

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Vanessa Luciani Santos

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À
INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO PUERPÉRIO – ESTUDO DE
COORTE MATERNAR**

Porto Alegre

2019

Vanessa Luciani Santos

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À
INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO PUERPÉRIO – ESTUDO DE
COORTE MATERNAR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), como pré-requisito para obtenção do
título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof Dr Nut. Vera Lúcia Bosa

Coorientadora: Ms Nut. Bruna Luiza Holand

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Vanessa Luciani
Fatores sociodemográficos e obstétricos associados
à interrupção do aleitamento materno no puerpério -
Estudo de Coorte Maternar / Vanessa Luciani Santos. --
2019.
53 f.
Orientadora: Vera Lúcia Bosa.

Coorientadora: Bruna Luiza Holand.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Aleitamento materno. 2. Fatores de risco. 3.
Desmame. 4. Período pós-parto. I. Bosa, Vera Lúcia,
orient. II. Holand, Bruna Luiza, coorient. III.
Título.

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À
INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO PUERPÉRIO – ESTUDO DE
COORTE MATERNAR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Nut. Michele Drehmer

Drª Nut. Roberta Aguiar Sarmiento

Orientadora: Profª Drª Nut. Vera Lúcia Bosa

Coorientadora: Ms Nut. Bruna Luiza Holand

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me cercar de oportunidades e pessoas incríveis.

Agradeço à minha mãe, Marlene Terezinha Puff dos Santos, pela excelente educação e amor incondicional.

Agradeço ao meu pai, *in memoriam*, Vanderlei Lima dos Santos, por durante seu tempo em vida me incentivar sempre a estudar. Grande parte do que sou e conquistei até hoje devo a ele.

À minha irmã, Viviane Puff dos Santos, pelo companheirismo, palavras de apoio, por estar sempre do meu lado e ser minha inspiração.

Agradeço aos professores do curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por todo conhecimento e experiências compartilhados. E, em especial, à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Bosa, pela orientação e auxílio na execução do presente estudo, além da disponibilidade e confiança depositada em mim.

À minha coorientadora, Ms Nut. Bruna Luiza Holand, pela oportunidade de participar da pesquisa, auxílio na obtenção dos dados e nas análises estatísticas, além de todo apoio e incentivo.

E a todos amigos e demais familiares que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho e tornaram os momentos na graduação mais fáceis.

RESUMO

Introdução: A duração do aleitamento materno (AM) no Brasil ainda se encontra longe do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta, pode sofrer influência de inúmeros fatores envolvendo o binômio mãe e filho e o meio social em que estão inseridos. Sendo o puerpério determinante para o sucesso da amamentação, o presente estudo teve como objetivo avaliar e identificar a prevalência da interrupção do AM no período puerperal e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados. **Métodos:** Este estudo é parte de uma coorte retrospectiva e prospectiva que incluiu 622 puérperas. A coleta dos dados ocorreu entre março de 2018 e maio de 2019 em duas fases, sendo a primeira durante a internação da puérpera e do recém-nascido na maternidade e a segunda durante ligação telefônica, após 60 dias do nascimento. A relação das características sócio-demográficas e obstétricas foi verificada por teste qui-quadrado de Pearson. Regressões de Poisson com variância robusta foram realizadas para identificar os fatores associados com a interrupção do AM no período puerperal. As variáveis que obtiveram $p < 0,20$ na análise bruta foram adicionadas à análise ajustada. Foi considerado valor estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** A interrupção do AM no período puerperal foi identificada em 87 puérperas, equivalente a 14% (IC95% 11,2-16,7) da amostra. A análise ajustada para fatores de confusão mostrou associação estatisticamente significativa com a interrupção do AM e a idade materna entre 26-34 anos (RP ajustada 2,18; IC95% 1,06-4,48), escolaridade ≤ 8 anos de escola (RP ajustada 2,11; IC95% 1,05-4,25), rede de apoio da avó materna (RP ajustada 1,91; IC95% 1,20-3,06), não ter experiência prévia em amamentação (RP ajustada 1,56; IC95% 1,00-2,44) e o recebimento de complemento na maternidade (RP ajustada 1,53; IC95% 1,04-2,25). **Conclusão:** Observou-se que as variáveis sociodemográficas maternas (menor idade, menor escolaridade, falta de experiência prévia em amamentação) e obstétricas (recebimento de complemento na maternidade) influenciaram no abandono do AM no período puerperal, ressaltando a importância de fomentar as políticas públicas existentes para o puerpério, com uma atenção especial para as mulheres em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame. Fatores de risco. Período pós-parto.

ABSTRACT

Introduction: The duration of breastfeeding in Brazil is still far from the recommended by World Health Organization (WHO). This can be influenced by many factors involving the binomial mother and child and the social environment in which they are inserted. Being the puerperium determining for the success of breastfeeding, the present study aimed to evaluate and identify the prevalence of breastfeeding interruption in the puerperal period and the associated sociodemographic and obstetric factors. **Methods:** This study is part of a retrospective and prospective cohort that included 622 postpartum women. Data collection took place between March 2018 to May 2019 in two phases, being the first during the postpartum woman and newborn hospitalization at the maternity ward and the second during telephone call, 60 days after birth. The relationship of sociodemographic and obstetric characteristics was verified by Pearson's chi-square test. Poisson regressions with robust variance were performed to identify factors associated with interruption of breastfeeding in the puerperal period. The variables that obtained $p < 0.20$ in the crude analysis were added to the adjusted analysis. It was considered a statistically significant value when $p < 0.05$. **Results:** Breastfeeding interruption in the puerperal period was identified in 87 postpartum women, with 14% (95% CI 11.2-16.7) of the sample. Adjusted analysis for confounders showed a statistically significant association with discontinuation of breastfeeding and maternal age between 26-34 years (adjusted prevalence ratio [PR] 2.18; 95% CI 1.06-4.48), schooling ≤ 8 years of school (adjusted PR 2.11; 95% CI 1.05-4.25), maternal grandmother's support network (adjusted 1.91; 95% CI 1.20-3.06), no previous breastfeeding experience (adjusted PR 1.56; 95% CI 1.00-2.44) and receipt of supplement at the maternity hospital (adjusted PR 1.53; 95% CI 1.04-2.25). **Conclusion:** It was observed that maternal sociodemographic variables (lower age, lower education, lack of previous experience in breastfeeding) and obstetric (receiving supplement in maternity) influenced the abandonment of breastfeeding in the puerperal period, highlighting the importance of fostering existing public policies for the postpartum period, with special attention to women in vulnerable situations.

Keywords: Postpartum Period. Breast Feeding. Risk Factors. Weaning.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Características sócio-demográficas e obstétricas segundo inclusão no estudo – Estudo de Coorte Maternar..... 40

Tabela 2. Prevalência de interrupção do aleitamento materno no período puerperal segundo características sociodemográficas e obstétricas e os fatores associados – Estudo de Coorte Maternar..... 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

BLH – Banco de Leite Humano

DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2

EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

II PPAM - Segunda Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno

IMC - Índice de Massa Corporal

LM - Leite Materno

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

QI - Quociente de inteligência

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
1.1 Aleitamento materno	9
1.2 Políticas públicas e situação do aleitamento materno no Brasil.....	11
1.3 Puerpério.....	12
1.4 Fatores que influenciam na amamentação	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos	17
REFERÊNCIAS	18
4 ARTIGO ORIGINAL	23
ANEXOS	45

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Aleitamento materno

O leite materno (LM) é uma mistura altamente complexa com mais de 200 constituintes. Inclui uma variedade de imunomoduladores, substâncias anti-inflamatórias e antimicrobianas que proporcionam importante proteção contra doenças e contribuem na manutenção da saúde da criança a curto e longo prazo. (ROUW; VON GARTZEN; WEISSENBORN, 2018; MOSCA; GIANNÌ, 2017). O primeiro líquido produzido pelas mães, entre o primeiro e quinto dia pós-parto, é chamado de colostro, o qual tem coloração amarelada, é rico em proteínas e imunoglobulinas e ganha destaque pela sua função imunológica. Entre o sexto e 15º dia pós-parto, o leite se denomina de transição e em sua composição predominam as gorduras com um papel principal de nutrir o bebê neste período de crescimento acelerado. Após o 15º dia de vida, o leite é denominado maduro e se torna completo em sua composição, sendo capaz de promover um adequado crescimento e desenvolvimento ao longo da lactação (BALLARD; MORROW, 2013; BRASIL, 2015).

As recomendações mundiais para amamentação são estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o ano de 2002, sendo elas: o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do bebê, ou seja, nenhum outro alimento ou líquido deve ser oferecido nesse período além do leite materno; e a introdução da alimentação complementar nutricionalmente adequada e segura a partir dos seis meses de idade, com amamentação continuada até os dois anos ou mais (WHO, 2009). O LM atende a todas necessidades energéticas, nutricionais e imunológicas da criança devido a ação combinada dos componentes nutricionais e bioativos, não sendo necessário qualquer outro alimento até o sexto mês de vida (MOSCA; GIANNÌ, 2017).

