

Fatores de risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida

Risk factors for discontinuing exclusive breastfeeding in the first month of life

Factores de riesgo para suspender la lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida

Leite, Camila Carla de Paula;¹ Mittag, Bruno Tiago,² Rossetto, Edilaine Giovanini³

RESUMO

Objetivo: investigar os fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes de um mês de vida. **Método:** estudo de coorte prospectivo com 358 binômios assistidos em cinco maternidades, entre julho e novembro de 2020. Foram realizadas entrevistas utilizando questionário estruturado e escalas validadas. Foi realizado teste de qui-quadrado e análise de Poisson. **Resultados:** aos 30 dias de vida, 1/3 dos bebês não se encontravam em aleitamento exclusivo e 1/4 das puérperas apontaram como causa a dor/lesão. Seis variáveis aumentaram o risco para interrupção: renda abaixo de cinco salários, falta de orientação no pré-natal, inexperiência com amamentação anterior, desmame anterior antes de um mês, baixa autoeficácia e dor com intensidade moderada/forte. **Conclusão:** estes fatores podem tornar-se indicadores de vulnerabilidades na amamentação. A autoeficácia, presença de dor e a falta de orientações são fatores modificáveis pouco abordados sistematicamente no ensino, na prática e na educação no Brasil.

Descritores: Desmame; Aleitamento materno; Dor; Ferimentos e lesões; Autoeficácia

ABSTRACT

Objective: to investigate the risk factors for stopping exclusive breastfeeding before one month of life. **Method:** prospective cohort study with 358 binomials cared for in five maternity hospitals, between July and November 2020. Interviews were carried out using a structured questionnaire and validated scales. Chi-square test and Poisson analysis were performed. **Results:** at 30 days of life, 1/3 of the babies were not exclusively breastfed and 1/4 of the postpartum women reported pain/injury as the cause. Six variables increased the risk for interruption: income below five wages, lack of prenatal guidance, inexperience with previous breastfeeding, previous weaning before one month, low self-efficacy and pain of moderate/severe intensity. **Conclusion:** these factors can become indicators of vulnerabilities in breastfeeding. Self-efficacy, presence of pain and lack of guidance are modifiable factors that are rarely addressed systematically in teaching, practice and education in Brazil.

Descriptors: Weaning; Breast feeding; Pain; Wounds and injuries; Self efficacy

RESUMEN

Objetivo: investigar los factores de riesgo para suspender la lactancia materna exclusiva antes del mes de vida. **Método:** estudio de cohorte prospectivo con 358 binomios atendidos entre julio y noviembre de 2020. Las entrevistas se realizaron mediante cuestionario

1 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: camilacleite12@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5377-979X>

2 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: brunnis_mittang@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5673-0086>

3 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: ediluzrossetto@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0996-5154>

estructurado y escalas validadas. Realizadas pruebas de chi-cuadrado y análisis de Poison. Resultados: a los 30 días de vida, 1/3 de los bebés no eran amamantados exclusivamente y 1/4 de las puérperas refirieron dolor/lesión como causa. Seis variables aumentaron el riesgo de interrupción: ingresos inferiores a cinco salarios, falta de orientación prenatal, inexperiencia con la lactancia materna previa, destete previo antes del mes, baja autoeficacia y dolor de intensidad moderada/severa. Conclusión: estos factores pueden convertirse en indicadores de vulnerabilidades en lactancia. La autoeficacia, la presencia de dolor y la falta de orientación son factores modificables que rara vez se abordan sistemáticamente en la enseñanza, la práctica y la educación en Brasil. Descriptores: Destete; Lactancia materna; Dolor; Heridas y lesiones; Autoeficacia

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) no Brasil aconselham o aleitamento materno exclusivo (AME) durante seis meses e o aleitamento continuado até dois anos de idade ou mais.¹⁻² O conceito de AME de acordo com o MS² é quando a criança recebe exclusivamente leite materno, sendo diretamente da mama ou ordenhado, podendo ser também leite humano de outras fontes. A amamentação é um dos pilares para a sobrevivência infantil, nutrição e desenvolvimento além de contribuir para a saúde.²

O aleitamento materno (AM) contribui para melhora da inteligência, para redução de diarreias, mal oclusão dentária, sobrepeso, diabetes, alergias e outras infecções para o bebê e traz benefícios para a saúde materna.³ As lactantes manifestam mais fatores de proteção contra câncer de mama e ovário, menor incidência de diabetes tipo 2 e depressão pós-parto dentre outras complicações.⁴

Estudos identificaram que a amamentação reduziu em 58% os casos de enterocolite necrotizante, independente da renda do país. Crianças amamentadas exclusivamente obtiveram risco de morte reduzido quando comparado com as que não foram amamentadas e em países de baixa e média renda essa elevação foi de 3,5 à 4,1 vezes para mortalidade entre crianças com menos de 6 meses de vida que não foram amamentadas comparando com as que receberam leite materno.^{3,5} Caso a amamentação fosse implementada em nível quase global (em qualquer quantidade), estima-se que seriam evitadas 823 mil mortes ao ano para crianças com menos de 5 anos e 20 mil

mortes de mulheres devido câncer de mama.³

A despeito das vantagens do AM para a criança, mulher, família e sociedade, e dos esforços maciços para a conscientização sobre a importância da amamentação, as taxas de AM observadas em todo o mundo estão aquém das idealizadas. Globalmente, a porcentagem de crianças com menos de seis meses de idade amamentadas exclusivamente atingiu 48%, perto de atingir a meta de 50% da Assembleia Mundial da Saúde para 2025.¹ O *Global Breastfeeding Collective* identificou sete prioridades políticas para os países protegerem e apoiarem a amamentação e anunciou compromissos para melhorar a nutrição, particularmente através da amamentação exclusiva. São necessários mais investimentos e ações principalmente políticos para apoiar as mães na amamentação.⁶ Em um estudo realizado em Maringá, os resultados demonstraram 57,4% de desmame precoce em uma amostra populacional de 94 mães, destas, 12 relataram problemas para amamentar ainda no hospital, sendo que 75% foram relacionados à pega e sucção e 24% devido a anatomia dos mamilos. Já no domicílio, 66,7% relataram trauma mamilar, 27,2% ingurgitamento mamário e 6,1% mastite.⁷

