

## Protocolo ABM

### ABM Protocol

## Protocolo Clínico nº 19 da Academy of Breastfeeding Medicine

### Promoção do aleitamento materno no período pré-natal

(Revisão 2024)

Anna Jack <sup>1</sup>, Caroline Mullin <sup>2</sup>, Elizabeth Brown <sup>3</sup>, Michele Burtner <sup>4</sup>, Katherine R. Standish <sup>5</sup>, Alecia Fields <sup>6</sup>, Casey Rosen-Carole <sup>7</sup> e Scott Hartman <sup>8</sup>

#### Resumo

**Contexto:** A Academy of Breastfeeding Medicine reviu a versão de 2015 deste protocolo clínico para rever as evidências e fornecer recomendações relacionadas com a promoção da amamentação no período pré-natal.

**Informações-chave:** Promover e normalizar a amamentação no período pré-natal pode melhorar os resultados da amamentação, incluindo o início e a duração da mesma. Idealmente, as intervenções pré-natais devem fazer parte de um programa abrangente de apoio longitudinal à amamentação.

**Recomendações:** Os médicos ou outros profissionais de saúde devem discutir a amamentação em cada consulta pré-natal.

Os tópicos de aconselhamento devem incluir os benefícios para a saúde da amamentação versus a não amamentação, os princípios básicos da amamentação (por exemplo fisiologia, posicionamento), o que esperar do apoio à amamentação hospitalar e pós-parto imediato (por exemplo, Dez Passos da Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê (IHAB)) e os riscos da suplementação desnecessária.

Devem ser identificados os factores de risco médicos, anatómicos e outros que predisponham para desafios na amamentação, e fornecida orientação antecipada e direccionada.

O aconselhamento pré-natal deve incluir a distribuição de folhetos de educação sobre amamentação para níveis baixos de alfabetização e no idioma da preferência dos pais.

O aconselhamento deve ser culturalmente sensível e centrado no paciente/utente, incluindo membros da família quando apropriado.

O apoio pré-natal pode integrar vários profissionais de saúde (por exemplo, médicos, parteiras, agentes de saúde comunitários, consultores de lactação, entre outros) e incluir várias modalidades como a teleconsulta.

Melhorar a educação sobre amamentação para prestadores de cuidados pré-natais também é imperativo. Também foram revistos temas adicionais relacionados com a implementação de recomendações para populações específicas.

Palavras-chave: amamentação, educação pré-natal, grupos de apoio, agentes de saúde comunitários

**Sobre os protocolos ABM:** Um dos objectivos centrais da Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) é o desenvolvimento de protocolos clínicos para a gestão de problemas médicos comuns que podem afectar o sucesso da amamentação. Estes protocolos servem apenas como orientações para o cuidado de mães lactantes e dos seus bebés, e não definem uma linha exclusiva de tratamento, nem servem como padrão de assistência médica. Variações no tratamento podem ser apropriados de acordo com as necessidades de cada paciente individual. A Academy of Breastfeeding Medicine capacita profissionais de saúde a fornecer cuidados seguros, inclusivos, centrados no paciente e baseados nas evidências. As mulheres e outras pessoas que estão grávidas ou a amamentar identificam-se com um amplo espectro de géneros, pronomes e termos para a alimentação e parentalidade. Existem duas razões pelas quais o uso de linguagem inclusiva e de género pela ABM pode ser transitório ou inconsistente entre os protocolos. Primeiro, a linguagem inclusiva de género é diferenciada e evolui entre línguas, culturas e países. Em segundo lugar, a investigação de fundo não descreveu adequadamente a experiências de indivíduos de género diverso. Portanto, a ABM defende, e continuará a usar, a linguagem que seja a mais inclusiva e precisa possível dentro desta estrutura.

Para mais explicações, leia os Documentos de Posição da ABM sobre *Género e Linguagem Relacionada com Alimentação Infantil e Lactação* (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm> ) e *Amamentação como um Direito Humano Básico* (<https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29216.abm>).

