)	180 dias (n = 158)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Bebê em aleitamento materno					
Sim	209 (98,1)	173 (90,6)	141 (82,5)	109 (68,1)	101 (65,9)
Não [*]	4 (1,9)	18 (9,4)	30 (17,5)	51 (31,9)	57 (36,1)
Motivos [†]					
Leite secou/Baixa produção	3 (75,0)	7 (50,0)	4 (33,3)	-	1 (16,7)
Dificuldade na técnica	1 (25,0)	5 (35,7)	2 (16,7)	1 (4,8)	6 (100,)
Desinteresse do bebê	-	1 (7,1)	5 (41,7)	10 (47,6)	3 (50,0)
Ingurgitamento	-	1 (7,1)	-	-	-
Iniciou mamadeira	-	1 (7,1)	-	-	-
Anatomia do mamilo	-	2 (14,3)	2 (16,7)	1 (4,8)	-
Ausência materna	-	-	1 (8,3)	-	3 (50,0)
Alergia	-	-	-	1 (4,8)	-
Orientação profissional	-	-	-	2 (9,5)	-
Amamentação em livre demanda					
Não	49 (23,4)	39 (22,5)	21 (14,9)	18 (16,5)	7 (6,9)
Sim	160 (76,6)	134 (77,5)	120 (85,1)	91 (83,5)	94 (93,1)
Bebê recebe [‡]					
Chá	10 (4,7)	47 (24,6)	56 (32,7)	61 (38,1)	65 (41,1)
Água	1 (0,5)	9 (4,7)	27 (15,8)	54 (33,8)	69 (43,7)
Suco	-	-	-	14 (8,8)	36 (22,8)
Outro leite	66 (31,0)	80 (41,9)	78 (45,6)	81 (50,6)	76 (48,1)
Bebê recebe líquidos por meio de [†]					
Mamadeira	62 (89,9)	92 (95,8)	97 (97)	98 (98)	81 (93,1)
Copinho/colher/seringa	12 (17,4)	7 (7,3)	4 (4)	3 (3)	2 (2,3)
Apoio familiar para AM [‡]	166 (79,4)	115 (60,2)	86 (50,3)	61 (38,1)	48 (30,4)
Bebê usando chupeta	91 (42,7)	110 (57,6)	122 (71,3)	131 (81,9)	135 (85,4)
Dificuldade em AM [‡]	183 (85,9)	120 (62,8)	81 (47,4)	66 (41,25)	32 (20,3)
Tabagismo [§]	16 (7,5)	17 (8,9)	15 (8,8)	12 (7,5)	8 (5,1)

^{*}Percentual cumulativo ao longo dos seguimentos; [†]Os valores podem exceder 100%, pois poderia haver mais de uma resposta; [‡]AM = Aleitamento materno; [§]15 mulheres já tinham o hábito do tabagismo durante a gestação e apenas uma mulher referiu ter iniciado após a alta hospitalar

Observou-se que somente 20 (12,7%) bebês estavam em AME no 180º dia de vida e 57 (36,1%) já tinham sido desmamados (Figura 1). Houve um aumento de 21,1% no percentual de bebês em AME aos 15 dias, pois aqueles bebês que receberam complemento lácteo durante

a internação hospitalar, por necessidade clínica, e que retomaram o AME em domicílio, não foram considerados em AME na internação, porém foram considerados em AME aos 15 dias.