O desmame precoce está associado, entre outras causas, com a ocorrência de trauma mamilar, que se caracteriza por hiperemia, dor, edema, fissuras, equimose e escoriações.⁸ As lesões mamilares podem se localizar na porção superior dos mamilos, em seu corpo ou sua base e estão relacionados com primiparidade, não amamentar na primeira hora de vida, dor nas mamas, mamilos semiprotusos, invertidos e pseudoinvertidos e pega

incorreta.⁸⁻⁹ Na presença de pega inadequada, há uma forte pressão exercida sobre o mamilo e/ou pode ocorrer a fricção do mamilo pela boca da criança, favorecendo o desenvolvimento de trauma mamilar. Além de elevar o risco de desmame precoce, a ocorrência de lesões no mamilo possibilita uma porta de entrada à micro-organismos patogênicos predispondo a ocorrência de mastite o que causa um sofrimento advindo da dor que pode se associar com depressão e ansiedade materna.⁸⁻⁹

São comuns relatos de dor ou desconforto mamários durante as primeiras semanas do puerpério, referidos por 80 a 96% das mulheres, dentre as quais 26% referiram dores extremas.⁹ Diante disto, intervenções são notadamente necessárias para evitar que este importante fator de risco ao desmame esteja presente.⁸

Outro fator relevante com potencial de influenciar o desmame precoce são as expectativas da lactante sobre a amamentação e a sua autoconfiança, devido seu papel de influenciar sobre o sucesso e a duração da amamentação.¹⁰ A autopercepção de eficácia tem influência sobre a escolha de atividades e a persistência em sua realização devido à expectativa no sucesso. Quanto mais fortes as expectativas, maior será a quantidade de esforço e tempo que serão despendidos mediante obstáculos.¹¹ O nível de autoeficácia tem sido avaliado com frequência em estudos contendo associações correlacionais e causais, transparecendo-se como preditivas para comportamentos na área saúde. Com base na teoria desenvolvida por Bandura¹¹ em 1977, foi desenvolvida a *Breastfeeding self-efficacy scale* (BSES), uma escala com o objetivo de identificar o nível de autoeficácia de mulheres para amamentar.¹²

Diante da problemática contextualizada, a questão norteadora do estudo é: Quais são os fatores de risco que podem contribuir para a interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês até um mês de vida? Considerando a importância da amamentação na saúde infantil e materna, bem como as dificuldades encontradas neste processo,

especialmente no período de estabelecimento dela, o objetivo deste estudo é: Investigar os fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes de um mês de vida. A literatura acadêmica dispõe de poucos estudos voltados para este período específico de vida dos bebês, entretanto, este período inicial é um precursor indispensável para o desfecho do AM ao longo dos primeiros meses de vida do lactente, o que justifica a relevância e escolha deste período.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo de coorte prospectivo. Este trabalho fez parte da pesquisa intitulada “Dor e lesão mamilar por amamentação em puérperas do município de Londrina, Paraná”, realizada na Universidade Estadual de Londrina. A população do estudo foram puérperas assistidas nas cinco maternidades do município de Londrina, no estado do Paraná, sendo duas públicas, uma filantrópica e duas particulares.

Para o cálculo da amostra, considerou-se a população de nascidos vivos de puérperas residentes em Londrina nos anos de 2016 a 2018. Foi realizada amostragem probabilística estratificada proporcional por número de nascimentos por instituição, e as puérperas foram abordadas no período selecionado para coleta até atingir a amostra estimada para cada maternidade. O intervalo de confiança escolhido foi de 95%, erro de 5% e poder de 80%. A estimativa de expostos positivos foi de 50% e perdas de 20%. Desta forma a amostra final calculada por meio do aplicativo *OpenEpi* foi de 358 puérperas.

Os critérios de inclusão para as participantes da pesquisa foram: ter o filho nascido em uma das cinco instituições selecionadas durante o período de coleta de dados, gestação de feto único, idade gestacional igual ou maior de 37 semanas e que estivesse amamentando em alojamento conjunto. Foram excluídas da pesquisa: puérperas que tinham contraindicações ou não queriam amamentar, anormalidades nas mamas e mamilos com potencial de interferir na amamentação, mães de neonatos com

condições clínicas desfavoráveis para o processo de AM e puérperas que desistiram de participar em algum dos momentos da coleta de dados.

As participantes foram incluídas na pesquisa após a leitura e aceite com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de participantes menores de 18 anos, utilizou-se a assinatura do Termo de Assentimento concomitante com o TCLE assinado pelo responsável legal. Nos casos de registro da imagem da mama com lesão, houve a assinatura da participante do Termo de Autorização de Uso de Imagem.

O estudo desenvolvido respeitou todos os preceitos éticos presentes nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 acerca de pesquisas envolvendo seres humanos.¹³⁻¹⁴ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) sob parecer nº 3.762.532 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 24352919.7.0000.5231 mediante declaração de concordância dos serviços/instituições envolvidos. Tratando-se de um estudo observacional do tipo coorte, foi utilizada a ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para elaboração e avaliação do estudo.

Foi realizado teste piloto no ano de 2020 com uma amostra de 59 participantes, estratificada nas instituições participantes. A implementação desta fase foi uma etapa valiosa para a validação e melhorias do formulário de pesquisa, afirmando a viabilidade do estudo e permitindo a ambientação dos pesquisadores com a coleta definitiva.

O período de coleta de dados foi de julho a novembro/2020, as medidas de segurança sanitária foram respeitadas visto que a coleta ocorreu durante a pandemia de COVID-19 e não foi necessário interromper a coleta por nenhum período. As puérperas foram entrevistadas em quatro momentos: M1) No primeiro dia pós-parto; M2) Entre o segundo e terceiro dia pós-parto; M3) Entre o sétimo e décimo dia pós-parto; M4)

Entre o trigésimo e trigésimo quinto dia após o parto.

Os dois primeiros momentos ocorreram previamente à alta hospitalar do binômio (formado pela puérpera e lactente), sendo que parte das variáveis eram coletadas no prontuário do neonato e da puérpera antes da entrevista. Caso houvesse alta precoce do binômio mãe-bebê, a coleta poderia ser realizada por contato telefônico.