Os benefícios do LM para o bebê a curto prazo são devidamente comprovados e com evidências de alto nível de confiabilidade, como no caso da redução da mortalidade, proteção contra diarreia e infecções respiratórias, diminuição dos casos de enterocolite necrosante, proteção contra otite média em crianças menores de 2 anos, redução de más oclusões dentárias e do índice de massa corporal (IMC) infantil, além do auxílio no desenvolvimento sensorial e cognitivo (VICTORA et al., 2016). Do ponto de vista fisiológico há benefícios

importantes de se destacar, uma vez que, devido à variabilidade biológica precoce no teor de proteínas, gorduras e energia, o LM consegue atender prematuros e recém-nascidos de baixo peso (GIDREWICZ; FENTON, 2014). O maior tempo de amamentação também está relacionado com efeitos a longo prazo, como a redução do sobrepeso, obesidade e leucemia infantis (GIUGLIANI et al., 2015) (VICTORA et al., 2016). Além disso, Victora e colaboradores (2015) demonstraram uma relação inusitada positiva entre o tempo de AM e maior quociente de inteligência (QI), escolaridade e renda na vida adulta.

Para a mãe, os benefícios de amamentar também são documentados e mostram efeito positivo na saúde física e emocional, tanto no pós-parto quanto na vida futura (GIDREWICZ; FENTON, 2014). Estudos têm relacionado ajustes fisiológicos que ocorrem no corpo da mulher durante a lactação, como o maior consumo de energia para produção do LM, aumento do metabolismo de lipídeos, aumento da sensibilidade à insulina e maior tolerância à glicose, resultando na redução do risco de desenvolver Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) (AUNE et al., 2014). A amenorreia lactacional é outro interessante benefício conhecido. Quando a mulher amamenta de forma exclusiva ocorre supressão de alguns hormônios, especialmente os gonadotróficos, o que gera um período de infertilidade e reduz as chances de gravidez no puerpério remoto (CHOWDHURY et al., 2015). Além disso, esta supressão hormonal está relacionada com uma redução significativa do risco de desenvolver câncer de ovário (LI et al., 2014).

Achados na literatura sugerem que mães lactantes têm menor risco de desenvolver depressão pós-parto devido ao estímulo e regulação de hormônios como o cortisol e a ocitocina. Quando estimulada, mediante o contato pele a pele com o recém-nascido, a ocitocina auxilia na melhora dos níveis de ansiedade e estresse materno (CIAMPO; CIAMPO, 2018). Outras vantagens do LM, são a sua imediata disponibilidade em temperatura ideal, pois não precisa de preparação prévia, a fácil obtenção e gratuidade, considerando que é um subsídio da natureza e evita gastos com mamadeiras, fórmulas lácteas ou utensílios, além de não causar desperdícios.

1.2 Políticas públicas e situação do aleitamento materno no Brasil

A responsabilidade de amamentar não é um ato exclusivamente da mulher e sim um ato político e social. Movimentos mundiais em prol da amamentação tiveram início entre os anos 1970 e 1980, devido à crescente desnutrição e mortalidade infantil, e desde então, ocorreram avanços em termos de políticas de promoção e proteção ao AM (ROLLINS; LUTTER; MARTINES, 2016). Em 1991, foi instituída a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o objetivo de promover a prática do aleitamento e prevenir o desmame precoce. Suas diretrizes estão ancoradas aos Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação e por meio deste, estabelece as práticas necessárias para instituir uma política hospitalar de apoio ao AM (LAMOUNIER et al., 2019). No Brasil, esta iniciativa está relacionada com a melhoria nas taxas de AM e a redução da mortalidade infantil (SILVA et al., 2018).

O Método Canguru também faz parte de uma iniciativa de apoio e promoção à amamentação, que se disseminou no Brasil em 1990 e hoje faz parte da *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru*, destinada principalmente para recém-nascidos prematuros de baixo peso que precisam de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal. Esta tem o objetivo de permitir o contato pele a pele entre mãe e bebê e uma maior participação dos pais nos cuidados do filho. Os Bancos de Leite Humano (BLH-BR) fazem parte de outra importante estratégia adotada para apoiar a amamentação e são reconhecidos pela contribuição na redução da mortalidade infantil nos últimos anos. Ainda, desde 2008, a *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)*, apoia a instalação de salas de apoio nas empresas públicas e privadas para estoque do LM (HERNANDEZ; VÍCTORA, 2018; BRASIL, 2017).

A Segunda Pesquisa Nacional de Prevalência de AM (II PPAM), realizada no ano de 2008, mostrou que a prevalência de AME em crianças menores de 6 meses no Brasil foi de 41%. Analisando dados mais antigos, encontramos um aumento progressivo nas prevalências brasileiras, sendo que no ano de 1986 apenas 3,6% das crianças de 0 a 4 meses eram amamentadas de forma exclusiva, já no ano de 1999, verificou-se um aumento para 35,6%, e no ano de 2006, o índice foi para 38,6% (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017; VENANCIO et al., 2010). A pesquisa ainda mostra que a probabilidade de o bebê estar em AM durante o primeiro mês de vida é

de aproximadamente 91,7%, já aos 60 dias esta probabilidade cai para 89,7% e para 84,6% aos 4 meses (BRASIL, 2009).

É evidente a evolução das prevalências de AM no Brasil ao longo dos anos, no entanto, quando comparamos os dados mais recentes, que datam de 2008, com as metas de referência estabelecidas pela OMS, percebemos que a prevalência do AME para menores de seis meses ainda se encontra em situação “ruim” e a duração do AM no país ainda é considerada “muito ruim” (BRASIL, 2009). Por consequência, a manutenção do AM pelo período preconizado pela OMS ainda é um desafio para os serviços de atenção à saúde da mulher e da criança.

1.3 Puerpério

O puerpério é o período que se inicia logo após o parto, seja normal ou cesárea, e pode ser classificado em puerpério imediato (do primeiro ao décimo dia pós-parto), tardio (do 11º ao 45º dia pós-parto) e remoto (a partir do 45º dia, até retornar à função reprodutiva da mulher) (ANDRADE et al., 2015). É um período chave para a criação de vínculo entre mãe e filho, porém de extrema vulnerabilidade para a mulher que enfrenta uma série de modificações corporais e psíquicas. Ela passa a vivenciar a maternidade de forma real e tem a necessidade de assumir novas tarefas, o que pode despertar sentimentos de ansiedade e angústia (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha preconiza que seja feito o acompanhamento pós-natal da puérpera e do recém-nascido dentro de sete a dez dias, como parte da iniciativa da Primeira Semana de Saúde Integral. É de extrema relevância para a saúde da mãe e do bebê devido à frequência de episódios de morbidade e mortalidade, materna e infantil que ocorrem neste período (BRASIL, 2012; CORRÊA et al., 2017). Posteriormente, uma consulta puerperal de retorno deve ser feita no período de 42-60 dias pós-parto, dentre as ações que devem ser realizadas nas consultas se destaca o apoio à amamentação (BRASIL, 2012; SÃO PAULO, 2010).

As condições de vida e de saúde da mulher e do recém-nascido e o contexto social que a mulher se encontra, tendo em vista a realidade de grande desigualdade de nosso país, influenciam de maneira significativa no AM durante o puerpério (ANDRADE et al., 2015). Algumas mulheres devem ser identificadas pelos profissionais de saúde durante este período como em situação de risco, com destaque para as mães adolescentes com idade menor que 16 anos ou analfabetas,

residentes em área de risco, portadoras de deficiência, com distúrbios ou dependentes de drogas (SÃO PAULO, 2010).

1.4 Fatores que influenciam na amamentação

A amamentação é considerada um ato natural, que deve proporcionar prazer para a mãe e o filho, no entanto, apesar dos eminentes benefícios, sua prática nem sempre é satisfatória, havendo uma série de fatores que podem interferir neste processo, como os pessoais, coletivos, socioeconômicos, demográficos, culturais, históricos, fisiológicos, obstétricos e de atenção pré-natal, dentre outros. (RODRIGUES; GOMES, 2014; VICTORA et al., 2016).

Uma revisão sistemática da literatura investigou fatores que dificultam o AM e aqueles que são causadores de desmame precoce nos seis primeiros meses pós-parto e concluiu que a percepção de leite fraco, o pouco apoio de profissionais da saúde e a falta de conhecimento da mãe sobre a importância do AM são dificultadores da amamentação. Já o uso de chupeta, a volta ao trabalho, trauma mamilar ou dor, baixa escolaridade da mãe e maior idade da criança são variáveis causadoras do desmame precoce (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018). Outra revisão sistemática investigou artigos qualitativos e quantitativos e avaliou barreiras para o AM, dentre as mais citadas estava a volta ao trabalho, crenças maternas ou de familiares, falta de apoio de profissionais da saúde e percepção de leite insuficiente (BALOGUN et al, 2015).