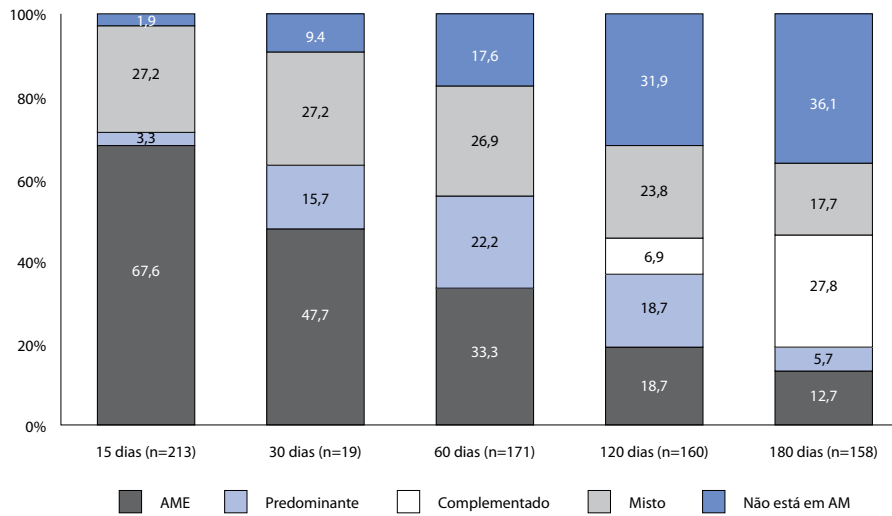


Figura 1 – Padrões de amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por consultoria em lactação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

A Figura 2 apresenta a curva de sobrevivência. Aos 15 dias a probabilidade de o bebê estar em AME é de 74%, com redução de 26% neste percentual, quando comparado ao nascimento. Comparando-se aos períodos imediatamente anteriores de acompanhamento, aos 30

dias a probabilidade é de 58,5% com percentual de queda de 15,5%; aos 60 dias, 46,1% de probabilidade com queda de 12,4%; aos 120 dias, probabilidade de 29,4% e queda de 8,8%; e aos 180 dias, 19,6% de probabilidade com queda de 3,0%.

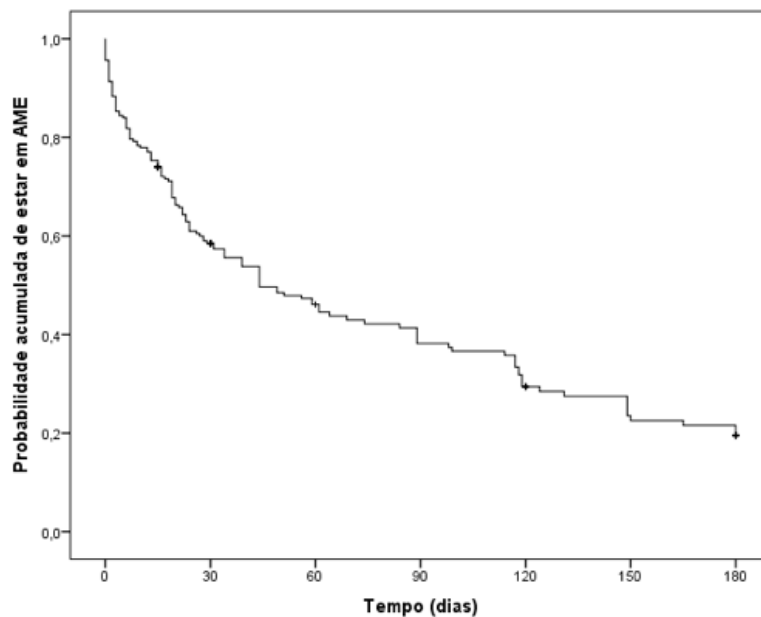


Figura 2 – Curva de sobrevivência de Kaplan Meier referente ao tempo de aleitamento materno exclusivo de bebês atendidos por consultoria em lactação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

Na Tabela 3 são apresentadas as variáveis independentes que foram associadas com o desfecho interrupção do AME até 180 dias de vida na análise

bivariada. Os resultados mostram que mulheres com 35 anos ou mais, mulheres que fumaram durante a gestação, as que apresentaram dificuldade em AM após a alta

hospitalar e até o final do período de acompanhamento e também as que buscaram auxílio profissional por dificuldades na amamentação após deixarem o hospital estão associadas ao maior risco de interrupção do AME

antes de completarem 180 dias de vida do bebê ($p \leq 0,05$). Além disso, os bebês que receberam chupeta após a alta hospitalar também apresentaram maior risco de interrupção precoce do AME.