O motivo da escolha destes dois primeiros momentos, até o segundo dia de puerpério é devido a possibilidade de avaliação do binômio internado nas instituições e a possibilidade de intervenção nas dificuldades, visto que após a alta hospitalar o alcance é limitado. O terceiro e quarto momentos foram programados para serem realizados via contato telefônico, exceto para os casos em que o binômio ainda se encontrasse internado na instituição hospitalar. O quarto momento teve o objetivo de verificar os desfechos relacionados ao aleitamento materno com 30 dias após o nascimento.

Para viabilizar a coleta de dados nos quatro momentos, foram elaborados formulários eletrônicos contendo campos para dados sociodemográficos, institucionais, histórico obstétrico e de amamentação, situação atual da amamentação, condições do nascimento e do neonato.

Também foi utilizada a escala audiovisual numérica de dor (EVN). Este instrumento consiste na mensuração da intensidade da dor em uma régua com numeração de 0 a 10. O número zero indica ausência de dor, aumentando gradativamente até o número dez, indicando uma dor insuportável.¹⁵

A BSES na forma simplificada (*short form*), contendo 14 itens, foi utilizada para avaliar a autoconfiança materna frente ao ato de amamentar, com pontuação variando de 14 até 70 pontos.¹⁶ A escala também foi traduzida e adaptada para a realidade cultural brasileira, e passou por validação para examinar a confiabilidade e a validade da versão traduzida.¹⁷ A classificação da variável de autoeficácia utilizada na análise

estatística foi dicotomizada em alta autoeficácia (52 a 70 pontos) ou baixa autoeficácia (14 a 51 pontos). Os instrumentos de coleta de dados foram inseridos no programa *Open Data Kit Docs* (ODK) e disponibilizados eletronicamente por meio de tablets para cada pesquisador de campo. Cada puérpera recebeu um identificador único, denominado número do questionário, que era o mesmo utilizado nos quatro momentos da coleta de dados.

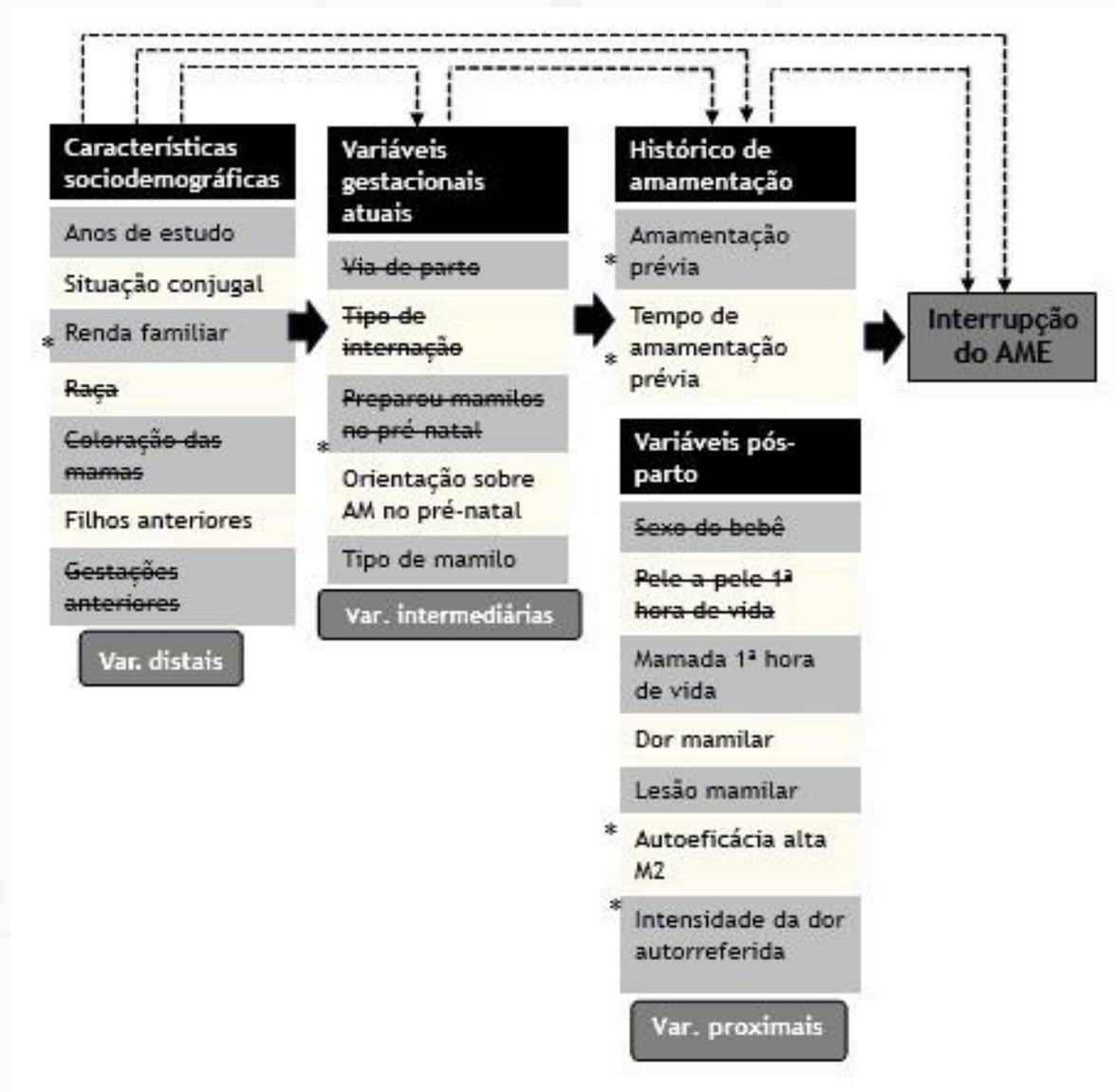
A variável dependente (variável desfecho) foi AME interrompido até um mês de vida, contida na entrevista do momento 4. No caso desta variável conter resposta positiva (sim), não necessariamente ocorreu o desmame completo, o bebê ainda poderia estar recebendo leite materno em alguma quantidade/frequência, entretanto não exclusivamente. As demais variáveis utilizadas são as independentes, totalizando 21 variáveis utilizadas nesta análise.