Mesmo com políticas públicas instituídas com o objetivo de melhorar o indicador da volta ao trabalho durante a amamentação, o cenário ainda não é satisfatório (ROLLINS; LUTTER; MARTINES, 2016). Na tentativa de se inserir no mercado de trabalho e lutar pela igualdade salarial e de gênero, a mulher enfrenta uma dupla jornada de trabalho, extradomiciliar e domiciliar, gerando uma sobrecarga que poderá ser um empecilho na atenção aos filhos e na amamentação. No Brasil, a Constituição de 1988 estabelece a licença maternidade obrigatória por 120 dias apenas para aquelas mulheres em trabalho formal e desde 2010, as empresas que aderem ao Programa Empresa Cidadã podem prorrogar a licença maternidade por 60 dias, no entanto, a participação ao programa ainda é facultativa, gerando baixa adesão (BRASILEIRO et al., 2012). Além disso, o número de mulheres que se encontram em trabalho informal e não usufruem de licença maternidade é preocupante e já foi demonstrado que estas apresentam uma taxa de AM menor

quando comparadas àquelas mulheres em trabalho formal (RIMES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2019).

As estratégias de educação em saúde realizadas durante o acompanhamento pré-natal e o apoio dos profissionais de saúde na promoção ao AM podem influenciar na prática da amamentação (FERREIRA et al., 2018). A qualidade da assistência pré-natal no Brasil é amparada por diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e pela iniciativa Rede Cegonha. Estes estabelecem que um dos itens para a adequação do pré-natal é o recebimento de orientações sobre AM, sua duração, manejo, possíveis problemas e alimentação complementar. No entanto, o número de mulheres que recebem estas orientações ao longo do acompanhamento ainda é baixo (SILVA et al., 2019). Durante o pré-natal, a assistência dos profissionais da saúde deve ocorrer através da prestação de informações e promoção de conhecimentos práticos e científicos acerca do tema, além do esclarecimento de dúvidas, seja em consultas individuais ou grupos de educação em saúde, para garantir que a mulher tenha um conhecimento prévio do assunto e se sinta mais segura para amamentar (RODRIGUES; GOMES, 2014). Estudos apontam que a participação em grupos de educação em saúde no período pré-natal pode prolongar o tempo de aleitamento (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016) e mulheres com baixa escolaridade que não recebem informações sobre AM, tendem a abandonar a prática por volta dos 4 meses pós-parto (MACHADO et al., 2014).

O apoio de membros da família ou amigos também é considerado um fator que influencia a prática da amamentação (BALOGUN et al., 2015). É demonstrado que a participação do parceiro impacta positivamente no aumento das taxas de iniciação, duração e exclusividade da amamentação (DAVIDSON; OLLERTON, 2019) e a presença de pessoas mais velhas, como os avós, interfere em várias questões relacionadas à saúde da família, especialmente na tomada de decisões durante a gravidez e tem a capacidade de influenciar de forma significativa no AM (NEGIN et al., 2016). Foi encontrado que a avó materna é uma facilitadora da amamentação e pode aumentar as taxas de AM pelo envolvimento que exerce nos afazeres domésticos e cuidados com o recém-nascido (FERREIRA et al., 2018). Por outro lado, a avó materna e a avó paterna podem interferir de forma negativa na duração, exclusividade e interrupção da amamentação, pelo fato de incentivarem o oferecimento de outros líquidos e leites (SUSIN; GIUGLIANI, 2005).

Ainda, a literatura traz que o menor sucesso para amamentar pode ser influenciado pela renda familiar (GARCIA, 2012), pelo número de gestações ou experiências prévias em amamentação (BALOGUN et al., 2015; SALUSTIANO et al., 2012), pelo parto cesariano (HOBBS et al., 2016) e pela idade materna, entretanto, não há um consenso entre os estudos sobre a faixa etária envolvida com o sucesso do AM (KARALL et al., 2015; BALOGUN et al., 2015; LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

O período puerperal imediato também está relacionado ao sucesso para amamentar, principalmente pelo estabelecimento de laços que ocorre entre mãe e filho neste momento. O aleitamento na primeira hora de vida pode prolongar a amamentação e diminuir as chances de interrupção da lactação, e o recebimento de algum suplemento ou fórmula neste período pós-parto pode reduzir a produção de leite humano e levar ao desmame (HOLMES, 2013).

Mediante exposto, constata-se uma série de fatores que interferem na duração da amamentação, na prática de desmame e na interrupção do aleitamento de maneira precoce, influenciando nos resultados de saúde da mãe e do bebê, a curto e longo prazo. A maioria dos estudos citados abordam o desmame e as barreiras para o AM no período de seis meses pós-parto, faz-se necessário investigar de maneira mais profunda estes fatores também no puerpério.

2 JUSTIFICATIVA

A prática do AM tem sido bastante discutida e reforçada por uma série de programas e políticas de apoio, porém, as situações atuais se encontram longe do preconizado pela OMS. O puerpério é um período carregado de insegurança, estresse, dúvidas e anseios para a mulher, podendo interferir na lactação. Os estudos que abordam os fatores que influenciam no AM dão pouca ênfase para este período, sendo assim, faz-se necessário estudar mais a fundo os determinantes do insucesso da amamentação no período puerperal para entender de maneira mais específica as necessidades das puérperas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno no período puerperal.

3.2 Objetivos específicos

- I. Identificar a prevalência da interrupção do AM no período puerperal;
- III. Verificar a influência de fatores demográficos (idade materna, escolaridade, apoio familiar) socioeconômicos (renda e trabalho materno), de atenção pré-natal (início e número de consultas, orientações sobre AM e participação em grupos de gestantes), obstétricos (tipo de parto, paridade, IG de nascimento e recebimento de complemento na maternidade) com a interrupção da amamentação no período puerperal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Raquel Dully et al. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181–186, 2015. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150025>> Acesso em: 10 de abril de 2019.

AUNE, D. et al. ScienceDirect Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose e response meta-analysis of cohort studies. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 24, n. 2, p. 107–115, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2013.10.028>> Acesso em: 10 de abril de 2019.

BALLARD, Olivia; MORROW, Ardythe L. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, p. 49–74, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>> Acesso em: 31 de março de 2019.

BALOGUN, Olukunmi Omobolanle *et al.* Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. **Maternal & Child Nutrition**, v. 11, n. 4, p. 433–451, 2015. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/mcn.12180>> Acesso em: 31 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf> Acesso em: 31 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco (Caderno de Atenção Básica, nº 32)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em: 31 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (Caderno de Atenção Básica, nº 23)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2015. 184 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca_b23.pdf> Acesso em: 31 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvswww.saude.gov.br/bvs%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pu>

blicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf> Acesso em: 15 de março de 2019.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. 4, p. 642–648, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400008> Acesso em: 31 de agosto de 2019.

CHOWDHURY, Ranadip et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Pædiatrica**, v. 104, p. 96–113, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670483/>> Acesso em: 29 de março 2019.

CIAMPO, Luiz Antonio Del; CIAMPO, Ieda Regina Lopes Del. Breastfeeding and the Bene fi ts of Lactation for Women ’ s Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 6, p. 354–359, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1657766>> Acesso em: 04 de abril de 2019.

CORRÊA, Maria Suely Medeiros et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1–12, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 12 de junho de 2019.

DAVIDSON, Eirwyn L.; OLLERTON, Richard L. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes : An integrative review. **Women and Birth**, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.010>> Acesso em: 05 de junho de 2019.

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda et al. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 683–690, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300683&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 12 de junho de 2019.

FERREIRA, Thelen Daiana Mendonça et al. Influência das avós no aleitamento materno exclusivo : estudo descritivo transversal Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding : **Enstein**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1–7, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-018-2773-4>> Acesso em: 10 de junho de 2019.

GIDREWICZ, Dominica A.; FENTON, Tanis R. A systematic review and meta-analysis of the nutrient content of preterm and term breast milk. **BMC Pediatrics**, v. 14, p. 216, 2014. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-216>> Acesso em: 20 de março de 2019.

GIUGLIANI, Elsa R. J. et al. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 20–29, 2015. Disponível em: < <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.13160>> Acesso em: 15 de março de 2019.

GRANVILLE-GARCIA, Ana F. et al. Factors associated with early weaning at a Child-Friendly Healthcare Initiative Hospital. **Revista Odonto Ciência**, v. 27, n. 3, p. 202–207, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65232012000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 25 de agosto de 2019.

HERNANDEZ, Alessandra Rivero; VÍCTORA, Ceres Gomes. Biopolíticas do aleitamento materno : uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. **Cad. de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000903001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 de abril de 2019.

HOBBS, Amy J. et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation , duration and difficulties in the first four months postpartum. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 90, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>> Acesso em: 10 de maio de 2019.

HOLMES, Alison V. Establishing Successful Breastfeeding in the Newborn Period. **Pediatric Clinics of NA**, v. 60, n. 1, p. 147–168, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.013>> Acesso em: 10 de agosto de 2019.

KARALL, Daniela et al. Breast-feeding Duration: Early Weaning—Do We Sufficiently Consider the Risk Factors? **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 61, n. 5, p. 577–582, 2015. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00005176-201511000-00012>> Acesso em: 05 de agosto de 2019.

LAMOUNIER, Joel Alves et al. BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: 25 YEARS OF EXPERIENCE IN BRAZIL. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486–493, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000400486&tlng=en> Acesso em: 30 de agosto de 2019.

LI, Da-Peng et al. Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk: a Systematic Review and Meta-analysis of 40 Epidemiological Studies. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 15, n. 12, p. 4829–4837, 2014. Disponível em: <<http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:24998548&key=2014.15.12.4829>> Acesso em: 20 de março de 2019.