Tabela 3 – Análise bivariada e multivariada dos fatores associados a interrupção do AME em bebês com até 180 dias de vida. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

Variáveis	Bivariada HR (IC 95%)	Valor de p	Multivariada HR (IC 95%)	Valor de p
Parto vaginal	0,71 (0,51 – 0,98)	0,039	0,84 (0,56 – 1,24)	0,375
Classificação do bebê*				
AIG†	1,00		1,00	
PIG‡	0,86 (0,46 – 1,59)	0,621	1,01 (0,54 – 1,89)	0,974
GIG§	1,60 (0,98 – 2,60)	0,059	1,49 (0,89 – 2,50)	0,132
Cor branca	1,01 (0,72 – 1,41)	0,976	-	-
Idade materna				
< 20 anos	0,94 (0,62 – 1,42)	0,767	0,92 (0,57 – 1,46)	0,711
20 a 34 anos	1,00		1,00	
≥ 35 anos	181 (1,10 – 2,97)	0,019	1,73 (1,03 – 2,90)	0,037
Ter companheiro	0,95 (0,59 – 1,54)	0,844	-	-
Mora com				
Companheiro	1,41 (0,66 – 3,02)	0,381	-	-
Mãe	0,86 (0,58 – 1,28)	0,460	-	-
Sogra	0,93 (0,54 – 1,60)	0,804	-	-
Renda familiar				
< 2 salários mínimos	1,18 (0,76 – 1,84)	0,460	-	-
2 a 4 salários mínimos	1,07 (0,72 – 1,59)	0,726	-	-
> 4 salários mínimos	1,00		-	-
Anos de estudo completo da mulher				
< 8 anos	0,97 (0,65 – 1,46)	0,898	-	-
≥ 8 anos	1,00		-	-
Anos de estudo completo do companheiro				
< 8 anos	1,13 (0,62 – 2,08)	0,689	-	-
≥ 8 anos	1,00		-	-
Trabalho externo ao lar	1,01 (0,73 – 1,40)	0,954	-	-
Licença maternidade (meses)	0,99 (0,92 – 1,06)	0,673	-	-
Consultas de PN	0,97 (0,61 – 1,5)	0,890	-	-
< 6 consultas	1,35 (0,78 – 2,36)	0,288	-	-
≥ 6 consultas	1,00		-	-
Informações sobre AM [¶] no PN ou grupo de gestantes	0,60 (0,15 – 2,49)	0,483	-	-
Tabagismo na gestação	1,68 (1,09 – 2,59)	0,019	1,66 (1,05 – 2,61)	0,029
Uso de droga na gestação	2,07 (0,51 – 8,39)	0,311	-	-
Tempo de AM [¶] último filho				
Primípara	1,14 (0,67 – 1,93)	0,635	1,18 (0,67 – 2,06)	0,568
< 6 meses	1,92 (1,05 – 3,50)	0,033	1,37 (0,75 – 2,49)	0,314
≥ 6 meses	1,00			
Complemento lácteo no hospital	1,57 (1,13 – 2,19)	0,007	1,34 (0,94 – 1,92)	0,107
Licença maternidade aos 15 dias	0,95 (0,68 – 1,32)	0,756	-	-
Horário fixo para AM [¶]	1,08 (0,74 – 1,59)	0,681	-	-
Uso de chupeta ao longo do acompanhamento	1,99 (1,38 – 2,87)	< 0,001	1,76 (1,21 – 2,58)	0,003
Dificuldade em AM [¶] na internação	0,96 (0,30 – 3,00)	0,939	-	-
Dificuldade no AM [¶] pós-alta hospitalar	2,48 (1,54 – 3,98)	< 0,001	2,09 (1,29 – 3,41)	0,003
Procurou auxílio profissional por dificuldades na amamentação**	2,93 (2,10 – 4,09)	< 0,001	2,45 (1,69 – 3,54)	< 0,001

*Conforme Curva de Lubchenco⁽¹⁴⁾; †AIG = Adequado para a idade gestacional; ‡PIG = Pequeno para a idade gestacional; §GIG = Grande para a idade gestacional; ||PN = Pré-natal; ¶AM = Aleitamento materno; **Banco de Leite Humano, consultoria em lactação externa ao hospital, atenção primária em saúde

Discussão

A análise de sobrevivência mostra que a probabilidade de o bebê estar em AME sofreu decréscimo gradativo

com o passar do tempo de acompanhamento, com maior queda da probabilidade no período do nascimento até os primeiros 15 dias de vida do bebê. Após 120 dias ocorre discreta estabilidade e, a partir deste período, a

probabilidade de o bebê que chegou aos 150 dias em AME permanecer assim até 180 dias é maior.