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomenda a promoção do aleitamento materno pré-natal na etapa 3 dos Dez Passos para Amamentação bem-sucedida.<sup>1</sup>

Historicamente, o aconselhamento e o apoio recebido na fase pré-natal é subvalorizado e insuficiente para as necessidades sentidas.<sup>2</sup> O objectivo deste protocolo é resumir estratégias e intervenções que promovam e normalizem a amamentação e levem a melhores resultados na amamentação. O foco deste o protocolo são as intervenções durante o período pré-natal. No entanto, as melhores práticas apoiam a integração destas estratégias ao longo da gravidez e após o parto, numa abordagem longitudinal para promover de forma mais eficaz a amamentação sustentada.<sup>3-7</sup>

Desde a versão de 2015 deste protocolo, houve um crescimento exponencial na investigação sobre promoção da amamentação em cenário pré-natal. As recomendações descritas a seguir são apoiadas pelas evidências mais consistentes encontradas na literatura actual e na opinião de especialistas.

Conforme descrito anteriormente na versão de 2015, a organização de um consultório onde as pacientes procuram atendimento pré-natal que seja amigo da amamentação, é uma intervenção forte que pode promover a amamentação.

O Protocolo Clínico da Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) #14 (Consultório Médico Amigo da Amamentação – Optimizando o atendimento a Bebés e Crianças)<sup>8</sup> resume essas recomendações. O restante deste protocolo concentra-se em outras intervenções baseadas em evidências. Além disso, os Protocolos ABM nº 2 (Orientações para alta hospitalar pós-parto de díades em amamentação),<sup>9</sup> #5 (Gestão da amamentação periparto na mãe e no bebê de termo saudáveis),<sup>10</sup> #7 (Modelo de Política para Maternidade que Apoia a Amamentação),<sup>11</sup> #18 (Uso de Antidepressivos em mães lactantes),<sup>12</sup> e #21 (Amamentação em contexto de uso de substâncias ou perturbação por uso de substâncias)<sup>13</sup> também podem servir como complementos úteis a este protocolo.

## **Métodos**

Ao criar este protocolo, a ABM reuniu equipas de especialistas voluntários de cenários práticos e disciplinas relevantes. Os autores não se limitaram a médicos ou membros da ABM. Os autores identificaram as questões relevantes e realizaram uma pesquisa bibliográfica com os seguintes termos (amamentação, pré-natal, educação ou intervenção), bem como outras pesquisas relevantes nos anos de 2014 a 2023. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, MEDLINE, Web of Science, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, PsychINFO e EMBASE. Foram incluídos estudos que avaliaram intervenções/exposições relacionadas com o aconselhamento/educação sobre amamentação pré-natal e que relataram resultados na amamentação, por exemplo na iniciação, duração e auto-eficácia. Não foi realizada uma revisão sistemática formal devido à natureza ampla do tópico.

Os autores reviram toda a literatura identificada e removeram citações duplicadas, foram aplicados critérios de inclusão e a cada fonte foi atribuído um nível de evidência usando critérios da SORT (Strenght of Recommendation Taxonomy).<sup>14,15</sup>

O Nível de Evidência de 1 a 3 para cada fonte foi baseada no desenho e metodologia do estudo, variando de bom a limitado. A equipa formulou e classificou cada recomendação A, B ou C com base na qualidade, quantidade, e consistência das evidências reunidas de acordo com os critérios da SORT. Cada recomendação foi baseada num enquadramento de resultados orientados para o paciente, medindo mudanças na morbidade e mortalidade. O rascunho foi submetido a “revisão por pares” pelos membros da Comissão de Protocolos da ABM, da Direcção da ABM e por outros especialistas da organização. Após uma série de revisões apropriadas, o protocolo foi aprovado pelo Comissão de Protocolo e pela Direcção da ABM antes da publicação. O protocolo foi escrito pela primeira vez e publicado em inglês na revista Breastfeeding Medicine.

## **Informações importantes**

As evidências de múltiplas revisões sistemáticas demonstram que as mulheres que recebem educação pré-natal sobre amamentação têm maiores taxas de iniciação da amamentação, amamentam por mais tempo e são mais propensas a amamentar exclusivamente, particularmente quando a educação pré-natal é fornecida em conjunto com o apoio pós-parto.<sup>16-19</sup>

A educação pré-natal deve incluir a lógica para a amamentação e educação sobre como amamentar. Mulheres que são ensinadas que a amamentação proporciona melhores resultados de saúde para mulheres e bebês têm maior probabilidade de amamentar.<sup>19</sup>

Colher uma história clínica relevante para identificar factores de risco que sejam desafios à amamentação (Tabela 1) e fornecer orientações e medidas antecipatórias adequadas, pode melhorar os resultados da amamentação, à medida que as mulheres se preparam para potenciais dificuldades e ponderam as soluções antes do nascimento.<sup>20-26</sup>

**Tabela 1. Colher uma História Clínica Completa Pré-Natal focada na Amamentação**<sup>20-23, 178</sup>

Se os resultados da história ou do exame físico sugerirem que uma paciente apresenta alto risco de problemas de amamentação, considerar um encaminhamento pré-natal para um especialista em medicina da lactação.