LIMA, Ariana Passos Cavalcante; NASCIMENTO, Davi da Silva; MARTINS, Máisa Mônica Flores. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **J. Health Biol Sci**, v. 6, n. 2, p. 189–196, 2018. Disponível em: Acesso em: 10 de junho de 2019.

MACHADO, Mariana Campos Martins et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 985–994, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf> Acesso em: 04 de abril de 2019.

MOSCA, Fabio; GIANNÌ, Maria Lorella. Human milk: composition and health benefits. **La Pediatria Medica E Chirurgica**, v. 39 (2), n. 155, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.4081/pmc.2017.155>> Acesso em: 20 de março de 2019.

NEGIN, Joel et al. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 91, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0880-5>> Acesso em: 10 de maio de 2019.

RODRIGUES, Nathália de Abreu; GOMES, Ana Cecília de Godoy. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce Breastfeeding: determinant factors of earlier ab lactation. **Enferm. Rev.**, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12791>> Acesso em: 20 de março de 2019.

RIMES, Karina Abibi; OLIVEIRA, Maria Inês Couto De; BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Rev Saude Publica**, v. 53, p. 10, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100207&lng=pt&nrm=iso&tling=pt> Acesso em: 10 de março de 2019.

ROLLINS, Nigel C.; LUTTER, Chessa K.; MARTINES, Jose C. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet Global Health**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, 2016. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)> Acesso em 10 de março de 2019.

ROUW, Elien; VON GARTZEN, Aleyd; WEISSENBORN, Anke. Bedeutung des Stillens für das Kind. **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz**, v. 61, n. 8, p. 945–951, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-018-2773-4>> Acesso em 15 de março de 2019.

SALUSTIANO, Letícia Pacífico de Queiroz et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28–33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100006&lng=pt&nrm=iso&tling=en> Acesso em: 10 de maio de 2019.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **Manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES, 2010. 234p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf> Acesso em: 15 de junho de 2019.

SILVA, Esther Pereira Da et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 43, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>> Acesso em: 12 de abril de 2019.

SILVA, Esther Pereira Da; LIMA, Roberto Teixeira De; OSÓRIO, Mônica Maria. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco : revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935–2948, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2935.pdf>> Acesso em: 12 de abril de 2019.

SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira et al. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança : contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 18, n. 3, p. 491–499, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>> Acesso em: 02 de junho de 2019.

SUSIN, Lulie R. O.; GIUGLIANI, Elsa R. J. Influência das avós na prática do aleitamento materno Influence of grandmothers on breastfeeding practices. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 141–7, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200001>> Acesso em: 15 de março de 2019.

VENANCIO, Sonia I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317–324, 2010. Disponível em: <http://jped.com.br/conteudo/Ing_resumo.asp?varArtigo=2108&cod=&idSecao=1> Acesso em: 25 de março de 2019.

VICTORA, Cesar G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199–e205, 2015. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X15700021>> Acesso em: 20 de março de 2019.

VICTORA, Cesar G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet Global Health**, v. 387, n. 100171, p. 475–490, 2016. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)> Acesso em: 31 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. World Health Organization, Geneva, 2009. Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/>> Acesso em: 31 de maio de 2019.

4 ARTIGO ORIGINAL

“Fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno no puerpério”

4.1 REVISTA DE ESCOLHA

Revista de Saúde Pública (RSP)

ISSN 1518-8787

Fator de impacto JCR 2018: 1,968

Título

Fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno no puerpério

Título em inglês

Sociodemographic and obstetric factors associated with interruption of breastfeeding in the puerperium

Título resumido

Interrupção da amamentação e fatores associados

Autores

Vanessa Luciani Santos¹, Bruna Luiza Holand², Vera Lúcia Bosa³.

Afiliações

¹ Acadêmica de Nutrição. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Nutricionista. Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde pela UFRGS.

³ Nutricionista. Mestre em Ciências Médicas /UFRGS. Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (CESAN) – HCPA/UFRGS. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente/ UFRGS.

Endereço do autor principal, telefone e email

Vanessa Luciani Santos

Rua Praça Garibaldi, 60, apto 304

CEP: 90050020

Telefone: 55 996001639

E-mail: vanessals@outlook.com

Declaração de conflitos de interesse: “nada a declarar”

Financiado por

Pesquisa financiada pelo Fundo de Incentivo a Pesquisas e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA).

RESUMO

Objetivo: Avaliar e identificar a prevalência de interrupção do AM no período puerperal e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados. **Métodos:** Este estudo é parte de uma coorte retrospectiva e prospectiva do sul do Brasil. A amostra foi constituída por 622 puérperas, selecionadas entre março de 2018 e maio de 2019. A coleta dos dados foi realizada em duas fases, sendo a primeira durante a internação da puérpera e do recém-nascido na maternidade e a segunda durante ligação telefônica, após 60 dias do nascimento. Regressões de Poisson com variância robusta foram realizadas para identificar os fatores associados com a interrupção do AM no período puerperal. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta foram inseridas na análise ajustada. Foi considerado valor estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** A interrupção do AM no período puerperal foi identificada em 14% ($n=87$) da amostra. Após ajuste para fatores confundidores, identificou-se associação estatisticamente significativa entre a interrupção do AM com a idade materna entre 26-34 anos (RP ajustada 2,18; IC95% 1,06-4,48), possuir 8 ou menos anos de escola (RP ajustada 2,11; IC95% 1,05-4,25), o apoio da avó materna (RP ajustada 1,91; IC95% 1,20-3,06), inexperiência prévia com amamentação (RP ajustada 1,56; IC95% 1,00-2,44) e o recebimento de complemento na maternidade (RP ajustada 1,53; IC95% 1,04-2,25). **Conclusão:** Observou-se que fatores como a menor idade, menor escolaridade, falta experiência prévia em amamentação e o recebimento de complemento na maternidade são preditores do abandono precoce do aleitamento materno. Ressalta-se a importância de fomentar as políticas públicas de promoção do aleitamento materno com um olhar ampliado para o puerpério.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Desmame. Fatores de risco. Período pós-parto.

ABSTRACT

Objectives: evaluate and identify the prevalence of breastfeeding interruption in the puerperal period and the associated sociodemographic and obstetric factors.

Methods: The sample consisted of 622 postpartum women, selected between March 2018 and May 2019. A coleta dos dados foi realizada em duas fases, sendo a primeira durante a internação da puérpera e do recém-nascido na maternidade e a segunda durante ligação telefônica, após 60 dias do nascimento. Poisson regressions with robust variance were performed to identify factors associated with interruption of breastfeeding in the puerperal period. The variables that presented $p < 0.20$ in the crude analysis were inserted in the adjusted analysis. It was considered a statistically significant value when $p < 0.05$. **Results:** Interruption of breastfeeding in the puerperal period was identified 14% ($n = 87$) of the sample. After adjustment for confounding factors, a statistically significant association between breastfeeding interruption and maternal age between 26-34 years (adjusted prevalence ratio [PR] 2.18; 95% CI 1.06-4.48), schooling ≤ 8 years of school (adjusted PR 2.11; 95% CI 1.05-4.25), maternal grandmother's support network (adjusted 1.91; 95% CI 1.20-3.06), no previous breastfeeding experience (adjusted PR 1.56; 95% CI 1.00-2.44) and receipt of supplement at the maternity hospital (adjusted PR 1.53; 95% CI 1.04-2.25). **Conclusion:** It was observed that factors such as younger age, lower education, lack of previous breastfeeding experience and the receipt of supplement at maternity are predictors of early breastfeeding abandonment in the puerperal period. It is emphasized the importance of promoting public policies to encourage breastfeeding with a broad look at the puerperium.

Keywords : Postpartum Period. Breast Feeding. Risk Factors. Weaning.

Fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do aleitamento materno no puerpério

Sociodemographic and obstetric factors associated with interruption of breastfeeding in the puerperium

INTRODUÇÃO

A amamentação além de desempenhar a função de nutrir o bebê é uma oportunidade de estabelecer laços de afeto, intimidade e confiança entre mãe e filho. A curto prazo, uma série de benefícios para o recém-nascido são relatados, como a redução da mortalidade infantil, proteção contra diarreia, otite média, infecções respiratórias, enterocolite necrosante e auxílio no desenvolvimento sensorial e cognitivo^{1,2}. A longo prazo, as vantagens descritas são a redução do sobrepeso, obesidade e leucemia infantil². Ainda, foi encontrada uma relação inusitada com o tempo de amamentação e maior quociente de inteligência (QI), escolaridade e renda na vida adulta³. Para a mulher os benefícios também são inúmeros, dentre eles se destacam a redução dos riscos de desenvolver Diabetes Tipo 2 (DM2), hipertensão⁴ e câncer de ovário⁵, assim como a melhora da saúde física e emocional⁶, maior consumo de energia, maior tolerância à glicose⁷ e amenorreia lactacional⁸.