Constata-se que a probabilidade de AME aos seis meses (19,6%) aumentou aproximadamente três vezes quando comparada à obtida em pesquisa anterior (6,6%), realizada há 12 anos, na mesma instituição⁽¹¹⁾, ambos estudos de coorte. Apesar de este aumento ter sido expressivo, permanece ainda aquém do desejado. O percentual encontrado também é superior ao obtido em estudo realizado em Hospital Amigo da Criança na Suíça, cuja probabilidade de AME aos 180 dias foi de aproximadamente 15%⁽³⁾.

Este acréscimo pode ser reflexo das políticas públicas desenvolvidas ao longo dos anos em prol do AM, assim como a conscientização de mulheres e profissionais de saúde sobre a importância desta prática para a saúde do binômio mãe-bebê. Além disso, pode indicar maior reconhecimento e mais encaminhamentos para o atendimento da consultora em lactação na instituição. Ademais, a amostra da primeira pesquisa não foi constituída apenas por duplas atendidas por consultoria, como é o caso desta.

Os padrões de amamentação analisados revelaram redução progressiva de AME, assim como aumento gradual e contínuo de desmame ao longo dos seis primeiros meses de vida de bebês que foram atendidos por consultoria em lactação durante a internação hospitalar. Observa-se que 12,7% dos bebês da amostra permaneciam em AME até os seis meses. Em comparação com as taxas de AME de outras coortes, pode-se verificar que as encontradas neste estudo estão acima das de outras regiões. Em coorte realizada em Fortaleza/CE, 65,2% dos bebês foram amamentados exclusivamente no primeiro mês, percentual semelhante ao evidenciado neste estudo, entretanto, o percentual decai para 3,3% no sexto mês de idade⁽⁴⁾. Já em coorte indiana observou-se uma tendência semelhante, porém com um percentual mais elevado de AME no primeiro mês (91,7%), chegando a 11,4% dos bebês amamentados de forma exclusiva até o sexto mês⁽¹⁵⁾.

Os estudos citados anteriormente não faziam menção ao suporte de equipe de consultoria em lactação, podendo ser esta a justificativa para as taxas de AME serem maiores no presente estudo. Esta intervenção pode ter contribuído para o aumento da manutenção do AME até o sexto mês de vida dos bebês, uma vez que receber apoio e orientação sobre AM durante a internação hospitalar tem efeitos benéficos sobre as taxas de AME⁽⁷⁻⁸⁾. Isto mostra o importante papel que estes profissionais desempenham na manutenção da amamentação exclusiva e que repercute ao longo da vida dos bebês.

Apesar destes avanços, quando comparada às taxas de AME no sexto mês de vida com coortes internacionais, constata-se que os resultados estão abaixo de países

como Canadá, com 18,5% dos bebês em AME aos seis meses⁽¹³⁾, e Nova Zelândia, com uma taxa de AME de 16% no mesmo período⁽¹⁶⁾. Entretanto, o índice está acima do encontrado em coorte da Arábia Saudita, com apenas 2,6% de AME aos seis meses⁽¹²⁾. Contudo, estes estudos não foram realizados especificamente com mulheres atendidas por consultoras em lactação, o que dificulta comparações.

Em revisão sistemática somente com estudos randomizados verificou-se que as intervenções realizadas por consultores em lactação possuem efeitos benéficos nas taxas de AME, além de aumentar o número de mulheres que optam pelo AM⁽⁸⁾. Entretanto, o cuidado oferecido por estes profissionais não deve limitar-se ao ambiente hospitalar, uma vez que as dificuldades permanecem após o retorno para a casa.

Existem fatores que podem antecipar a introdução de outros alimentos à dieta dos bebês, o que ocorreu com maior frequência entre 60 e 120 dias de vida (14,6%). Foi possível verificar que, mesmo com a maioria das mulheres estando entre 20 e 35 anos no momento da entrevista, aquelas com 35 anos ou mais possuíam maior risco de interromper o AME antes do período preconizado. Estes resultados são frequentes na literatura, embora controversos. Corroborando com os achados, pesquisadores italianos concluíram que as mães mais velhas são menos propensas a amamentar seus filhos⁽¹⁷⁾. O contrário ocorreu em estudo realizado na Índia, em que as chances de AME aumentaram com a idade materna⁽¹⁸⁾.