As variáveis independentes dor mamilar e lesão mamilar foram geradas quando a puérpera era investigada sobre a presença de dor ou lesão em algum dos momentos da coleta de dados, acometendo pelo menos um dos mamilos.

O processamento e análise dos dados foi realizado com auxílio do *software* SPSS versão 26.0.0.0. O teste inicial realizado foi o Teste qui-quadrado de Pearsons.

As variáveis nas quais o p-valor foi menor ou igual a 0,2, foram incluídas na regressão realizada por meio do teste de distribuição de Poisson com variância robusta. Para isto, as variáveis de teste foram categorizadas em distais (características sociodemográficas), intermediárias (gestação atual) e proximais (histórico de amamentação e variáveis pós-parto), de acordo com um modelo hierárquico.¹⁸

Após o teste das variáveis classificadas como distais, as que geraram um p-valor menor de 0,2 foram adicionadas ao teste com as variáveis intermediárias. Posterior a este segundo teste na análise ajustada, as variáveis que obtiveram um p-valor menor de 0,2 foram então testadas juntamente com as variáveis proximais. Na análise ajustada, foi considerado p-valor <0,05 para ser estatisticamente significativo. O ponto de corte de 0,2 supracitado era apenas um ponto de corte para selecionar quais variáveis iriam para a análise ajustada. Para melhor compreensão do modelo final de análise, foi elaborado um modelo preditivo para interrupção do AME, conforme representado pela Figura 1.



Legenda: Tachado - variáveis com p-valor da análise bruta > 0,2, excluídas na rodada de análise ajustada correspondente.

*p-valor < 0,05 ao final da regressão de Poisson.

Figura 1. Modelo preditivo para interrupção do AME

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

RESULTADOS

No período de coleta de dados 441 puérperas foram abordadas, considerando um aumento de 20% da amostra calculada para reposição das perdas. Durante o seguimento, houve 83 perdas, sendo que 72 não atenderam as ligações telefônicas, seis desistiram de participar do estudo e o número de telefone de cinco puérperas estava incorreto ou inexistente. A amostra resultante foi de 358 puérperas, totalizando 1.432 entrevistas, considerando os quatro momentos de

coleta, os dados parciais das puérperas perdidas durante a coleta não foram utilizados na análise e foram excluídos.

A Tabela 1 expõe as informações sociodemográficas da população participante, referentes às puérperas e ao neonato. Em relação às variáveis sociodemográficas, a maior parte das puérperas eram adultas jovens, apresentavam renda familiar de até dois salários-mínimos e sua escolaridade era de oito anos ou mais de estudo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da puérpera, histórico obstétrico e variáveis do neonato

| Variáveis | Frequência Absoluta (n) | Frequência Relativa (%) | Média | Mediana |
|---|-------------------------|-------------------------|---------|---------|
| Sociodemográficas | | | | |
| Renda familiar (salários mínimos) | | | | |
| Até 2 | 155 | 43,3 | | |
| 2 a 5 | 131 | 36,6 | | |
| Mais de 5 | 72 | 20,1 | | |
| Anos de estudo | | | | |
| Menos de 8 | 35 | 9,8 | | |
| 8 ou mais | 323 | 90,2 | | |
| Idade | | | 27,9 | 28,0 |
| Obstétricas | | | | |
| Nº filhos prévios | | | | |
| Nenhum | 174 | 48,6 | | |
| 1 | 104 | 29,1 | | |
| 2 | 56 | 15,6 | | |
| 3 ou mais | 24 | 6,7 | | |
| Filhos amamentados anteriormente | | | | |
| Nenhum | 196 | 54,7 | | |
| 1 | 99 | 27,7 | | |
| 2 | 42 | 11,7 | | |
| 3 ou mais | 21 | 5,9 | | |
| Via de parto (atual) | | | | |
| Vaginal | 139 | 38,8 | | |
| Cesárea | 219 | 61,2 | | |
| Lesão mamilar prévia* | | | | |
| Sim | 104 | 64,2 | | |
| Não | 58 | 35,8 | | |
| Dor mamilar prévia* | | | | |
| Sim | 117 | 72,2 | | |
| Não | 45 | 27,8 | | |
| Recebeu orientação sobre AM no pré-natal | | | | |
| Sim | 123 | 34,4 | | |
| Não | 235 | 65,6 | | |
| Maior tempo de AM anterior | | | | |
| Menos de 1 mês | 12 | 3,4 | | |
| 2 a 3 meses | 08 | 2,2 | | |
| 4 a 6 meses | 44 | 12,3 | | |
| 7 meses a 1 ano | 31 | 8,7 | | |
| Mais de 1 ano | 67 | 18,7 | | |
| N/A | 196 | 54,7 | | |
| Recém-nascido | | | | |
| Peso | | | 3293,6g | 3292,5g |
| PIG | 14 | 3,9 | | |
| AIG | 320 | 89,4 | | |
| GIG | 24 | 6,7 | | |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 168 | 46,9 | | |
| Feminino | 190 | 53,1 | | |
| Contato pele a pele na 1ª hora de vida | | | | |
| Sim | 324 | 90,5 | | |
| Não | 34 | 9,5 | | |
| Mamada na 1ª hora de vida | | | | |
| Sim | 274 | 76,5 | | |
| Não | 84 | 23,5 | | |

Legenda: PIG - pequeno para idade gestacional; AIG - adequado para idade gestacional; GIG - grande para idade gestacional. *Para cálculo destas duas variáveis, utilizou-se n = 162 (quem já havia amamentado anteriormente).

Fonte: elaborado pelas autoras, 2020.

Referente ao histórico obstétrico vale salientar que aproximadamente metade das puérperas não possuíam filhos anteriores a essa gestação e dentre o grupo que possuía filhos anteriores (162) a maioria referiu ter sentido dor ou desenvolvido lesão mamilar na amamentação prévia (64,2% e 72,2% respectivamente). Relativo à amostra total, vale ressaltar que uma pequena parcela das puérperas recebeu orientação sobre o AM durante o pré-natal. Sobre as características anatômicas, a maioria apresentava coloração da região areolar castanho claro ou escuro e mamilos protusos ou semiprotusos.