Devido à essa gama de vantagens, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o aleitamento materno (AM) seja exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, com amamentação continuada até os dois anos ou mais⁹. Até os seis meses, o leite materno (LM) atende todas as necessidades energéticas, nutricionais e imunológicas da criança, não sendo necessário nenhum outro alimento ou líquido¹. A interrupção do AM ou a introdução da alimentação complementar de maneira precoce privam a criança da gama de benefícios da amamentação, podendo resultar em efeitos potencialmente negativos para a saúde desta, como o aumento do risco de infecções, diarreia, prejuízos para o processo digestivo, sobrepeso e obesidade^{10,11,12,13}.

No Brasil, vários programas e políticas foram instituídos ao longo dos anos para apoiar e promover a amamentação, com destaque para os Bancos de Leite Humano (BLH-BR), o Método Canguru, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB). Por consequência, foi registrada uma evolução nas taxas de AM^{14,15}, no entanto, os dados da última

Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (II PPAM) (2009) revelam que até os seis meses de idade a prevalência de AME é de 41% com duração de aproximadamente 11,6 meses, estas quando comparadas ao preconizado pela OMS se encontram muito aquém do ideal^{16,17}.

A adesão ao AM sofre influência de diversos fatores, incluindo os sociodemográficos e obstétricos^{2,18,19,20}. Uma revisão da literatura realizada recentemente sobre a prática do desmame precoce, mostrou que 42,5% dos casos ocorrem entre o segundo e o terceiro mês pós-parto¹⁹.

O puerpério é datado como o período de 45 dias após o parto, podendo ser classificado em puerpério imediato até o décimo dia, tardio do 11º ao 45º dia e pode ser prolongado até a readaptação do organismo da mulher, então denominado puerpério remoto. É uma fase de intensas transformações fisiológicas, anatômicas e psíquicas, responsável pela maioria dos casos de morbimortalidade materna e neonatal, implicando na necessidade de uma atenção integral neste período, considerando o contexto social e familiar que a puérpera está inserida^{21,22}.

Inúmeras variáveis podem ser determinantes para a não consolidação do AM, levando as mulheres a interromperem a amamentação de forma precoce. São escassos os estudos que verificam esses fatores no período puerperal. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar e identificar a prevalência da interrupção do AM no período puerperal e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados.

METODOLOGIA

O presente estudo é parte de uma coorte retrospectiva e prospectiva intitulada “Estudo de Coorte Maternal” e tem como objetivo identificar os fatores associados à interrupção do AM no período puerperal.

A população do estudo é composta por puérperas internadas na maternidade de um hospital terciário do Sul do Brasil para acompanhamento do pós-parto imediato. Foram consideradas elegíveis aquelas com idade maior ou igual a 19 anos e residentes no Rio Grande do Sul. A participação no estudo foi de caráter voluntário e expressou-se na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram consideradas inelegíveis puérperas com comprometimento psicológico ou mental que não permitam a comunicação com o pesquisador e com incapacidade

cognitiva para responder ao questionário. Para o presente estudo, foi selecionada uma amostra da coorte entre os meses de abril de 2018 e agosto de 2019. Para a análise foram excluídas mães e/ou bebês com patologias que impedem o AM, óbitos neonatais e natimortos.

As puérperas foram selecionadas por amostragem aleatória simples. A coleta dos dados foi realizada em dois momentos por pesquisadores capacitados a partir de questionário pré-testado em um estudo piloto. Na primeira fase, durante a internação da puérpera e do RN na maternidade, foram coletados dados através de um questionário que continha informações referentes às características maternas sociodemográficas e obstétricas. A segunda fase da coleta dos dados ocorreu através de ligação telefônica, após 60 dias do nascimento. Neste momento, foram coletados dados referentes a aspectos gerais de saúde da mãe e do bebê no período puerperal e sobre a prática de AM.

A interrupção do AM foi definida como a cessação da amamentação e o período puerperal foi considerado até o 45º dia pós-parto. A cor da pele foi coletada por auto relato a partir dos critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²³; a renda foi obtida em salários mínimos por meio de um cartão de respostas e posteriormente transformada em per capita para a divisão em tercis; e as variáveis referentes ao pré-natal (número de consultas, início do pré-natal e orientações sobre AM) foram analisadas de acordo com o Caderno de Atenção Básica 32²⁴.

Os dados foram coletados em formulários de entrevistas em papel e transcritos em um banco de dados desenvolvido para o estudo. As análises estatísticas foram realizadas por meio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas. A relação das características sócio-demográficas e obstétricas segundo inclusão no estudo foi verificada a partir do teste qui-quadrado de Pearson. Regressões de Poisson com variância robusta foram realizadas para identificar os fatores associados com a interrupção do AM no período puerperal. As características que obtiveram $p < 0,20$ na análise bruta foram inseridas na análise ajustada. Foi considerado valor estatisticamente significativo quando $p < 0,05$.

As questões éticas do presente estudo seguem as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (resolução 466/12), foi

submetido para avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição e aprovado sob o protocolo número 2018-0136. Garantiu-se o sigilo com relação à identidade, privacidade e confidencialidade dos dados obtidos.

RESULTADOS

Foram incluídas na primeira fase do estudo 769 puérperas, destas 147 (19,2%) não responderam à segunda fase do estudo e foram excluídas da análise, sendo a amostra final composta por 622 puérperas e seus respectivos recém-nascidos (Figura 1).

Na tabela 1 estão listadas as características sóciodemográficas e obstétricas segundo a inclusão no estudo. A análise das características sociodemográficas identificou que a idade média das puérperas foi de $28,1 \pm 6,2$ anos, 79,1% possuía 11 anos de escola ou menos. A renda per capita que representou 64,6% da amostra foi inferior a 603 reais. Quanto aos antecedentes obstétricos, 58,0% das puérperas referiram ser múltiparas e 52,9% tinham experiência prévia em amamentação.

A interrupção do AM no período puerperal foi identificada em 87 puérperas, equivalente a 14% (IC95% 11,2 – 16,7) da amostra. A prevalência de interrupção do AM no período puerperal segundo características maternas e os fatores associados estão apresentados na Tabela 2.

A análise ajustada para fatores confundidores mostrou associação estatisticamente significativa com a interrupção do AM e a idade materna entre 26-34 anos (RP 2,18; IC 95% 1,06-4,48), a escolaridade ≤ 8 anos de escola (RP 2,11; IC 95% 1,05-4,25), a rede de apoio da avó materna (RP 1,91; IC 95% 1,20-3,06), não ter experiência prévia em amamentação (RP 1,56; IC 95% 1,00-2,44) e o recebimento de complemento na maternidade (RP 1,53; IC 95% 1,04-2,25) (Tabela 2).

A figura 2 demonstra a razão de prevalência ajustada dos fatores sociodemográficos e obstétricos associados a interrupção do aleitamento materno no período puerperal.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os fatores sociodemográficos e obstétricos associados à interrupção do AM no período puerperal. A prevalência de interrupção

da amamentação encontrada foi de 14% e na análise ajustada para variáveis de confusão ficou demonstrado que a idade materna entre 26-34 anos, a escolaridade \leq 8 anos, o apoio da avó materna, inexperiência em amamentação e recebimento de complemento na maternidade foram relacionados a maior frequência de interrupção da amamentação até o 45º dia pós-parto.

A prevalência de interrupção do AM encontrada neste estudo se aproximou de um estudo de coorte realizado em Tirol na Áustria, que avaliou os aspectos da amamentação ao longo dos 2 anos de idade da criança, no qual às 6 semanas pós-parto foram entrevistadas 446 mães por ligação telefônica e destas, 12,10% haviam deixado de amamentar²⁵. Estudos brasileiros que analisaram o desmame precoce nos primeiros 30 dias pós-parto trazem prevalências maiores, variando entre 20,5%²⁶; 25,3%²⁷ a 53,6%²⁸, no entanto, verificam a cessação do AME e não a interrupção completa da amamentação. Grande parte dos achados avaliam os fatores que interferem na duração da amamentação durante o período de seis primeiros meses pós-parto, sendo escassos os estudos com enfoque no período puerperal.

O puerpério é um período determinante para o sucesso da amamentação. Quando analisadas as percepções de mulheres com o cuidado de saúde durante esta fase, nota-se um foco no bebê, por vezes excessivo, e a falta de atenção às necessidades das puérperas, incluindo suas dúvidas, anseios e dificuldades²². A falta de atenção à saúde e escuta da mulher neste período pode acarretar prejuízos em seu bem-estar físico e emocional, tornando-a mais sensível para desenvolver depressão durante o pós-parto²⁹.

Estudos anteriores demonstraram que a baixa escolaridade se associou a maior risco de desmame precoce^{25,28,30}. Um estudo de coorte realizado na Bahia com 1.344 pares de mãe-filho constatou que mulheres com até oito anos de escola tiveram um risco 34% maior de interromper o AME nos primeiros seis meses pós-parto³¹, assemelhando-se à nossa pesquisa, onde foi encontrado que ter escolaridade menor ou igual a 8 anos foi associado a prevalências maiores de cessação do AM no período puerperal. A baixa escolaridade possivelmente está associada a um menor conhecimento sobre os benefícios do leite materno, favorecendo a introdução precoce de outros alimentos ou a interrupção do AM²⁰, esse fato pode ser mais agravante no período puerperal devido à sensibilidade e às dificuldades encontradas na fase inicial da prática da amamentação. Mulheres com

baixa escolaridade também podem se tornar mais vulneráveis para amamentar tendo em vista as menores oportunidades de inserção social e acesso aos serviços de saúde, uma vez que os serviços de saúde são considerados facilitadores para a manutenção do AM³². Vitolo, Gama e Campagnolo³³ (2010) observaram que mais de 50% das crianças não têm um acompanhamento regular em unidade de saúde no primeiro ano de vida e que a escolaridade da mãe é um fator associado a não utilização dos serviços de saúde.