Assim como a idade materna, o hábito de fumar também é um fator frequentemente apontado na literatura como interferente no AME. Revisão sistemática aponta que mulheres não fumantes têm maior início e continuidade da amamentação quando comparadas às fumantes⁽¹⁹⁾. No presente estudo, constatou-se que 14,3% das mulheres eram tabagistas na gestação, tendo risco 1,66 vezes maior de interromperem o AME antes dos seis meses de vida do bebê, quando comparadas às não usuárias de tabaco. Segundo estudo, a maioria das mulheres que fumam durante a gestação tem intenção de amamentar. Apesar de apresentarem elevado percentual de início de amamentação, a recaída ao tabagismo e o desmame precoce ocorreram em altas taxas a partir de 12 semanas, tendo como motivo mais citado para a interrupção do AM a percepção da produção de leite insuficiente⁽²⁰⁾.

Entretanto, salienta-se que no estudo atual 45,5% das mulheres fumaram desde a gestação até pelo menos os primeiros 15 dias de vida do bebê. Este resultado também foi encontrado em estudo, em que 61,7% das mulheres que afirmaram estar fumando no período pós-parto o fez também na gestação⁽²¹⁾. Sabe-se que o volume do leite materno é reduzido nas tabagistas, fazendo com que a duração do período de lactação seja menor⁽¹⁹⁾. Além

disso, parece haver uma proteção mútua, uma vez que a amamentação foi considerada um fator de proteção contra o aumento do tabagismo no pós-parto. Quanto mais tempo as mulheres amamentam seus bebês, menos elas fumam no período pós-parto, ou seja, investir em programas eficazes de cessação do tabagismo após o parto pode ter impacto favorável não apenas na saúde da mulher⁽²²⁾.

O uso de chupeta a partir da alta hospitalar também foi evidenciado como fator associado à interrupção do AME até o sexto mês de vida dos bebês, sendo este um fator frequentemente citado na literatura. Em análise realizada com dados de dois inquéritos nacionais foi possível concluir que o uso de chupeta esteve inversamente associado às taxas de AME⁽²³⁾. Corroborando com estes achados, estudo de coorte ainda revela que o uso de chupeta foi fator de risco para o não consumo de leite materno de forma exclusiva no primeiro mês do bebê (RR = 1,90), no 4º mês (RR = 1,77) e no 6º mês (RR = 1,42)⁽²⁴⁾. Além disso, o uso de chupeta aumentou o número de comportamentos desfavoráveis para a prática do AM considerada ideal, especialmente quanto à posição corporal da mãe e do bebê durante a mamada, envolvimento afetivo entre a mãe e seu filho, eficiência da sucção e respostas da dupla ao iniciarem a mamada⁽²⁵⁾.

Entretanto, ainda não há consenso sobre o mecanismo que envolve a relação entre uso da chupeta e interrupção precoce do AME. Alguns autores apoiam-se na hipótese de que o uso da chupeta pode levar à redução do número de mamadas diárias, fazendo com que o bebê seja colocado menos vezes para mamar e, desta forma, estimulando menos a produção de leite^(10,23,25). Além disso, a "confusão de bicos" também é aceita por muitos autores como uma das explicações para a interferência deste artefato na amamentação. Estudo realizado no nordeste brasileiro sugere que na ausência de outros fatores, tais como trauma mamário ou dificuldade na técnica, o uso de bicos artificiais pode influenciar o padrão de sucção, apoiando a ideia existente de confusão mamilar⁽²⁶⁾.

Ademais, não está definido pela literatura se o uso de chupeta é um marcador das dificuldades na amamentação ou um marcador de uma menor motivação para amamentar⁽²³⁾. Seguindo esta linha, recente revisão da Biblioteca Cochrane sobre a temática concluiu que o uso da chupeta, introduzida antes ou depois da lactação ter sido estabelecida, não afetaria a duração da amamentação exclusiva ou parcial naquelas mães que estivessem altamente motivadas a amamentar seus bebês⁽²⁷⁾.