Sobre as variáveis referentes ao bebê, a maioria realizou contato pele a pele e sugou o seio materno ainda na primeira hora de vida. A média de peso dos recém-nascidos ficou acima das 3.000 gramas e a classificação de peso por idade gestacional era do perfil adequado para idade gestacional.

A Tabela 2 foi elaborada contendo variáveis referentes à coleta aos 30 dias de vida do bebê, quando foi investigado sobre a alimentação do bebê e a interrupção precoce do aleitamento materno. Pode-se

destacar que 33% não se encontravam em AME e mais de 25% das mães entrevistadas já haviam introduzido a fórmula infantil antes de 1 mês de vida.

Do grupo que interrompeu o AME antes do primeiro mês de vida (118), metade ocorreu antes dos 15 dias de vida do bebê (59). Quando as mulheres foram questionadas sobre o motivo para o desmame ter ocorrido, 24,6% (29) das puérperas referiram que havia sido devido presença de dor ou lesão mamilar, embora não tenha sido o principal motivo apontado. Neste período dos primeiros 15 dias é importante citar que a dor ou lesão mamilar foi mais significativa para as puérperas (43,4%) quando comparado ao período de 15 a 30 dias (15,3%).

Na Tabela 3 foram organizados os resultados dos testes de relevância estatística realizados. Na primeira rodada do teste de distribuição de Poisson (distais), apenas duas variáveis resultaram em $p < 0,2$ (renda familiar e filhos anteriores). A segunda rodada de teste carregou para a terceira somente a variável distal renda familiar e duas variáveis intermediárias (orientação sobre AM no pré-natal e tipo de mamilo).

Tabela 2. Distribuição do tipo de alimentação do bebê com um mês de vida, segundo informação materna

| Variáveis | Frequência Absoluta (n) | Frequência Relativa (%) |
|--|-------------------------|-------------------------|
| Alimentação do bebê aos 30 dias de vida | | |
| AME | 240 | 67,0 |
| AM predominante (água e chá) | 25 | 7,0 |
| AM + FI | 70 | 19,6 |
| Apenas FI | 23 | 6,4 |
| Quando ocorreu o desmame* | | |
| Antes da alta hospitalar | 06 | 5,1 |
| 1ª semana | 31 | 26,3 |
| 2ª semana | 22 | 18,6 |
| Após 15 dias | 59 | 50 |
| Causa apontada para desmame* | | |
| Dor mamilar | 21 | 17,8 |
| Lesão mamilar | 08 | 6,8 |
| Produção láctea insuficiente | 37 | 31,4 |
| Falta de apoio | 05 | 4,2 |
| Outras | 47 | 39,8 |

Legenda: FI - Fórmula Infantil. *Para cálculo destas duas variáveis, utilizou-se $n = 118$ (AME interrompido).

Fonte: elaborado pelas autoras, 2020.

Tabela 3. Fatores de risco para a interrupção do AME no primeiro mês de vida em bebês a termo

| Variáveis | FR (%) N=358 | AME inter- rompido N=118 | Análise bruta ^a | | Análise ajustada ^b | |
|--|-----------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| | | | P- valor | RR (IC 95%) | P- valor | RR (IC 95%) |
| Anos de estudo* | | | | | | |
| Menos de 8 | 35(9,8) | 15(12,7) | 0,19 | 1,34(0,88-2,03) | 0,23 | 1,29(0,85-1,97) |
| 8 ou mais | 323(90,2) | 103(87,3) | | | | |
| Renda familiar* | | | | | | |
| Até 5 salários mínimos | 286(79,9) | 102(86,4) | 0,03 | 1,61(1,01-2,54) | 0,01 | 1,80(1,20-2,71) |
| Mais de 5 salários mínimos | 72(20,1) | 16(13,6) | | | | |
| Via de parto atual** | | | | | | |
| Cesárea | 219(61,2) | 76(64,4) | 0,38 | 1,15(0,84-1,57) | | |
| Vaginal | 139(38,8) | 42(35,6) | | | | |
| Orientação sobre AM no pré-natal** | | | | | | |
| Não | 235(65,6) | 89(75,4) | 0,01 | 1,61(1,12-2,30) | 0,02 | 1,49(1,06-2,11) |
| Sim | 123(34,4) | 29(24,6) | | | | |
| Tipo de mamilo** | | | | | | |
| Outros | 37(10,3) | 17(14,4) | 0,08 | 1,46(0,99-2,15) | 0,13 | 1,37(0,92-2,05) |
| Protuso/semi-protuso/hipertrófico | 321(89,7) | 101(85,6) | | | | |
| Sexo do bebê*** | | | | | | |
| Feminino | 190(53,1) | 63(54,3) | 0,93 | 0,99(0,73-1,33) | | |
| Masculino | 168(46,9) | 55(46,6) | | | | |
| Pele a pele 1ª hora de vida*** | | | | | | |
| Sim | 324(90,5) | 108(91,5) | 0,64 | 0,88(0,51-1,52) | | |
| Não | 34(9,5) | 10(8,5) | | | | |
| Mamada 1ª hora de vida*** | | | | | | |
| Não | 84(23,5) | 36(30,5) | 0,03 | 1,43(1,06-1,94) | 0,10 | 1,28(0,95-1,71) |
| Sim | 274(76,5) | 82(69,5) | | | | |
| Dor mamilar*** | | | | | | |
| Sim | 297(83,0) | 108(91,5) | 0,00 | 2,22(1,23-3,99) | 0,67 | 1,17(0,57-2,43) |
| Não | 61(17,0) | 10(8,5) | | | | |
| Lesão mamilar*** | | | | | | |
| Sim | 239(66,8) | 88(74,6) | 0,03 | 1,46(1,03-2,08) | 0,55 | 1,11(0,78-1,59) |
| Não | 119(33,2) | 30(25,4) | | | | |
| Amamentação prévia*** | | | | | | |
| Não | 196(54,7) | 77(65,3) | 0,01 | 1,55(1,13-2,13) | 0,01 | 1,62(1,15-2,28) |
| Sim | 162(45,3) | 41(34,7) | | | | |
| Tempo de amamentação prévia*** | | | | | | |
| <1 mês | 12(3,4) | 8(6,8) | 0,00 | | 0,00 | 3,41(2,09-5,55) |
| Nunca amamentou | 196(54,7) | 77(65,3) | | | | |
| 2 meses ou mais | 150(41,9) | 33(28,0) | | | | |
| Autoeficácia alta M2*** | | | | | | |
| Não | 93(26,0) | 45(38,1) | 0,00 | 1,76(1,32-2,34) | 0,03 | 1,41(1,04-1,91) |
| Sim | 265(74,0) | 73(61,9) | | | | |
| Intensidade da dor autorreferida*** | | | | | | |
| Moderada/forte | 240(67,0) | 96(81,4) | 0,00 | 2,15(1,43-3,23) | 0,02 | 1,77(1,08-2,93) |
| Sem dor/leve | 118(33,0) | 22(18,6) | | | | |

