

Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio



Factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the late postpartum

Factores asociados al mantenimiento de la lactancia exclusiva en el posparto tardío

Vanessa Aparecida Gasparin^a 
 Juliana Karine Rodrigues Strada^b 
 Bruna Alibio Moraes^c 
 Thaís Betti^b 
 Érica de Brito Pitilin^d 
 Lilian Cordova do Espírito Santo^e 

Como citar este artigo:

Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Pitilin EB, Espírito Santo LC. Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190060. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190060>

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores associados a manutenção do aleitamento materno exclusivo e verificar a justificativa para introdução de outros líquidos no pós-parto tardio, de mães e crianças atendidas por consultor em aleitamento materno.

Método: Coorte prospectiva não comparada, realizado com 150 mães e crianças. Os dados foram coletados no alojamento conjunto, aos 15 e 30 dias após o nascimento e analisados por meio de análise univariada e regressão multivariada.

Resultados: Os motivos para a introdução de água, chá, e substitutos do leite materno foram respectivamente: sede, cólicas abdominais e choro da criança. O parto vaginal, a não utilização de chupeta ou mamadeira e a busca por ajuda profissional após a alta se associaram a exclusividade da amamentação no pós-parto tardio.

Conclusão: A inserção de um profissional consultor em aleitamento materno tem relevante importância na ascensão das taxas de aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Enfermagem materno-infantil. Consultores. Período pós-parto.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding and to verify the justification for the introduction of other liquids in the late postpartum of mothers and children attended by a breastfeeding consultant.

Method: A non-comparative prospective cohort, conducted with 150 mothers and children. Data was collected at rooming-in 15 and 30 days after birth and analyzed by univariate analysis and multivariate regression.

Results: The reasons for introducing water, tea, and breast milk substitutes were the following: thirst, abdominal cramps, and infant crying, respectively. Vaginal delivery, not using a pacifier or bottle and seeking professional help after discharge were associated with the exclusivity of late postpartum breastfeeding.

Conclusion: The introduction of a professional breastfeeding consultant is of significant importance in the rise of exclusive breastfeeding rates.

Keywords: Breast feeding. Maternal-child nursing. Consultants. Postpartum period.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y verificar la justificación para la introducción de otros líquidos en el posparto tardío de madres y niños atendidos por un consultor en lactancia materna.

Método: Cohorte prospectiva no comparativa realizada con 150 madres y niños. Los datos se recolectaron en el alojamiento conjunto 15 y 30 días después del nacimiento y se analizaron mediante análisis univariado y regresión multivariada.

Resultados: Las razones para introducir agua, té y sustitutos de la leche materna fueron las siguientes: sed, calambres abdominales y llanto infantil, respectivamente. El parto vaginal, no usar un chupete o biberón y buscar ayuda profesional después del alta se asociaron con la exclusividad de la lactancia durante el posparto tardío.

Conclusión: La incorporación de un consultor profesional en lactancia materna es de suma importancia en el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Lactancia materna. Enfermería materno-infantil. Consultores. Período posparto

^a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Departamento de Enfermagem. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Pesquisador autônomo. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Departamento de Enfermagem. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A prática de amamentar sofreu diversas influências sociais e culturais em função das épocas e costumes de cada momento histórico, entretanto, o estabelecimento concreto de seus benefícios foram constatados nos meios científicos há mais de 50 anos⁽¹⁾.

Apesar de indiscutíveis os privilégios associados à amamentação, seja para a nutriz ou lactente⁽²⁾, a sua interrupção antes do período recomendado ainda é frequente. Em vista disso, a qualificação para atuar frente à essa demanda é necessária e ascendente, a exemplo do profissional Consultor em Aleitamento Materno (*Lactation Consultant*)⁽³⁾.

Criado ainda na década de 1980, para receber o título de Consultor em Aleitamento Materno, o profissional deve ser credenciado pela *International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)*, o único órgão de certificação profissional de lactação reconhecida internacionalmente, para fornecer cuidados seguros e baseados em evidências para mulheres que amamentam e seus bebês⁽³⁾.

Estudos realizados na Itália e Holanda, bem como revisão sistemática e metanálise, já demonstraram a superioridade da atuação de um consultor para melhorar os resultados da amamentação⁽⁴⁻⁶⁾.