Outros dois fatores identificados neste estudo parecem estar relacionados: as mulheres que apresentaram alguma dificuldade na amamentação após a alta hospitalar, que tiveram um pouco mais do que o dobro de risco de interrupção do AME antes dos seis meses de vida do bebê,

assim como aquelas que procuraram auxílio em banco de leite humano, consultoria ou unidade de saúde/consultório para suporte no AM por dificuldades na amamentação, com risco ainda maior, praticamente 2,5 vezes.

Os primeiros dias após o nascimento podem ser determinantes para o sucesso do AM. Este é um período em que as mulheres têm maiores preocupações com a amamentação e no qual estão mais suscetíveis a problemas mamários⁽¹⁰⁾. Dentre tais problemas destacam-se as intercorrências mamárias, que estão entre as principais causas de complementação alimentar e interrupção precoce do AM⁽²⁸⁾. Esse também foi um dos achados de coorte anterior realizada na mesma instituição, em que foi possível concluir que a má técnica de amamentação pode antecipar a interrupção do AME em bebês menores de seis meses⁽¹¹⁾.

Muitas vezes esses problemas levam as mulheres a buscarem auxílio profissional para continuarem amamentando. O acompanhamento ativo das mães após a alta hospitalar pode oferecer oportunidade para avaliar e solucionar problemas com o AM, bem como direcionar as mães aos recursos comunitários de amamentação⁽²⁹⁾. Encaminhar as puérperas a outros serviços de apoio à amamentação após a alta da maternidade é essencial para sustentar os impactos da IHAC na amamentação em longo prazo⁽³⁰⁾. Em uma revisão sistemática, os autores concluíram que o apoio à amamentação oferecido às mulheres tem reflexos positivos na duração e exclusividade da amamentação⁽³¹⁾.

Entretanto, a atuação do profissional de saúde nas questões referentes ao aleitamento materno parece ser uma barreira a ser transposta para oferecer suporte de qualidade em AM pós-alta às mulheres. Estudo concluiu que os profissionais de saúde não tinham certeza se o suporte em AM oferecido por eles era eficaz e completo e confiavam em outros colegas para fornecer cuidados de amamentação, o que resultou em lacunas problemáticas nas orientações sobre a temática⁽³²⁾.

Autores sugerem o desenvolvimento e aprimoramento de programas de apoio em AM pós-parto que incorporem consultores em lactação⁽⁸⁾, não necessariamente de forma presencial. Existem alternativas mencionadas na literatura para que se alcancem taxas mais elevadas em AME, tais como o aconselhamento por consultoras em lactação certificadas, uma vez por semana, por contato telefônico, começando no terceiro trimestre de gravidez até uma semana após o bebê ter seis meses de idade. Estudo conclui que as mulheres que participaram do grupo intervenção tiveram maior probabilidade (97,3%) de amamentar exclusivamente até os seis meses do que aquelas no grupo controle (48,5%), indicando que esta alternativa pode aumentar e melhorar substancialmente as práticas em AM⁽⁹⁾.

Salienta-se que as perdas ao longo do seguimento, apesar de não comprometerem a qualidade da análise dos dados, constituem-se como uma limitação bastante frequente em estudos longitudinais. Ademais, deve-se considerar também a possibilidade do viés de memória, entre a ocorrência do desfecho estudado e o intervalo da ligação realizada.

O reconhecimento dos padrões de amamentação, a sobrevivência do AME e os fatores associados à sua interrupção nos seis primeiros meses de vida se tornam importantes ferramentas no subsídio de estratégias preventivas. Com exceção da idade materna, os demais fatores evidenciados por esse estudo são passíveis de serem modificados. Sendo assim, o manejo adequado e qualificado durante o ciclo gravídico-puerperal por uma equipe atualizada e engajada pode favorecer o abandono de práticas que desfavorecem a continuidade do AME.

Conclusão

Os achados evidenciaram redução progressiva de AME, assim como incremento contínuo de desmame ao longo dos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por consultoria em lactação.

A curva de sobrevivência revelou que a probabilidade de o bebê estar em AME sofreu decréscimo gradativo com o passar do tempo de acompanhamento. No entanto, houve um aumento expressivo nesta probabilidade, quando comparada à obtida em estudo na mesma instituição, um pouco mais de uma década atrás, o que pode ser indicativo do importante papel desempenhado pelas consultoras em lactação.