Em relação à idade materna, os estudos ainda trazem resultados bem divergentes. Revisões sistemáticas da literatura demonstram que adolescentes, assim como mulheres com menos de 20 anos ou com idade maior ou igual a 35 anos, interrompem precocemente o AME; e que a idade intermediária seria um fator protetor para a amamentação^{18,34}. Nosso estudo identificou que a menor idade está relacionada com maior risco de interrupção do AM, mas apenas a idade entre 26 a 34 anos teve relação estatisticamente significativa para o período puerperal. Esse resultado pode ser uma característica da população do estudo ou explicado pelo fato de que as mulheres estão se estabelecendo financeiramente mais tarde, o que contribui para que mulheres mais velhas e com maior renda tenham mais sucesso para amamentar. Além disso, a menor idade está vinculada a dificuldades que podem inferir nos resultados da amamentação, como o menor nível educacional, insegurança, instabilidade financeira ou maior chance de a mãe ser solteira. Para as adolescentes, a falta de apoio da mãe ou familiares ainda pode ser um agravante.³⁵

A amamentação pode ser considerada um ato sociocultural, determinado por experiências e vivências que passam de uma geração para outra. Este período é também considerado de extrema vulnerabilidade e medo para a mãe, deixando-a mais sensível a sofrer influências nas suas decisões, principalmente de familiares que são o principal núcleo de convívio². Nossos achados demonstraram que ter como rede de apoio a avó materna foi relacionado a 1,91 vezes mais chances de interrupção da amamentação no período puerperal. Um estudo prospectivo analisou a influência das avós na prática do AM e não encontrou associação entre o contato mais frequente com as avós e a menor duração do AM, em contrapartida, o aconselhamento de água e/ou chás e de outro leite, por parte da avó materna, aumentou o risco para a criança não estar sendo amamentada exclusivamente ao final do primeiro mês em 2,22 e 4,51 vezes, respectivamente³⁶. Em concordância com esses dados, um estudo qualitativo analisou as falas de mães e os motivos que

as levaram a deixar de amamentar e encontrou uma forte influência das mães das nutrizes. Os relatos mostraram que as avós introduziam outros leites e incitavam o complemento com outros alimentos, fazendo as mães acreditarem que seus leites são fracos, influenciando de forma negativa na amamentação³⁷. Por outro lado, as mulheres que convivem diariamente com suas mães podem transferir o papel de mãe para a avó, refletindo na menor duração do AM³⁶.

A relação da interrupção do AM no período puerperal com a paridade não se mostrou significativa, no entanto, as puérperas sem experiência prévia em amamentar demonstraram 50,6% mais chances de interromper a amamentação quando comparadas às com experiência prévia. Outros estudos associaram a falta de experiência como um fator preditivo do menor tempo de amamentação^{38,39}. A falta de experiência da nutriz pode estar associada a um menor conhecimento sobre a prática do AM causando insegurança quanto a real eficácia do seu leite, tornando-a mais suscetível para abandonar ou complementar o aleitamento. Além disso, experiências anteriores podem estar vinculadas a um sentimento prazeroso e positivo da lactação que vai influenciar na tomada de decisão para amamentar⁴⁰.

Nosso estudo mostrou que o recebimento de complemento na maternidade está relacionado a 50% mais chances de interrupção da amamentação. Corroborando com este resultado, já foi demonstrada anteriormente uma relação entre o recebimento de complemento no hospital e a interrupção do AME aos 30^{26,41,42} e 60 dias⁴² de vida da criança, assim como associação com uma maior probabilidade de cessar a amamentação até os 60 dias pós-parto⁴². O uso de qualquer suplemento de maneira precoce para o bebê pode resultar em uma redução do reflexo de sucção, diminuindo o esvaziamento da mama e consequentemente, o suprimento de leite⁴³. Esta exposição precoce da criança a complementos lácteos antes da amamentação ao seio não é recomendada, pois, pode ocasionar lesões no intestino e reduzir a proteção contra agentes patogênicos⁴⁴, além de aumentar as chances de a criança desenvolver alergia ao leite de vaca¹⁰.

A literatura relata como um dos principais fatores de risco para o desmame precoce o trabalho materno^{18,28,45,46,47,48}. Nosso estudo não encontrou relação entre este fator e a interrupção da amamentação até o 45º dia pós-parto, explanando que o trabalho materno pode ser um fator de risco mais expressivo após este período. É um desafio para as mães que retornam ao trabalho manter o AM, principalmente de

maneira exclusiva e pelo período preconizado pela OMS. Este fato é agravado pela curta licença maternidade de 120 dias pós-parto, estabelecida pela Constituição Federal de 1988. De acordo com o artigo 392 da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) há uma extensão facultativa de 180 dias apenas para empresas aderentes ao Programa Empresa Cidadã, no entanto, apresenta baixa adesão ^{10,49}.

Dentre as limitações que poderiam ser registradas neste estudo, observamos que foi um estudo local, sendo assim, os resultados não podem ser extrapolados para nível nacional. Além disso, nossa amostra não contemplou puérperas adolescentes, que poderiam ser um grupo de risco para o desfecho analisado, restringindo a população do estudo. Em contrapartida, apesar de ter sido registrado um número importante de perdas (19,2%), o grande tamanho amostral, assim como o fato de ter sido realizado em um hospital de referência, que atende uma população abrangente com características diversas, dão força para o estudo. Outro destaque, foi a utilização de um questionário pré-testado em um estudo piloto e aplicado por equipe capacitada.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou prevalência de 14% de interrupção do AM no período puerperal e comprovou que os fatores sociodemográficos, como a menor idade, menor escolaridade e falta de experiência prévia em amamentação; assim como fatores obstétricos, como o recebimento de complemento na maternidade o apoio da avó materna, são preditores do abandono precoce do AM. O ato de amamentar é um processo multifatorial, sendo assim, não são fatores isolados que o determinam, mas um conjunto de causas envolvendo o binômio mãe e filho e o meio social em que vivem³⁷. Os resultados encontrados concordam com os relatos de outros pesquisadores e fortalecem que algumas mulheres se encontram em situação de vulnerabilidade para a amamentação, o que nos permite uma abordagem mais efetiva através da elaboração de estratégias específicas. Ressalta-se a importância de fomentar as políticas públicas de promoção do AM com um olhar ampliado para o puerpério, visando uma maior duração da amamentação.

REFERÊNCIAS

1. Mosca F, Gianni ML. Human milk : composition and health benefits. *La Pediatr Medica E Chir.* 2017;39 (2)(155).
2. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Glob Heal.* 2016;387(100171):475–90.
3. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Heal.* 2015 Apr;3(4):e199–205.
4. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. *Curr Opin Pediatr.* 2017 Apr;29(2):249–56.
5. Li D-P, Du C, Zhang Z, Li G, Yu Z, Wang X, et al. Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk: a Systematic Review and Meta-analysis of 40 Epidemiological Studies. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(12):4829–37.
6. Ciampo LA Del, Ciampo IRL Del. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women ' s Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2018;40(6):354–9.
7. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. ScienceDirect Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes : A systematic review and dose e response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(2):107–15.
8. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pædiatrica.* 2015;104:96–113.
9. World Health Organization. Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, 2009. 99 p.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2015. 184 p.
11. Silva DP da, Soares P, Macedo MV. Aleitamento Materno: Causas E Consequências Do Desmame Precoce. *Unimontes Científica.* 2017;19(2):12.
12. Lopes W casteluber, Marques FK santos, Oliveira camila F de, Rodrigues J alkmim, Silveira marise F, Caldeira antônio P, et al. ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA Infant feeding in the first two years of life. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(2):164–70.

13. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Cien Saude Colet*. 2019;24(7):2387–97.
14. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017;51(108):1–9.
15. Ferreira HLOC, Oliveira MF de, Bernardo EBR, Almeida PC de, Aquino P de S, Pinheiro AKB. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. *Cien Saude Colet*. 2018 Mar;23(3):683–90.
16. Ministério B, Saúde S de A à, Estratégicas D de AP e. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Saúde E do M da, editor. Brasília; 2009. 108 p.
17. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 Aug 11;86(4):317–24.
18. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr*. 2015 Oct;11(4):433–51.
19. Nabate KMC, Menezes RKS, Aoyama EA, Lemos LR. As principais consequências do desmame precoce e os motivos que influenciam esta prática. *Rev Bras Interdiscip Saúde*. 2019;1(4):24–30.
20. Lima APC, Nascimento D da S, Martins MMF. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *J Heal Biol Sci*. 2018;6(2):189–96.
21. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF de. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2015;19(1):181–6.
22. Corrêa MSM, Feliciano KV de O, Pedrosa EN, Souza AI de. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3):1–12.
23. Ministério do Planejamento O e G, IBGE IB de G e E-, Pesquisas D de, Sociais C de P e I. Características Étnico-raciais da População. Classificação e Identidades. Rio de Janeiro; 2013. 208 p.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2013.