Baseado nas prerrogativas dos benefícios aliados à atuação desse profissional, este estudo parte do pressuposto que a atuação de consultores em aleitamento materno (AM) no pós-parto imediato favoreça o estabelecimento, bem como a exclusividade da amamentação após a alta hospitalar no pós-parto tardio, fase mais vulnerável devido a insegurança e falta de conhecimento no manejo das dificuldades relacionadas a lactação⁽⁷⁾.

Esse estudo tem como objetivo e identificar os fatores associados a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) e verificar a justificativa para introdução de outros líquidos no pós-parto tardio, de mães e crianças atendidas por consultor em AM.

■ MÉTODO

Esse estudo se insere no projeto intitulado: "Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno". Os dados utilizados foram provenientes do acompanhamento dos participantes durante os 30 dias pós-parto.

Trata-se de um estudo de coorte prospectiva não comparada, realizado com mães e crianças no pós-parto imediato, hospitalizados em alojamento conjunto e atendidos por consultor em AM do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

A equipe de consultoria em AM da instituição é composta por uma nutricionista e duas enfermeiras, sendo uma delas credenciada pelo IBCLC. Os atendimentos das consultoras são direcionados aos casos em que se observa dificuldades no estabelecimento efetivo da amamentação, os quais poderão se tornar uma barreira para a permanência do AME.

Foram incluídos mães e crianças em alojamento conjunto que tivessem sido atendidas por algum consultor em AM, residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, que disponibilizassem seu número de telefone, com crianças a termo (Capurro \geq 37 semanas) e com peso de nascimento \geq 2.500g. Foram excluídas mães com crianças gemelares, que possuíam contra indicação permanente ou temporária para amamentação ou que tiveram que ser separados após ter iniciado a amamentação.

O período de inclusão de participantes foi agosto de 2016 a janeiro de 2017, com acompanhamento via telefone até março do respectivo ano. A coleta de informações para esta pesquisa deu-se em três momentos: presencialmente na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), sendo entrevistada após as primeiras 24 horas do nascimento da criança e após terem recebido o atendimento por algum consultor em AM, e por telefone aos 15 e 30 dias de vida, com período máximo para aplicação do questionário de dois dias após a criança completar a idade estabelecida para o seguimento. Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários, previamente construídos pelas pesquisadoras e submetidos a um teste piloto. O primeiro questionário, preenchido presencialmente na UIO a beira-leito, continha variáveis sociodemográficas, maternas, relativas a gestação atual, assistência pré-natal e tipo de parto. O questionário aplicado aos 15 e 30 dias após o nascimento, via contato telefônico, abordava questões relativas aos hábitos maternos, problemas com a amamentação e introdução de líquidos à criança.

O tamanho amostral mínimo calculado foi de 150 sujeitos, realizado com a utilização do software WinPEPI, versão 11.43. Foi considerado um percentual médio de 60%⁽⁸⁾ de AME ao final do primeiro mês e uma taxa de risco mínimo de 1,48⁽⁹⁾, com um poder de 80%, nível de significância de 5% e estimativa de perdas de 20% ao longo do seguimento.

Os dados coletados foram tabulados e avaliados por duplas para correção de eventuais erros de digitação e em seguida analisados no software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Primeiramente, foi realizado estatística descritiva para as variáveis numéricas por meio de medidas de tendência central e para àquelas de natureza categórica proporções.

O cálculo estatístico realizado para testar as diferenças entre as medidas antes e depois foi o teste Mc Nemar (não

paramétrico). Para estudar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho do estudo, foi realizado regressão logística das variáveis em cada nível de determinação utilizando os testes Qui-quadrado de Pearson. Para a associação entre as variáveis foi utilizado Odds Ratio. Foram excluídos os *outliers* e o teste de multicolinearidade foi avaliado segundo os parâmetros de *Tolerance* e VIF (Variance Inflation factors).

As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas na análise univariada ($p < 0,20$) foram selecionadas para análise multivariada, utilizando o método *forward stepwise* (likelihood ratio) não condicional.

Para todos os testes estatísticos inferenciais foi utilizado nível de significância $p < 0,05$ e valores R^2 de Nagelkerke. A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Para verificar a normalidade dos dados utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. O projeto ao qual o presente estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o parecer nº 1.569.774/2016 e CAAE 55433516.1.0000.5327 em 01/06/2016.

■ RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 150 mães e crianças para acompanhamento até 30 dias pós-parto. O total de perdas ao longo do seguimento resultou em 29, sendo 10 aos 15 dias e 19 aos 30. Ao final do seguimento 52,5% dos sujeitos estavam em AME e 13 crianças haviam sido desmamadas, sendo três antes dos primeiros 15 dias.