Legenda: *variáveis distais; **variáveis intermediárias; ***variáveis proximais; ^ateste qui-quadrado de Pearson; ^bteste de distribuição de Poisson; RR - risco relativo.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2020.

É importante ressaltar que as variáveis dor mamilar e lesão mamilar não se mostraram como fator de risco no modelo final após a regressão de Poisson. No teste qui-quadrado de Pearson os p-valores foram de 0,00 e 0,03 respectivamente, todavia o *output* da regressão de Poisson foi de 0,67 e 0,55.

Dentre os fatores de risco para a interrupção do AME no primeiro mês de vida, em ordem decrescente de risco, destacamos: as puérperas que em amamentação anterior interromperam o AME antes do primeiro mês tiveram 241% mais risco de recorrência para AME interrompido precocemente, puérperas com renda familiar até 5 salários mínimos apresentaram 80% mais risco de interrupção do AME comparada às melhores remuneradas, bem como as que referiram dor mamilar moderada/forte, evidenciaram 77% maior risco para tal desfecho comparada às que referiram dor leve. Mulheres com inexperiência anterior com a amamentação apresentaram risco 62% maior de interrupção comparado às mulheres que já haviam amamentado e aquelas que não foram orientadas sobre a amamentação no pré-natal tiveram 49,2% mais risco quando comparadas com aquelas orientadas. Referente a autoeficácia, mulheres com baixa autoeficácia apresentaram 41% mais risco de interromper o AME quando comparadas com pontuações médias e altas.

DISCUSSÃO

Dentre as fortalezas desta pesquisa podemos destacar o desenho prospectivo, com menor risco para viés de memória e registros acerca de acontecimentos ocorridos há longo prazo e uma análise estatística robusta, dando maior confiabilidade aos resultados comparados a outros delineamentos de estudo com análises mais simples. O tamanho da amostra foi probabilisticamente calculado considerando um município de médio porte e a coleta ocorreu predominantemente em maternidades que possuem o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança, onde se espera os melhores resultados.

A interrupção do AME ocorrida em um terço da amostra entrevistada foi

menor em comparação com uma amostra de 545 puérperas de estudo realizado em um município de médio porte do estado de São Paulo, no qual 41,3% dos seus bebês já não estavam em AME aos 30 dias após o parto também por entrevista via telefônica.¹⁹ Porém, apresentou maior prevalência quando comparado com uma pesquisa realizada em um hospital do sul do Brasil, com 341 bebês que retornaram ao ambulatório para reteste de triagem auditiva neonatal e taxa de 20,5% para AME interrompido até os 30 dias de puerpério, ou seja, uma população específica que pode trazer alguns vieses.²⁰ Outra pesquisa realizada em um ambulatório de AM com amostra de 1608 pacientes, encontrou uma taxa de 27,4% de AME interrompido nos primeiros 30 dias de puerpério.²¹ Esta taxa menor pode ser devido ao contexto de ambulatório específico, com consultas exclusivas para uma população em busca de atenção ao AM. Outro aspecto importante é o tempo em que a interrupção do AME ocorre, sendo que no presente estudo, metade deles ocorreu antes de quinze dias de vida do bebê.

Em relação ao conceito de interrupção do AME, este é definido pela introdução de água/chá ou fórmulas infantis, entretanto, alguns dos estudos encontrados utilizaram na variável desfecho a interrupção total do AM (bebês não recebiam de nenhuma forma o leite materno).

As demais pesquisas comparáveis não investigaram com mais precisão o período que ocorreu a interrupção do AME, a primeira mostrou a prevalência de desmame total aos 30 dias e a segunda aos 45 dias, apresentando prevalências de 9,9% e 14% de desmame precoce respectivamente, realizado com 545 e 622 puérperas em maternidades públicas do Brasil, mostrando que o resultado desta variável em nosso estudo foi mais favorável (6,4%).^{19,22}

Por ser um país com dimensões continentais, a renda familiar no Brasil pode variar muito de acordo com cada substrato populacional. A renda familiar encontrada como um fator de risco no presente estudo pode dificultar o acesso aos serviços de saúde, podendo estar

ligada a ter recebido ou não orientação no pré-natal, além de considerar a qualificação dos serviços. Outros dois estudos não apontaram a renda familiar como fator de risco, contudo, a forma de estratificação da renda foi diferente.^{20,22} No primeiro estudo, o grupo de menor renda era abaixo de dois salários-mínimos,²⁰ e no segundo, o grupo de menor renda era abaixo de R\$351,00 (BRL) *per capita*,²² ou seja, miséria ou pobreza não se mostraram como fatores de risco naqueles estudos. No presente estudo, dicotomizar os grupos com ponto de corte mais alto demonstraram que rendas familiares superiores à cinco salários-mínimos protegem os bebês do desmame precoce. Atualmente, os serviços e ambulatorios de apoio ao AM, bem como as consultorias em aleitamento materno têm sido uma possibilidade cada vez mais crescente, contudo, o presente estudo não investigou se as puérperas tinham buscado auxílio profissional especializado em amamentação para podermos explicar tal achado.