As mulheres que buscaram as unidades básicas de saúde, bancos de leite humano e consultoria após a alta hospitalar por dificuldade na amamentação foram as que apresentaram o maior risco dentre os encontrados para interromper o AME antes do 6º mês de vida do bebê. Portanto, ressalta-se a importância do trabalho em rede de saúde, com suporte após a alta hospitalar, especialmente por se tratar de uma questão tão sensível e peculiar quanto o AM.

Constatou-se também que mulheres com 35 anos ou mais apresentaram maior risco de interrupção do aleitamento materno, em comparação às mais jovens, o que requer atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, assim como para aquelas que fizeram uso de tabaco na gestação.

Por fim, o hábito da chupeta permanece sendo um fator ligado à interrupção precoce do AME. Sabe-se que este é um hábito fortemente ligado a questões culturais e cabe aos profissionais de saúde alertar para as contribuições negativas de seu uso à saúde do bebê e à amamentação.

Há contribuição dos achados deste estudo para o avanço do conhecimento na temática, uma vez que a consultoria em lactação é uma estratégia inovadora nas instituições de saúde, principalmente por qualificar a atenção em saúde às nutrizes, bebês e suas famílias, além de repercutir em melhorias nos indicadores de aleitamento materno.

Agradecimentos

A Ceres Oliveira pela colaboração na análise estatística. A Clea Carvalho, Márcia Costa dos Passos e Thais Betti pela colaboração na coleta de dados.

Referências

1. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):1-24. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
2. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2018;14(1):e12497. doi: 10.1111/mcn.12497
4. Maciel B, Moraes ML, Soares AM, Cruz I, Andrade M, Filho JQ, et al. Infant feeding practices and determinant variables for early complementary feeding in the first 8 months of life: results from the Brazilian MAL-ED cohort site. *Public Health Nutr*. 2018;21(13):2462-70. doi: 10.1017/S136898001800099X
5. Riordan, J. The lactation specialist: roles and responsibilities. In: Riordan J, Wambach K. *Breastfeeding and Human Lactation*. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2010. p. 1-912.
6. International Board of Lactation Consultant Examiners. Current statistics on worldwide IBCLCs. [Internet]. 2018 [cited Dec 17, 2018]. Available from: <https://ibclce.org/about-ibclce/current-statistics-on-worldwide-ibclcs/>
7. Lee Y, Chang G, Chang H. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery*. 2019;75:5-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.023>
8. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact*. 2016;32(3):530-41. doi: 10.1177/0890334415618668
9. Patel A, Kuhite P, Puranik A, Khan SS, Borkar J, Dhanda L. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and

- daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatr.* 2018;18:337. doi: <http://doi.org/10.1186/s12887-018-1308-3>
10. Fonseca PCA, Carvalho CA, Ribeiro SAV, Nobre LN, Pessoa MC, Ribeiro AQ, et al. Determinants of the mean growth rate of children under the age of six months: a cohort study. *Cienc Saúde Coletiva.* 2017;22(8):2713-26. doi: [10.1590/1413-81232017228.18182015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.18182015)
11. Espirito Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth.* 2007;34(3):212-19. doi: [10.1111/j.1523-536X.2007.00173.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00173.x)
12. Mosher C, Sarkar A, Hashem AA, Hamadah RE, Alhoulan A, AlMakadma YA, et al. Self-reported breast feeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. *BMJ Open.* 2016;6(12):e012890. doi: [10.1136/bmjopen-2016-012890](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012890)
13. Vehling L, Chan D, McGavock J, Becker AB, Subbarao P, Moraes TJ, et al. Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: implications for health equity. *Birth.* 2018;45(4):440-9. doi: [10.1111/birt.12345](https://doi.org/10.1111/birt.12345)
14. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics.* [Internet]. 1963 [cited Dec 5, 2018];32(5):793-800. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/32/5/793>
15. Velusamy V, Premkumar PS, Kang G. Exclusive breastfeeding practices among mothers in urban slum settlements: pooled analysis from three prospective birth cohort studies in South India. *Int Breastfeed J.* 2017;12(35). doi: [10.1186/s13006-017-0127-8](https://doi.org/10.1186/s13006-017-0127-8)
16. Castro T, Grant C, Wall C, Welch M, Marks E, Fleming C, et al. Breastfeeding indicators among a nationally representative multi-ethnic sample of New Zealand children. *N Z Med J.* [Internet] 2017 [cited Nov 25, 2018];130(1466):34-44. Available from: <https://www.nzma.org.nz/journal/read-the-journal/all-issues/2010-2019/2017/vol-130-no-1466-1-december-2017/7426>
17. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients.* 2018;10(1):48. doi: [10.3390/nu10010048](https://doi.org/10.3390/nu10010048)
18. Nishimura H, Krupp K, Gowda S, Srinivas V, Arun A, Madhivanan P. Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. *Int Breastfeed J.* 2018;13:40. doi: [10.1186/s13006-018-0178-5](https://doi.org/10.1186/s13006-018-0178-5)
19. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdman P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *J Pediatr.* 2018;203:190-196.e21. doi: [10.1016/j.jpeds.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008)
20. Joseph HM, Emery RL, Bogen DL, Levine MD. The Influence of Smoking on Breast feeding Among Women Who Quit Smoking During Pregnancy. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(5):652-5. doi: [10.1093/ntr/ntw254](https://doi.org/10.1093/ntr/ntw254)
21. Tanda R, Chertok IRA, Haile ZT, Chavan BB. Factors that modify the association of maternal postpartum smoking and exclusive breastfeeding rates. *Breastfeed Med.* 2018;13(9):614-21. doi: [10.1089/bfm.2018.0079](https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0079)
22. Shisler S, Homish GG, Molnar DS, Schuetze P, Colder CR, Eiden RD. Predictors of changes in smoking from third trimester to 9 months postpartum. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(1):84-87. doi: [10.1093/ntr/ntv057](https://doi.org/10.1093/ntr/ntv057)
23. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier use and exclusive breastfeeding in Brazil. *J Hum Lact.* 2016;32(3):NP52-60. doi: [10.1177/0890334415609611](https://doi.org/10.1177/0890334415609611)
24. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Nobre LN, Silva MA, Pessoa MC, Ribeiro AQ, et al. Sociodemographic, perinatal and behavioral factors associated to types of milk consumed by children under in six months: birth cohort. *Cienc Saúde Coletiva.* 2017;22(11):3699-709. doi: [10.1590/1413-812320172211.28482015](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.28482015)
25. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDDSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(6):596-601. doi: [10.1016/j.jpeds.2017.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.005)
26. Batista CLC, Rodrigues VP, Ribeiro VS, Nascimento MDSB. Nutritive and non-nutritive sucking patterns associated with pacifier use and bottle-feeding in full-term infants. *Early Hum Dev.* 2019;132:18-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.03.007>
27. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(8). doi: [10.1002/14651858.CD007202.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007202.pub4)
28. Rêgo FS, Almeida HFR, Araújo MCM, Fontenele RM, Furtado DRL, Ramos ASMB. Desmame precoce: fatores associados e percepção das nutrizes. *Revista Recien.* [Internet]. 2019 [Acesso 25 nov 2018];9(28):74-82. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/318/pdf>
29. Beauregard JL, Nelson JM, Hamner HC. Maternity care hospital trends in providing postdischarge breastfeeding supports to new mothers-United States, 2007-2015. *Birth.* 2019 Jun;46(2):318-25. doi: [10.1111/birt.12408](https://doi.org/10.1111/birt.12408)
30. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-17. doi: [10.1111/mcn.12294](https://doi.org/10.1111/mcn.12294)

31. Mc Fadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
32. Garner CD, Ratcliff SL, Thornburg LL, Wethington E, Howard CR, Rasmussen KM. Discontinuity of breastfeeding care: "there's no captain of the ship". *Breastfeed Med.* 2016;11(1):32-9. doi: 10.1089/bfm.2015.0142

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Lilian Cordova do Espirito-Santo, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Obtenção de dados:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Análise e interpretação de dados:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Análise estatística:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Obtenção de financiamento:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Lilian Cordova do Espirito-Santo, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Redação do manuscrito:** Bruna Alibio Moraes, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Lilian Cordova do Espirito-Santo, Helga Geremias Gouveia, Annelise de Carvalho Gonçalves.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 08.10.2019

Aceito: 10.08.2020

Editora Associada:

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Bruna Alibio Moraes

E-mail: brunaalibiom@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0573-1366>