25. Karall D, Ndayisaba J-P, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, et al. Breast-feeding Duration: Early Weaning—Do We Sufficiently Consider the Risk Factors? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015 Nov;61(5):577–82.
26. Moraes BA, Gonçalves A de C, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(spe):e20160044.
27. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrao ACF de V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013 Dec 1;47(6):1291–7.
28. Machado MCM, Assis KF, Oliveira F de CC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saude Publica*. 2014 Dec;48(6):985–94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf
29. Cortelo FM, Marba STM, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Guerra LM, Almeida ACG, et al. Women's sense of coherence and its association with early weaning. *J Pediatr (Rio J)*. 2018 Nov;94(6):624–9.
30. Do Nascimento MBR, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE. Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors. *Breastfeed Med*. 2010 Apr;5(2):79–85.
31. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Dec 26;14(175).
32. Franco SC, Silva ACA, Tamesawa CS, Ferreira GM, Feijó JMY, Macaris T, et al. Escolaridade e conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. *Arq Catarinenses Med*. 2015;44(3):66–77.
33. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequency of public child care service use and associated factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 Feb 11;86(1):80–4.
34. Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira MIC de. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49(91).
35. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006 Oct;19(5):623–30.
36. Susin LRO, Giugliani ERJ. Influência das avós na prática do aleitamento materno Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):141–7.
37. Rocha MG, Costa ES. Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo:

- experiência com mães de crianças em consultas de puericultura. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2015 Dec 30;28(4):547–52.
38. Vieira GO, Martins CDC, Vieira TDO, Oliveira NF de, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 Oct 19;86(5):441–4.
 39. Oliveira CS de, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia R de ATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev gaúcha Enferm*. 2015;36:16–23.
 40. Muelbert M, Giugliani ERJ. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. *BMC Public Health*. 2018 Dec 31;18(1):675.
 41. Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Gonçalves A de C, Santo LC do E. Pairs seen by lactation consultants and cessation of exclusive breastfeeding in the first month. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2019;53:1–7.
 42. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. *J Pediatr*. 2014 Jun;164(6):1339-1345.e5.
 43. Carvalho APR. Suplementação do leite materno em recém-nascidos de baixo risco em hospital público e privado. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente] - Univ Federal de Pernambuco; 2017.
 44. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):235–46.
 45. Rollins NC, Lutter CK, Martines JC. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet Glob Heal*. 2016;387(10017):491–504.
 46. Rodrigues N de A, Gomes AC de G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce Breastfeeding: determinant factors of earlier ab lactation. *Enferm Rev*. 2014;17(n. 1).
 47. Salustiano LP de Q, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto R de MC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2012 Jan;34(1):28–33.
 48. Demétrio F, Pinto E de J, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012 Apr;28(4):641–54.
 49. Rimes KA, Oliveira MIC de, Boccolini CS. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. *Rev Saude Publica*. 2019;53:10.

TABELAS

Tabela 1. Características sócio-demográficas e obstétricas segundo inclusão no estudo – Estudo de Coorte Maternar

Características	Incluídas (n=622)	Perda de seguimento (n=147)	Valor p [#]
	n (%)		
Idade			
19-25	258 (41,5)	61 (41,5)	0,455
26-34	241 (38,7)	63 (42,9)	
≥35	123 (19,8)	23 (15,6)	
Cor da pele			
Branças	351 (56,4)	74 (50,3)	0,138
Não brancas	271 (53,6)	73 (49,7)	
Anos de escola			
≤ 8	170 (27,3)	56 (38,1)	0,004
9 – 11	322 (51,8)	75 (51)	
≥ 12	130 (20,9)	16 (10,9)	
Renda per capita (R\$)			
≤ 351,0	190 (30,5)	59 (40,1)	0,072
352 – 602	212 (34,1)	46 (31,3)	
≥ 603	220 (35,4)	42 (28,6)	
Ocupação			
Remunerada	308 (49,5)	71 (48,3)	0,790
Não remunerada	314 (50,5)	76 (51,7)	
Situação conjugal			
Com companheiro	520 (83,6)	118 (80,3)	0,334
Sem companheiro	102 (16,4)	29 (19,7)	
Rede de apoio familiar			
Companheiro	287 (46,1)	55 (37,4)	0,045
Mãe	106 (17,0)	22 (15,0)	
Sogra	36 (5,8)	9 (6,1)	
Companheiro e mãe	156 (25,1)	43 (29,3)	
Outros	37 (5,9)	18 (12,2)	
Paridade			
Primípara	261 (42,0)	50 (34,0)	0,077
Múltipara	361 (58,0)	97 (66,0)	
Experiência prévia em amamentação			
Sim	329 (52,9)	88 (59,9)	0,127
Não	293 (47,1)	59 (40,1)	
Início precoce do pré-natal			
Sim	419 (67,4)	85 (57,8)	0,029
Não	203 (32,6)	62 (42,2)	
Número de consultas de pré-natal			
<6	80 (12,9)	26 (17,7)	0,127
≥6	542 (87,1)	121 (82,3)	
Recebimento de informações sobre aleitamento no pré-natal			
Sim	247 (39,7)	61 (41,5)	0,691
Não	375 (60,3)	86 (58,5)	
Participação em grupo de gestantes no pré-natal			
Sim	68 (10,9)	132 (89,8)	0,798
Não	554 (89,1)	15 (10,2)	
Tipo de parto			

Características	Incluídas (n=622)	Perda de seguimento (n=147)	Valor p [#]
<i>Normal</i>	380 (61,1)	85 (57,8)	0,466
<i>Cesáreo</i>	242 (38,9)	62 (42,2)	
Amamentou na primeira hora de vida			0,601
<i>Sim</i>	356 (52,2)	48 (55,2)	
<i>Não</i>	326 (47,8)	39 (41,3)	
Oferta de complemento na maternidade			0,541
<i>Sim</i>	224 (36,0)	49 (33,3)	
<i>Não</i>	398 (64,0)	98 (66,7)	
Idade gestacional			0,115
<37	85 (13,7)	13 (8,8)	
37 - 42	537 (86,3)	134 (91,2)	

Teste qui-quadrado de Pearson; R\$: renda em reais;

Tabela 2. Prevalência de interrupção do AM no período puerperal segundo características sociodemográficas e obstétricas e os fatores associados – Estudo de Coorte Maternar.

Características	Interrupção do AM no puerpério (n=87) n (%)	RPb (IC95%)	RPa (IC95%)
Idade			
19-25	41 (47,1)	2,17^a (1,09 – 4,32)	1,72 (0,80 – 3,69)
26-34	37 (42,5)	2,09^a (1,04 – 2,06)	2,18^a (1,06 – 4,48)
≥35	9 (10,3)	1	1
Cor da pele			
Branças	54 (62,1)	1	
Não brancas	33 (37,9)	0,79 (0,52 – 1,18)	
Anos de escola			
≤ 8	26 (29,9)	1,80 (0,92 – 3,52)	2,11^a (1,05 – 4,25)
9 – 11	50 (57,5)	1,83 (0,98 – 3,41)	1,83 (0,99 – 3,37)
≥ 12	11 (12,6)	1	1
Renda per capita (R\$)			
≤ 351,0	24 (27,6)	0,89 (0,54 – 1,47)	
352 – 602	32 (36,8)	1,07 (0,67 – 1,69)	
≥ 603	31 (35,6)	1	
Ocupação			
Remunerada	48 (55,2)	1	
Não remunerada	39 (44,8)	1,20 (0,81 – 1,78)	
Situação conjugal			
Com companheiro	71 (81,6)	0,87 (0,52 – 1,43)	
Sem companheiro	16 (18,5)	1	
Rede de apoio familiar (n=86)*			
Companheiro	34 (39,1)	1	1
Mãe	26 (29,9)	2,07^a (1,30 – 3,27)	1,91^a (1,20 – 3,06)
Sogra	5 (5,7)	1,17 (0,49 – 2,80)	1,27 (0,55 – 2,92)
Companheiro e mãe	21 (24,1)	1,13 (0,68 – 1,88)	0,98 (0,59 – 1,63)
Paridade			
Primípara	41 (47,1)	1,23 (0,83 – 1,82)	
Múltipara	46 (52,9)	1	
Experiência prévia em amamentação			
Sim	53 (60,9)	1	1
Não	34 (39,1)	1,75^a (1,17 – 2,61)	1,56^a (1,00 – 2,44)
Início precoce do pré-natal			
Sim	58 (66,7)	1	
Não	29 (33,3)	1,03 (0,68 – 1,56)	
Número de consultas de pré-natal			
<6	11 (12,6)	0,98 (0,54 – 1,76)	
≥6	76 (87,4)	1	
Recebimento de			

Características	Interrupção do AM no puerpério (n=87)	RPb (IC95%)	RPa (IC95%)
informações sobre aleitamento no pré-natal			
<i>Sim</i>	38 (43,7)	1	
<i>Não</i>	49 (56,3)	0,84 (0,57 – 1,25)	
Participação em grupo gestantes no pré-natal			
<i>Sim</i>	14 (16,1)	1	1
<i>Não</i>	73 (83,9)	0,64 (0,38 – 1,06)	0,66 (0,39 – 1,11)
Tipo de parto			
<i>Normal</i>	36 (41,4)	1	
<i>Cesáreo</i>	51 (58,6)	1,10 (0,74 – 1,64)	
Amamentou na primeira hora de vida			
<i>Sim</i>	39 (44,8)	1	
<i>Não</i>	48 (52,2)	1,11 (0,75 – 1,65)	
Oferta de complemento na maternidade			
<i>Sim</i>	42 (48,3)	1,65^a (1,12 – 2,44)	1,53^a (1,04 – 2,25)
<i>Não</i>	45 (51,7)	1	1
Idade gestacional			
<37	11 (12,6)	0,91 (0,50 – 1,64)	
37 - 42	76 (87,4)	1	

AM: aleitamento materno; RPb: razão de prevalência bruta; RPa: razão de prevalência ajustada; R\$: renda em reais; a: $p < 0,05$;

* A categoria “Outros” da variável “Rede de apoio familiar” foi excluída destas análises por apresentar apenas um indivíduo.