Com relação ao perfil dos sujeitos estudados, as características da amostra encontram-se na Tabela 1.

Os motivos do desmame referidos pelas mães foram baixa produção de leite (46,2%), dificuldade na técnica de amamentação (38,4%) e recusa do peito (15,4%).

No decorrer dos 30 dias, 6,8% das crianças receberam água, 21,2% chá e a introdução de substitutos do leite materno foi relatada por 38,1% das mães. O motivo prevalente relatado para a introdução de cada líquido foi respectivamente, sede (3,4%), cólica (12,7%) e choro do RN associado a percepção do leite materno fraco (12,7%). Esses líquidos eram oferecidos por 91,1% das mães em mamadeira.

A comparação entre as variáveis do seguimento, nos 15 dias e 30 dias após o parto estão descritas na Tabela 2.

Tabela 1 - Características das mães em alojamento conjunto atendidos por consultores em AM. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017

Variáveis	n = 150	
Idade materna \geq 20 anos	122	(81,3%)
Escolaridade materna \geq 8 anos	121	(80,7%)
Mãe de cor autorreferida branca	93	(62,0%)
Possuir companheiro	130	(86,7%)
Realização de acompanhamento pré-natal	148	(98,7%)
Nº de consultas pré-natal \geq 8 [†]	110	(73,3%)
Orientada sobre AM no pré-natal [‡]	44	(29,7%)
Fumo durante a gestação	21	(14,0%)
Uso de drogas durante a gestação	3	(2,0%)
Parto Vaginal	88	(58,7%)
Renda familiar (salários mínimos) ^{‡‡}	2,2	(1,3-3,4)*
Tempo de AM em filho anterior (meses) [¶]	3	(0-11)*

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

† Excluídas as que não realizaram pré-natal (n=2); *Resultado expresso em mediana e intervalo interquartil; ‡ Excluídas as que não souberam informar (n=22); ¶ Excluídas as primigestas (n=107)

Tabela 2 – Comparação entre as variáveis em estudo e o tempo de seguimento pós-parto. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017

Variáveis	15 dias	30 dias	Valor –p
	n (%)	n (%)	
Aleitamento materno exclusivo	96 (64)	62 (41,3)	0,000
Amamentação cruzada	4 (2,7)	9 (6)	0,063
Auxílio doméstico e com o RN	124 (82,7)	97 (64,7)	0,115
Uso de bico/mamadeira	74 (49,3)	71 (47,3)	0,019
Uso de copinho/colher	8 (5,3)	5 (3,3)	0,125
Dor nas mamas	75 (50)	44 (29,3)	0,018
Fissuras nas mamas	65 (43,3)	22 (14,7)	0,000
Mamas cheias	91 (60,7)	56 (37,3)	0,008
Eritema mamário	23 (15,3)	15 (10)	0,503
Febre nas mamas	14 (9,3)	13 (8,7)	0,832
Anatomia mamilar	11 (7,3)	5 (3,3)	0,289
Dificuldade na técnica	20 (13,3)	14 (9,3)	0,791
Baixa produção	11 (7,3)	9 (6)	0,754
Procura de ajuda profissional em AM	24 (16)	10 (6,7)	0,064

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

A proporção da manutenção do AME foi menor nos 30 dias após o parto quando comparado com os quinze primeiros dias iniciais, sendo essa diferença significativa. Por outro lado, houve uma redução significativa na proporção do uso de bico/mamadeira, dor nas mamas, fissuras e mamas cheias.

Os fatores associados ao AME segundo as características demográficas, econômicas e reprodutivas estão descritos na Tabela 3. Nessa primeira análise, se mostraram associados ao desfecho do estudo o tipo de parto e a orientação no pré-natal sobre o AM.

Na Tabela 4, estão os fatores associados ao AME segundo hábitos maternos relacionados a amamentação. Não

utilizar bico/mamadeira e não apresentar fissuras, bem como a utilização de copinho/colher e buscar ajuda profissional em AM mostraram-se associados ao desfecho.

Na Tabela 5 consta a regressão logística final das variáveis significativas. Ter um parto normal apresentou uma chance de 4,18 vezes maior da manutenção do AME ao final de 30 dias de pós-parto em comparação com as mulheres que tiveram seus nascimentos por cesariana. Do mesmo modo, a não utilização de bico/mamadeira neste estudo apresentou a chance de 23,08 vezes da manutenção do AME. Por fim, procurar ajuda profissional em AM após a alta atuou como fator de proteção para a manutenção do AME.