1. Pergunte sobre a intenção de amamentar ou objectivos de alimentação do bebé.
2. Para cada filho anterior, pergunte sobre o início da amamentação, duração da amamentação exclusiva, duração total da amamentação, quem forneceu apoio na amamentação, benefícios percebidos da amamentação e desafios ou complicações.
3. Para pacientes que não amamentaram filhos anteriores, considere perguntar sobre as vantagens e desvantagens percebidas da alimentação com fórmula artificial.
4. Os médicos devem identificar qualquer história médica que possa tornar a amamentação especialmente benéfica para esta criança e/ou paciente.<sup>86</sup>
5. Os médicos devem perguntar sobre quaisquer cirurgias mamárias anteriores (redução, implantes), condições médicas maternas ou infantis, ou medicamentos maternos que podem representar desafios adicionais à amamentação.
6. Realize um exame físico para avaliar mamilos planos ou invertidos e hipoplasia glandular e outras características sugeridas pela história da mulher.

Se a história ou os achados no exame físico sugerirem que uma paciente tem alto risco de problemas na amamentação, considerar o encaminhamento pré-natal para um especialista em Medicina da Lactação.

Dado o tempo limitado com os pacientes no consultório, os tópicos que demonstraram ter o maior impacto nos resultados da amamentação incluem os benefícios da amamentação na saúde, e os resultados de diferentes métodos, intensidades e durações de amamentação, bem como práticas de apoio à iniciação precoce da amamentação.<sup>1,19</sup>

A educação deve incluir o impacto da amamentação em relação à não-amamentação, os princípios básicos da amamentação (por exemplo, fisiologia, posicionamento) e os riscos de suplementação desnecessária.<sup>7,19,24,27-37</sup>

Devem ser revistas antecipadamente as orientações sobre práticas hospitalares para maximizar o sucesso da amamentação, como cuidados imediatos e contínuos pele a pele, alojamento conjunto e evitar chupetas, e os pais devem ter incentivados a defender estas

práticas, se não fizerem já parte do padrão de atendimento dos Hospitais onde vão parir.<sup>26,38,39</sup>

Outros tópicos importantes estão incluídos na Tabela 2 do Guia de Implementação da Iniciativa Hospital Amigo do Bebés, revisto em 2018.<sup>1</sup> A UNICEF também publicou Mensagens-chave para a prestação comunitária de aconselhamento sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas, que foram adaptados com sucesso para implementação local.<sup>40-42</sup> Em ambientes que usam registros electrónicos de saúde, os avisos podem melhorar a consistência do apoio do prestador e das afirmações educativas.<sup>43,44</sup>

As comunicações de telemedicina, quando disponíveis, também podem ser usadas para educar sobre amamentação em ambiente pré-natal (e além). Intervenções específicas de telemedicina incluem: serviço de mensagens inteligentes (SMS)/comunicação de texto, aplicações electrónicas de saúde, monitorização através da rede, videoconferência, chamadas de voz, aplicações móveis e programas de assistência baseados na Internet.<sup>45-53</sup>

As comunicações por SMS podem ser particularmente úteis para alcançar pacientes/utentes que, não tendo outros recursos, têm acesso a um smartphone.<sup>45,53</sup>

A educação pré-natal sobre amamentação é mais eficaz se promover a auto-eficácia e se for estruturada.<sup>54-65</sup> A auto-eficácia na amamentação é definida como a confiança na capacidade de amamentar e atingir os próprios objectivos e tem sido positivamente correlacionado com duração e exclusividade da amamentação em várias populações.<sup>58</sup> Materiais físicos escritos,<sup>44,46</sup> programas baseados em sebatas/manuais,<sup>28,44</sup> e aplicações móveis/on-line<sup>51,66</sup> são intervenções eficazes. Orientações internacionais como a da UNICEF - Pacote para o aconselhamento sobre alimentação de bebés e crianças pequenas<sup>41</sup> pode ser adaptado para programas específicos de cada país e comunidade.<sup>40</sup>