Sentir dor durante o ato de amamentar pode impactar negativamente na autoconfiança materna, o que pode alterar condutas maternas frente ao aleitamento materno, podendo evoluir para o desmame precoce.²³⁻²⁵ Outro estudo realizado no ano de 2021 em maternidades do estado de Goiás, encontrou relação entre mulheres que referiram não sentir dor durante a amamentação com maiores escores de autoeficácia.²⁵

Dor ou lesão mamilar foram predominantemente apontadas como causa no grupo que desmamou antes dos 15 dias de vida, na realidade praticamente três vezes mais quando comparado ao grupo que desmamou após 15 dias de vida, observando assim que a primeira quinzena, ou seja, o período inicial do aleitamento materno é fundamental para o seu estabelecimento e prevenção da ocorrência de desmame nas fases mais tardias, após 15 dias de pós-parto. Não localizamos estudos que identificaram o risco relativo que a dor pode trazer para interrupção do AME em período próximo ao nascimento, especialmente quando atribuído pela mulher como de forte intensidade conforme nosso estudo. Tal resultado aponta para a necessidade de

maior investigação científica nesta temática, a fim de confirmar a magnitude da presença de dor no início da amamentação influenciando negativamente a autoconfiança materna e os desfechos favoráveis futuros. O resultado também aponta para a necessidade de maior atenção dos serviços de saúde, os quais devem se esforçar para solucionar precocemente a presença de dor ou lesão mamilar.

É comum ainda a puérpera não identificar a dor e/ou lesão mamilar como motivo do desmame, mas sim outras causas resultantes de uma cascata de eventos subsequentes desencadeados pela dor ou lesão tais como a oferta de complemento pela diminuição da produção láctea desencadeado pela falta de estímulo para amamentar resultando em baixa autoeficácia, entre outros.

Avaliar a pega e a sucção como uma das causas básicas da dor e/ou lesão é um fator importante a ser identificado. Pretendíamos utilizar uma escala validada para avaliação da pega e sucção (*LATCH Scoring System*), no entanto, optamos por não utilizar esse dado em nossa análise devido à sua imprecisão no preenchimento.²⁶ Os momentos de coleta eram pontuais e frequentemente a mãe ou o bebê não se encontravam disponíveis para avaliação de um episódio de amamentação, o que tornou inviável realizar a aplicação da escala em todas as mulheres e em todos os momentos. Assumimos esse aspecto como uma limitação do estudo que merece ser investigado em estudos futuros.

A experiência prévia com amamentação também se mostrou um fator determinante para a interrupção precoce do AME, diferente de outros estudos que não confirmaram esse achado.^{20,22} Esses resultados podem indicar que o apoio e a assistência ao AM recebidos por essas puérperas na experiência anterior podem auxiliar a mulher em futuras paridades.

Outro achado recente que pode corroborar com a questão da inexperiência foi um estudo²⁷ que demonstrou que ser mãe jovem (18 anos ou menos) é um fator de risco para a interrupção precoce do AME. Este resultado pode estar

relacionado ao fato de que nesta faixa etária materna na maior parte das vezes é o primeiro filho, o que acarreta inexperiência em amamentar.²⁷ Outro estudo também relacionou a experiência prévia de aleitamento materno com maiores escores na autoconfiança materna para amamentar, o que influencia nas taxas de AME,¹⁰ corroborado pelos resultados do presente estudo, visto que baixa autoeficácia mostrou-se como fator de risco para interrupção do AME.

Apesar de ter alguma experiência prévia em amamentação possa contribuir para o sucesso da amamentação, por outro lado, o ineditismo do presente estudo apontou que se essa experiência teve como desfecho o desmame precoce (antes de um mês de vida), esse evento é um fator de risco de maior importância que a inexperiência. Ter desmamado antes do primeiro mês de vida em filho anterior foi o maior fator de risco encontrado em nosso estudo (241%), entretanto, não foram localizados estudos que avaliassem o desmame precoce em filhos anteriores como fator de risco para interrupção do AME com o mesmo rigor metodológico. Esta variável em particular se mostrou valiosa preditora para recorrência do episódio, indicando a necessidade de ser trabalhada desde o início do pré-natal, requerendo atenção diferenciada logo após o nascimento.

A falta de orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal tão frequente em nosso estudo mostrou-se divergente de um dos estudos comparados, realizado em Alagoas, com 85,5% de puérperas orientadas.²⁷ Vale ressaltar que era uma população bastante específica, os quilombolas, a qual pode receber uma atenção diferenciada por se tratar de uma população mais vulnerável. Outros dois estudos, ambos realizados no sul do Brasil trouxeram frequências semelhantes ao nosso estudo nesta variável: 39,7% e 37,8%, indicando falhas na assistência em especial à atenção pré-natal.^{20,22} Mesmo assim, ambos estudos não identificaram essa variável como fator de risco para interrupção do AME. Uma possível justificativa para estes resultados divergentes é que o primeiro estudo utilizou a interrupção do AM como desfecho ao invés de interrupção do AME.²⁰

O segundo, utilizou uma amostra específica de lactentes que tiveram retorno ambulatorial aos 30 dias de vida.²²

Em relação a autoeficácia materna para amamentar, uma pesquisa realizada com 650 binômios em Botucatu-SP, 77,9% das puérperas, com média de 20 dias de pós-parto, tiveram altos escores de autoeficácia para amamentar, e indicou que mães com autoeficácia média ou alta tiveram 52% e 71%, respectivamente, menos chances de interrupção do AM antes dos 12 meses.²⁸ Uma revisão sistemática realizada em 2018 reforçou esse fenômeno apresentando associação entre maior autoconfiança materna e AME até os 6 meses.¹⁰ A novidade que o nosso estudo traz relacionada aos altos escores de autoeficácia é que referendamos esse fator com a interrupção do AME antes de um mês de vida. Ou seja, os altos níveis de autoconfiança materna parecem se confirmar como preditores positivos para o sucesso da amamentação em contextos e períodos diversos de amamentação e mensurar esse constructo deve ser um recurso auxiliar adotado pela prática clínica.

São bem conhecidos os benefícios e recomendações do contato precoce entre o binômio e o estabelecimento da sucção no seio materno em tempo oportuno.¹ Embora nosso estudo não identificou associação estatisticamente significativa do AM na 1ª hora de vida com a interrupção precoce do AME, vale destacar que é imprescindível trabalhar a favor deste início precoce visto que ser um fator desencadeador favorável à cascata de amamentação, auxiliando no início da produção láctea o que fortalece a confiança materna frente ao aleitamento e favorece o vínculo mãe-bebê.