FIGURAS

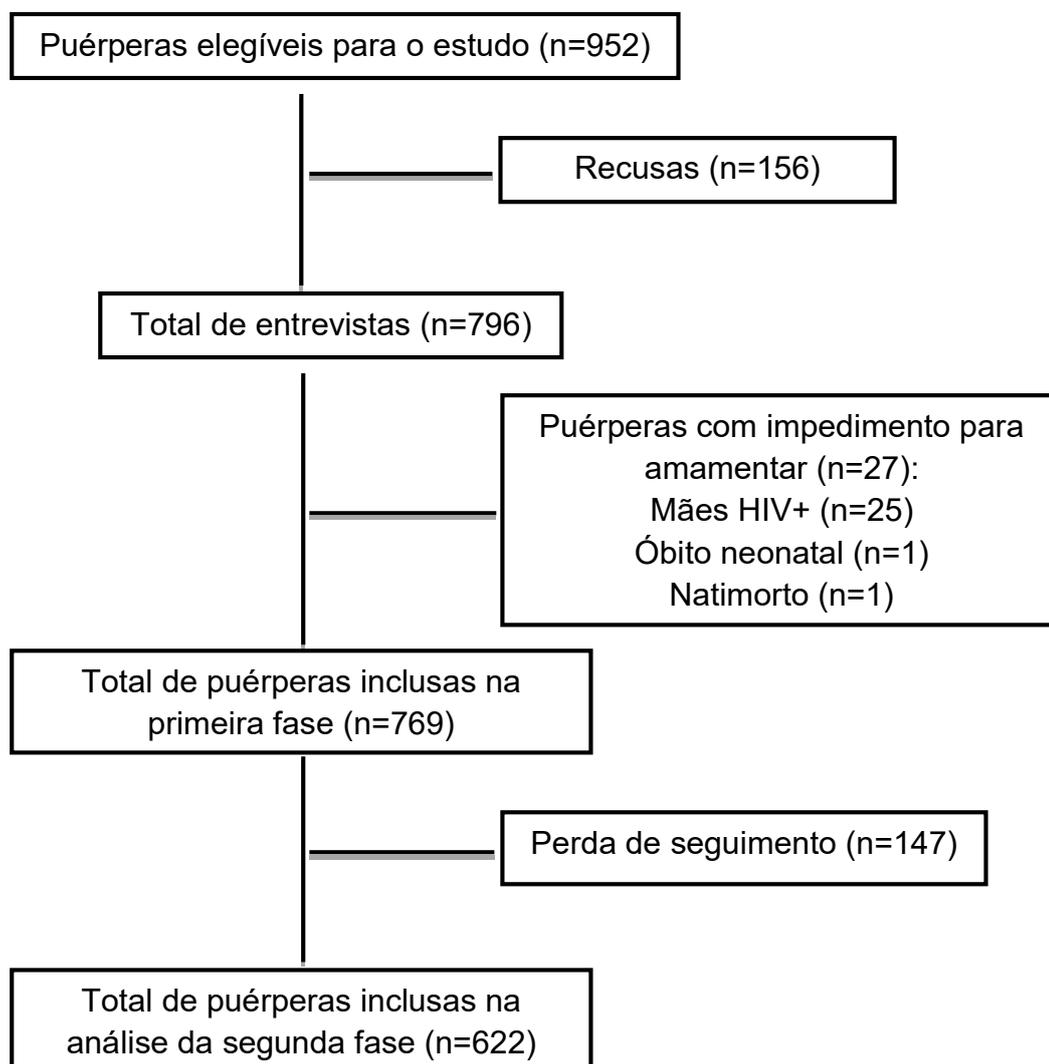


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra – Estudo de Coorte Maternar

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO PERÍODO PUERPERAL

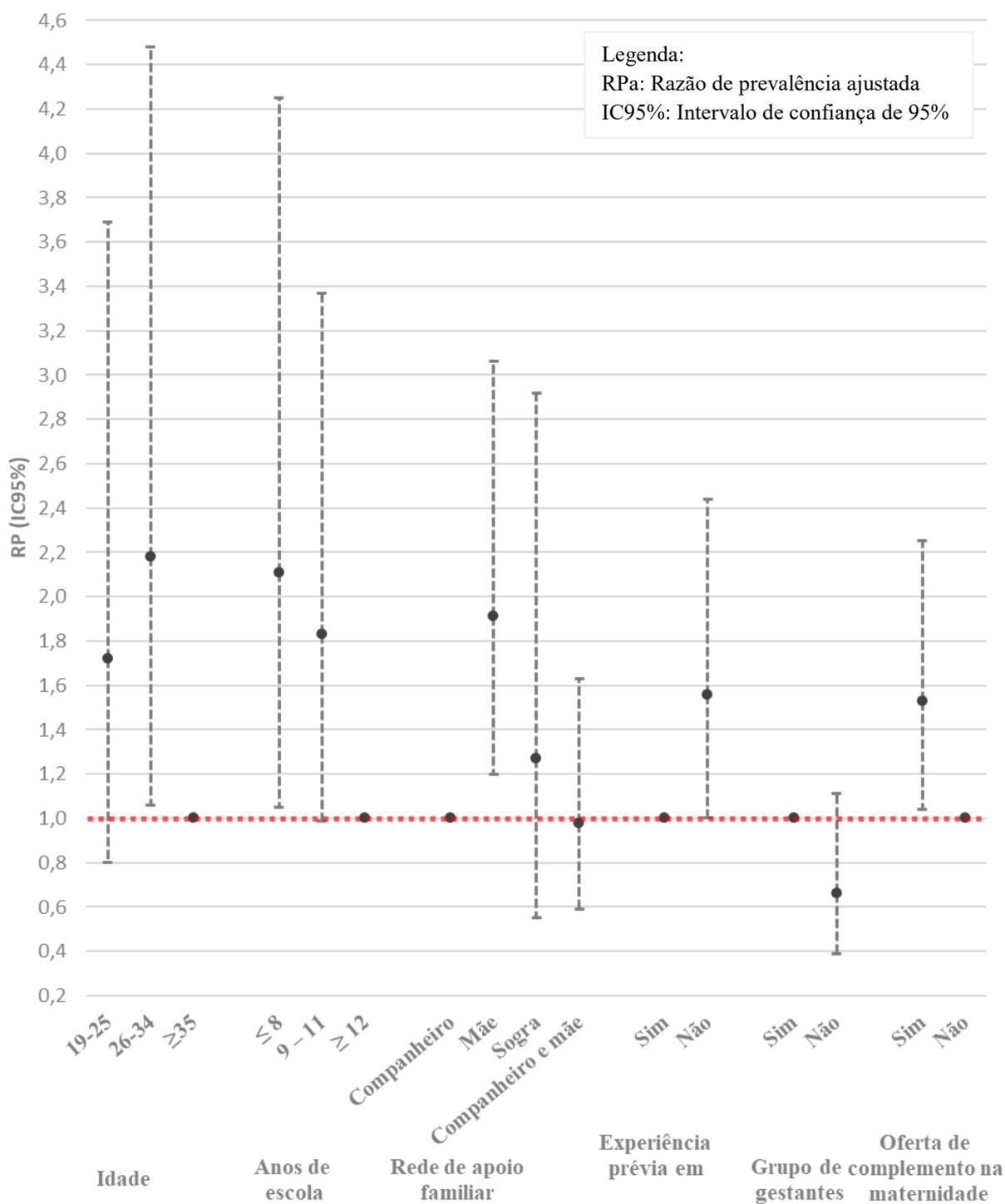


Figura 2. Razão de prevalência ajustada dos fatores sociodemográficos e obstétricos associados a interrupção do aleitamento materno no período puerperal – Estudo de coorte Maternar (n=622).

ANEXOS

ANEXO 1 – Normas da Revista de Saúde Pública

1 Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. Artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português ou espanhol.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

2 Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos

populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

3 Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

4 Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

5 Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da *National Library of Medicine* (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa

devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados

consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).
9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.

11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi.
Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.