Tabela 3 – Análise univariada dos fatores associados ao AME, segundo os fatores sociodemográficos, econômico e reprodutivos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo			Valor-p
	Sim (n= 62)	Não (n=46)	OR (bruto)	
Faixa etária				
≥ 20 anos	51 (47,2)	37 (34,3)	1	0,501
< 20 anos	11 (10,2)	9 (8,3)	1,12	
Paridade				0,232
Primípara	36 (33,6)	23 (21,5)	0,69	
Multípara	25 (23,4)	23 (21,5)	1	
Renda				0,252
≥ 4 salários	10 (10,9)	5 (5,4)	1	
< 4 salários	41 (44,6)	36 (39,1)	1,75	
Escolaridade (anos)				0,583
≥ 8 anos	50 (46,3)	37 (34,3)	1	
< 8 anos	12 (11,1)	9 (8,3)	1,10	
Tipo de parto				0,044
Vaginal	41 (38)	22 (20,4)	0,47	
Cesárea	21 (19,4)	24 (22,2)	1	
Episiotomia				0,108
Sim	26 (41,3)	18 (28,6)	1	
Não	15 (23,8)	4 (6,3)	0,38	
Coabitação companheiro				0,520
Sim	49 (51)	39 (40,6)	0,79	
Não	4 (4,2)	4(4,2)	1	
Tabagismo				0,504
Sim	7 (6,5)	6 (5,6)		
Não	55 (50,9)	40 (37)		
Nº consultas pré-natal				0,395
> 8 consultas	49 (47,6)	32 (31,1)	1	
≤ 8 consultas	11 (12,7)	10 (9,7)	1,27	
Orientação no PN sobre AM				0,023
Sim	24 (22,4)	9 (8,4)	1	
Não	37 (34,6)	37 (34,6)	2,66	
História prévia de insucesso com o AM				0,613
Sim	53 (49,5)	40 (37,4)	1,10	
Não	8 (7,5)	6 (5,6)	1	

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

Tabela 4 - Análise univariada dos fatores associados ao AME, segundo hábitos maternos relacionados a amamentação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017

Variáveis	Aleitamento Materno Exclusivo			Valor -p
	Sim (n= 62)	Não (n=46)	OR (bruto)	
Uso de bico/mamadeira				0,000
Sim	20 (18,5)	41 (38)	17,22	
Não	42 (38,9)	5 (4,6)	1	
Dor nas mamas				0,207
Sim	21 (19,4)	20 (18,5)	1,50	
Não	41 (38)	26 (24,1)	1	
Fissuras nas mamas				0,023
Sim	8 (7,4)	14 (13)	2,95	
Não	54 (50)	32 (29,6)	1	
Mamas cheias				0,555
Sim	30 (27,8)	22 (20,4)	1	
Não	32 (29,6)	34 (22,2)	0,97	
Dificuldade na técnica				0,202
Sim	4 (3,7)	6 (5,6)	2,17	
Não	58 (53,7)	40 (37)	1	
Anatomia mamilar				0,389
Sim	1 (0,9)	2 (1,9)	2,77	
Não	61 (56,5)	44 (40,7)	1	
Uso de copinho/colher				0,000
Sim	24 (22,2)	4 (3,7)	1	
Não	38 (35,2)	42 (38,9)	6,63	
Auxílio doméstico e com o RN				0,417
Sim	49 (45,4)	38 (35,2)	0,79	
Não	13 (12)	8 (7,4)	1	
Procura de ajuda profissional em AM após a alta				0,010
Sim	1 (0,9)	7 (6,5)	1	
Não	61 (56,5)	39 (36,1)	10,94	

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

Tabela 5 - Regressão logística multivariada final dos fatores associados ao AME. Porto Alegre, RS, Brasil, 2016/2017

Variáveis	OR ajustado	IC 95%	p-valor
Uso de bico/mamadeira	23,08	5,86 – 90,92	0,000
Uso de copinho/colher	1,74	0,40 – 7,53	0,457
Fissuras nas mamas	1,03	0,26 – 4,05	0,963
Procura de ajuda profissional em AM após a alta	0,05	0,00 – 0,92	0,044
Orientação no PN sobre AM	0,56	0,17 – 1,87	0,353
Tipo de parto	4,18	1,27 – 13,71	0,018

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

■ DISCUSSÃO

Os dados demonstraram que manutenção do AME se deu em mais da metade dos sujeitos estudados. Pesquisa realizada no Ceará encontrou resultados inferiores no mesmo período (39,2%)⁽¹⁰⁾. Infere-se dessa forma, que apesar dos sujeitos estudados apresentarem alguma dificuldade prévia relacionada ao AM, o suporte oferecido pela consultoria em amamentação atuou na resolutividade dessa demanda, aumentando a proporção de mães e crianças em AME. Um quase-experimento realizado na Holanda corrobora com a afirmativa de que a intervenção por meio de indivíduos capacitados pela IBCLC, é eficaz para aumentar a duração e a exclusividade da amamentação, bem como retardar o desmame⁽⁵⁾.