## **TABELA 2. TÓPICOS DE CONVERSAÇÃO PRÉ-NATAL DA OMS/UNICEF**

Os tópicos de conversa pré-natal requeridos pela OMS/UNICEF incluem, no mínimo:

### **Amamentação**

- A importância da amamentação, incluindo uma discussão sobre a importância da amamentação directa, conforme necessário
- Recomendações globais para amamentação, incluindo:
  - Amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses
  - Os riscos de dar fórmula ou outros substitutos do leite materno
  - A amamentação continua a ser importante após 6 meses quando outros alimentos são oferecidos
- Noções básicas de bom posicionamento e pega
- Reconhecimento de sinais de prontidão para a alimentação

### **Práticas de Parto**

- A importância do contacto pele com pele imediato e sustentado
- A importância do início precoce da amamentação
- A importância do alojamento conjunto

Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Orientação de Implementação: Proteger, Promover e Apoiar a Amamentação em Instalações que Fornecem Serviços de Maternidade e a Recém-Nascidos: A Iniciativa Revista dos Hospitais Amigos dos Bebés. Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2018.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância; OMS, Organização Mundial da Saúde.

Os prestadores de cuidados pré-natais muitas vezes carecem de formação e confiança a educar sobre amamentação, especialmente nas intervenções pré-natais que apoiem a activação secretora (lactogénese estadio II) e na gestão da activação secretora tardia.<sup>67,68</sup> Organizações internacionais, incluindo a OMS/UNICEF e a ABM têm currículos formais de amamentação e normas de actuação clínica dirigidas a profissionais de saúde, muitos dos quais estão disponíveis online e sem custos.<sup>69-71</sup> Para além disso, os profissionais de saúde podem considerar a incorporação da terapia cognitivo-comportamental, modelos baseados na teoria social-cognitiva, e a teoria da competência no aconselhamento pré-natal sobre amamentação, que demonstraram sucesso na melhoria dos resultados da amamentação.<sup>17,37,40,67,68,72-78</sup> Aplicações em dispositivos móveis têm demonstrado utilidade no apoio à formação e às intervenções dos agentes comunitários de saúde.<sup>40,66</sup> As instituições de saúde devem facilitar e apoiar a amamentação das funcionárias, já que profissionais de saúde que tiveram experiências pessoais positivas de amamentação podem oferecer melhor apoio às pacientes.<sup>79,80</sup>

Embora menos disponível em muitos cenários, envolver pessoas com treino em lactação (por exemplo, doulas, consultoras de lactação) no contexto pré-natal demonstrou ter um efeito positivo sobre o início e a exclusividade da amamentação.<sup>43,81-86</sup> O apoio entre pares durante o período pré-natal também demonstrou melhorar os resultados da amamentação.<sup>44,81,87-89</sup> Programas de visitas domiciliares pré e pós-natais são eficazes na promoção da iniciação e na duração da amamentação.<sup>29,88,90-92</sup> Grupos de cuidados pré-natais demonstraram influência positiva nas taxas de exclusividade e na duração da amamentação em muitos contextos, já que as mães ganham uma rede de apoio integrada para antes e após o parto.<sup>28,93-97</sup> Pares, doulas e profissionais de saúde comunitários são particularmente importantes nos países de baixo e médio rendimento, e em contextos comunitários, para melhorar os resultados da amamentação.<sup>84,88,98-100</sup>

As evidências mostram que envolver os pais/parceiros nos cuidados pré-natais e haver educação sobre amamentação que lhe é dirigida, tem um efeito positivo nos resultados da amamentação.<sup>45,101-108</sup> Em algumas culturas e situações, solicitar a cooperação de um membro essencial da família, que não seja o pai ou o parceiro, pode ajudar muito na promoção do aleitamento materno.<sup>101,109-112</sup>

Por exemplo, as adolescentes podem beneficiar quando a avó materna é incluída nos programas educativos.<sup>113,114</sup>