Estar diante da mulher com dificuldades no processo de amamentar, seja devido pouca experiência ou experiências anteriores negativas, presença de dor e/ou lesão, condições sociodemográficas desfavoráveis ou insegurança diante da prática do aleitamento materno requer uma atenção mais próxima e uma prática clínica mais assertiva em prol do preconizado e valioso AME até os 6 meses de vida do lactente. São necessárias, portanto, uma revisão das

diretrizes para prevenção e tratamento destes fatores de risco para interrupção do AME ou mesmo o aprimoramento das práticas já estabelecidas nos serviços de saúde.

CONCLUSÕES

Portanto, a incidência de 33% de interrupção do AME antes de um mês de vida do bebê é um problema a ser especificamente cercado. O presente estudo evidenciou ineditamente o impacto negativo que a interrupção precoce do AME das puérperas em filho anterior como importante fator de risco para recorrência do evento. Além disso, a dor mamilar de alta intensidade, a inexperiência prévia em amamentação e a baixa autoeficácia materna podem aumentar o risco de interrupção de AME antes de um mês de vida. Puérperas que possuem renda familiar acima de 5 salários-mínimos apresentam risco menor de insucesso na amamentação em início precoce e aquelas que não recebem orientações sobre o aleitamento materno no pré-natal estão mais expostas ao risco de interromper o AME no primeiro mês de vida.

É indispensável, portanto, concentrar mais esforços na educação e assistência entorno desse período de estabelecimento da amamentação, além de aprimorar práticas e políticas públicas voltadas à esta temática. Particularmente, a escala de autoeficácia materna pode ser uma ferramenta importante a ser adotada para o reconhecimento das mulheres de maior risco para desmamar seus bebês, embora seja pouco utilizada ainda no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (UNICEF). Global breastfeeding scorecard 2023: rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support. 2023. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375796>
- 2 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 23. Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar 2ª ed. 2015. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

- 3 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 (Online)*. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7)

- 4 Del Ciampo L, Del Ciampo I. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2018;40(6):354-9. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>

- 5 Phukan D, Ranjan M, Dwivedi LK. Impact of timing of breastfeeding initiation on neonatal mortality in India. *Int. breastfeed. j. (Online)*. 2018;13(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0162-0>.

- 6 World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (UNICEF). Advocacy brief: nutrition for growth year of action: nine SMART breastfeeding pledges. 2021. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/342927>

- 7 Nass EMA, Marcon SS, Teston EF, Monteschio LVC, Reis P, Vieira VCL. Maternal factors and early weaning from exclusive breastfeeding. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2021;13:1698-703. Available from: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10614/10693>

- 8 Matias AD, Soares BKP, Silva IL, Barreto RAR, Silva ITS, Costa Souza FML. Trauma mamilar em mulheres no período lactacional. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. 2022;96(38):e-021246. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1262>

- 9 Cunha AMS, Martins VE, Lourdes ML, Paschoini MC, Parreira BDM, Ruiz MT, *et al.* Prevalence of nipple traumas and related factors among post-partum women assisted in a teaching hospital. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2019;23(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0024>

- 10 Minharro MCO, Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Ferrari AP. Breastfeeding self-efficacy and its relationship with breastfeeding duration. *Cogitare Enferm.* (Online). 2019;24:e57490. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57490>
- 11 Bandura A, Adams NE, Beyer K. Cognitive Processes Mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1977;35(3):125-39. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.35.3.125>
- 12 Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J. hum. lact.* 1999;15(3):195-201. DOI: <https://doi.org/10.1177/08903344990150303>
- 13 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- 14 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde - Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais. Brasília (DF): 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- 15 Rosa ACF, Leão ER. Pain in the bipolar disorder: prevalence, characteristics and relationship with suicide risk. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). 2021;29:e3463. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4737.3463>
- 16 Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *JOGN nurs.* 2003;32(6):734-44. Available from: <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
- 17 Oriá MOB, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2010;23(2):230-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200013>
- 18 Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int. j. epidemiol.* 1997;26(1):224-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
- 19 Murari CPC, Arciprete APR, Gomes-Sponholz F, Monteiro JCS. Early introduction of complementary feeding in infants: comparing adolescent and adult mothers. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2021;34:eAPE01011. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A001011>
- 20 Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR., Gouveia HG. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. *Rev. gaúch. enferm.* 2016;37(nesp):e2016-0044. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>
- 21 Carreiro JA, Francisco AA, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP, et al. Breastfeeding difficulties: analysis of a service specialized in breastfeeding. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2018;31(4):430-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800060>
- 22 Santos VL, Holand BL, Drehmer M, Bosa VL. F Sociodemographic and obstetric factors associated with the interruption of breastfeeding within 45 days postpartum - Maternal Cohort Study. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online). 2021;21(2):587-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200013>
- 23 Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Bundle of measures to support intrahospital exclusive breastfeeding: evidence of systematic reviews. *Rev. Paul. Pediatr.* (Ed. Port., Online). 2018;36(2):214-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00002>
- 24 Souza BS de, Assunção EG, Guimarães GC. Fatores associados ao desmame precoce no contexto brasileiro. *Saberes Plur.* 2023;7(2):e133427. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i2.133427>
- 25 Pinto SL, Barruffini ACC, Silva VO, Ramos JEP, Borges LL, Cordeiro JABL, et

al. Evaluation of breastfeeding self-effectiveness and its associated factors in puerperal women assisted at a public health system in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online). 2021;21(1):97-105. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100005>

26 Sorkhani TM, Namazian E, Komsani S, Arab S. Investigating the relationship between childbirth type and breastfeeding pattern based on the LATCH Scoring System in breastfeeding mothers. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2021;43(10):728-35. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735985>

27 Araújo VGS, Santos TR, Vieira ACS, Assunção ML, Ferreira HS. Common Mental Disorder and early interruption of exclusive maternal breastfeeding in Quilombola women: a population-based study. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online). 2021;21(2):497-509. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200008>

28 Minharro MCO, Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Ferrari AP. Breastfeeding self-efficacy and its relationship with breastfeeding duration. *Cogitare Enferm.* (Online). 2019;24:e57490. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57490>

Recebido em: 06/11/2023
Aceito em: 31/04/2024
Publicado em: 07/05/2024