A introdução de água foi justificada pelas mães pela sensação de que a criança estaria sentindo sede. No entanto, muitas mães desconhecem a alta presença de água contida no chamado leite anterior, o qual é ofertado no início da mamada⁽¹¹⁾, o que torna totalmente dispensável a oferta do líquido à criança independente do período sazonal.

O chá foi introduzido, na maioria das vezes, na tentativa de acalmar a cólica da criança. Estudo conduzido no Maranhão também demonstrou a utilização de chá com a mesma finalidade⁽¹²⁾.

A introdução de substitutos do leite materno foi justificada pelo fato de a criança chorar de fome, associando a isso a percepção do leite materno ser fraco. Estudo realizado em São Paulo, apresentou consonância com esse achado, visto que 47% delas acreditam ter o leite fraco, motivadas pelo choro da criança⁽¹³⁾.

As mães que introduziram algum líquido a seus filhos o fizeram com o auxílio da mamadeira, na maioria dos casos. O prejuízo associado a utilização de mamadeira e chupetas no que concerne a manutenção do AME já foi descrito a nível nacional⁽¹⁴⁾ e internacional⁽¹⁵⁾. Nessa pesquisa a não utilização de tais artefatos apresentou chance de 23,08 vezes maior da manutenção do AME. A introdução precoce de bicos artificiais, a exemplo da chupeta e mamadeira, pode contribuir para a confusão

de bicos pela criança, prejudicando ainda a pega e sucção, fatores determinantes para o sucesso da amamentação⁽¹⁴⁾.

Ter um parto normal apresentou uma chance de 4,18 vezes maior da manutenção do AME ao final de 30 dias de pós-parto em comparação com as mulheres que tiveram seus nascimentos por cesariana. Relaciona-se a via de parto ao início precoce do AM, visto que o mesmo deve ocorrer imediatamente após o nascimento, conforme recomendação do 4º Passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a fim de, entre outros motivos, favorecer o fortalecimento do vínculo, aumentando a duração do AM⁽¹⁴⁾. Pesquisa realizada na Arábia Saudita identificou que as mães que tiveram cesariana tiveram cerca de 1,42 vez mais chances de não amamentar na primeira hora de vida da criança, quando comparadas às mães que tiveram parto vaginal⁽¹⁶⁾.

A busca por um profissional para auxílio na amamentação após a alta atuou como fator de proteção para a manutenção do AME. Estudo conduzido na Turquia apresentou consonância com tal resultado⁽¹⁵⁾. O pós-parto tardio por vezes é menos evidenciado, levando-se em consideração as ações de fortalecimento do AM no pré-natal e pós-parto imediato. Entretanto é considerado período vulnerável, e pesquisas já apontaram a necessidade da continuidade dos cuidados e aconselhamento em prol da amamentação⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Ao encontro disso, o Ministério da Saúde tem como estratégia a Primeira Semana Saúde Integral, ação que visa proporcionar cuidado integral e multiprofissional à puérpera e à criança na primeira semana após o parto. Pode ser executada por meio da visita domiciliar que objetiva a identificação de sinais de risco, prestação de orientações e incentivo ao AM. Tal estratégia tem alto potencial na melhoria da qualidade de vida da mãe e da criança, auxiliam no empoderamento materno e no retardo da introdução de substitutos do leite materno⁽¹⁹⁾.

Vale ressaltar que apesar da consultoria em AM ofertada no período hospitalar, os sujeitos encaminhados a esse serviço já possuíam algum grau de dificuldade prévia com o AM, necessitando de maior atenção e respaldando a busca por auxílio também após a alta hospitalar, o que de acordo com os achados desse estudo parece favorecer o AME.

■ CONCLUSÃO

O parto vaginal, a não utilização de chupeta ou mamadeira e a busca por ajuda profissional após a alta se associaram a manutenção do AME no pós-parto tardio. Os motivos alegados para a introdução de água, chá, e substitutos do leite materno foram respectivamente: sede, cólicas abdominais e choro da criança. Tais razões apesar de já descritas em outros estudos, não representam situações em que há a indicação concreta da introdução de tais líquidos.

Apesar do pressuposto de que instituições credenciadas como Amigo da Criança contem com profissionais engajados na causa do AM, a inserção de um profissional consultor em amamentação que atue exclusivamente frente à essa demanda tem relevante importância, principalmente no que diz respeito a ascensão das taxas de AME, proporcionando aos sujeitos envolvidos os benefícios já comprovados da amamentação.

Sugere-se a realização de novos estudos, principalmente a nível nacional, que abarquem a atuação desse profissional e a relevância de sua inserção na equipe, proporcionando maior visibilidade e instigando futuros investimentos dos serviços de saúde para usufruto dos benefícios proporcionados pelo seu trabalho.

■ REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti SH, Caminha MFC, Figueiroa JN, Serva VMSBD, Cruz RSBL, Lira PIC, et al. Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):208-19. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010016>
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
3. Haase B, Brennan E, Wagner CL. Effectiveness of the IBCLC: have we made an impact on the care of breastfeeding families over the past decade?. *J Hum Lact*. 2019;35(3):441-52. doi: <https://doi.org/10.1177/0890334419851805>
4. Chiurco A, Montico M, Brovedani P, Monasta L, Davanzo R. An IBCLC in the maternity ward of a mother and child hospital: a pre- and post-intervention study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9938-51. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph120809938>
5. van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*. 2019;19:993. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7331-y>
6. Chetwynd EM, Wasser HM, Poole C. Breastfeeding support interventions by International Board Certified Lactation Consultants: a systemic review and meta-analysis. *J Hum Lact*. 2019;35(3):424-40. doi: <https://doi.org/10.1177/0890334419851482>
7. Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):16-23. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
9. Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev*. 2008;84(5):305-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.08.001>
10. Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Factors associated with adherence to the exclusive breastfeeding. *Cienc Saúde Coletiva*. 2018;23(3):683-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.06262016>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2017 abr 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
12. Pereira de Jesus AC, Bandeira LPL, Araújo MFM, Gubert FA, Vieira NFC, Rebouças CBA. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. *Rev. Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2013;5(2):3626-35. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3626-3635>
13. Simões IAR, Rennó G, Salomon ASC, Martins MCM, De Sá RAD. Influência dos mitos e das crenças nas nutrizas quanto amamentação em uma cidade do Vale do Paraíba. *Rev Ciênc Saúde*. 2015 [citado 2017 nov 12];5(3):1-9. Disponível em: http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsmit_zero/article/view/385/pdf
14. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC, et al. Breastfeeding assessment in children up to 2 years of age assisted in primary health care of Recife in the state of Pernambuco, Brazil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2019;24(3):1211-22. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.12612017>
15. Salcan S, Topal I, Ates I. The frequency and effective factors of exclusive breastfeeding for the first six months in babies born in Erzincan Province in 2016. *Eurasian J Med*. 2019;51(2):145-9. doi: <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.18310>
16. Azzeq FS, Alazzeq AY, Hijazi HH, Wazzan HY, Jawharji MT, Jazar AS, et al. Factors associated with not breastfeeding and delaying the early initiation of breastfeeding in Mecca Region, Saudi Arabia. *Children*. 2018;5(1):8. doi: <https://doi.org/10.3390/children5010008>
17. Doherty T, Horwood C, Haskins L, Magasana V, Goga A, Feucht U, et al. Breastfeeding advice for reality: women's perspectives on infant feeding support received in primary health care settings in South Africa. *Matern Child Nutr*. 2019;24:e12877. doi: <https://doi.org/10.1111/mcn.12877>
18. Hamze L, Mao J, Reifsnider E. Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: a cross-sectional survey of postnatal mothers in China. *Midwifery*. 2019;74:68-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.009>
19. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N, Reichert APS. First week of integral health for the newborn: nursing actions of the Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0068. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068>

AGRADECIMENTOS: Às enfermeiras Cléa Machado de Carvalho e Marcia Knoener, que possibilitaram a realização desta pesquisa por meio do trabalho realizado na consultoria em amamentação.

Recebido: 06.03.2019

Aprovado: 13.08.2019

■ Autor correspondente:

Vanessa Aparecida Gasparin

E-mail: vane-gasparin@hotmail.com