Perguntar à paciente quem é a pessoa mais influente no que diz respeito à alimentar infantil e continuar a indagar sobre a estrutura familiar e comunitária das pacientes durante o atendimento pré-natal, pode ser um meio eficaz de garantir apoio.<sup>115</sup>

### **Contexto comunitário**

É importante reconhecer que a amamentação ocorre dentro de um contexto sociocultural mais amplo. Para além dos parceiros e famílias, influências a nível populacional mais amplo influenciam as decisões parentais sobre alimentação.<sup>7,53,101,114-116</sup>

Os prestadores devem compreender os obstáculos pessoais, financeiros e socioculturais específicos à amamentação. O apoio à amamentação a nível comunitário<sup>117</sup> e a aplicação do Código Internacional de comercialização de substitutos do leite materno em todos os ambientes, incluindo nas clínicas pré-natais ambulatoriais, são importantes para permitir às mães amamentar com sucesso.<sup>118</sup> São necessários programas educativos e promocionais que visem as redes familiares e de apoio, para além de programas direccionados unicamente às mães.<sup>115</sup> Demonstrou-se que serviços de saúde integrados, como a *Baby-Friendly Community Initiative* (Iniciativa Comunitária Amiga dos Bebés), melhoram os resultados da amamentação.<sup>88,119</sup>

### **Contexto cultural**

A humildade cultural é essencial para compreender as tradições e tabus associados à amamentação, adaptar-se às práticas culturais que facilitam a amamentação e educar com sensibilidades sobre tradições que podem ser prejudiciais à amamentação.<sup>84,120-122</sup>

É importante garantir que os pais de todas as culturas compreendem a importância da amamentação exclusiva para o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos<sup>123</sup> e que os prestadores de cuidados de saúde considerem a aculturação das populações imigrantes em relação às escolhas alimentares actuais de uma família.<sup>120</sup> Os prestadores devem estar cientes do papel das atitudes culturais pessoais do médico ao interagir com pacientes.<sup>86</sup>

Os pacientes geralmente entendem melhor as informações na sua língua, assim, devem ter prioridade o fornecimento de informações e instruções na língua preferida dos pais<sup>124</sup> e a níveis baixos de literacia.<sup>112,125,126</sup>

As disparidades de saúde devem ser examinadas ao considerar intervenções na amamentação em contexto pré-natal. Embora algumas intervenções nesse contexto sejam eficazes a vários níveis sociodemográficos, estão a surgir intervenções específicas que mostram um aumento de eficácia em grupos sub-representados ou com baixos rendimentos.<sup>83,127</sup>

Alguns exemplos incluem entrevistas motivacionais,<sup>128</sup> subsídios,<sup>129</sup> e programas governamentais alargados que podem apoiar a nutrição, a saúde e a amamentação.<sup>130,131</sup> Além disso, esforços para envolver os membros da comunidade e os prestadores de cuidados de saúde com origens semelhantes às dos pacientes podem ajudar a apoiar a amamentação.

Por exemplo, em vários estudos, Mulheres Negras nos Estados Unidos relataram que sentem que teriam sido mais bem atendidas por um Profissional de Saúde Negro que fornecesse apoio ou cuidado à amamentação, e a importância de uma relação de confiança com aqueles que dão apoio à amamentação.<sup>132-134</sup>

*Populações em risco de maus resultados na amamentação ou com necessidades específicas de aconselhamento*

Devem ser identificadas e abordadas no período pré-natal as condições maternas ou fetais conhecidas que possam impactar a amamentação. Por exemplo, mães com alto risco de parto prematuro ou com anomalias fetais conhecidas devem receber aconselhamento específico para essas situações. Mães com infecção VIH sob terapêutica anti-retroviral devem ser apoiadas na amamentação e podem receber aconselhamento adicional sobre métodos para reduzir o risco de transmissão de mãe para filho.<sup>135,136</sup> Para além disso, a identificação de condições maternas em que a amamentação pode ser contra-indicada, dependendo das recomendações nacionais, tais como infecção VIH sem terapêutica anti-retroviral ou com carga viral detectável (dependendo das recomendações nacionais), vírus linfotrópico de células T tipo I ou tipo II, brucelose não tratada ou vírus Ébola, é uma parte importante do cuidado pré-natal.<sup>135,137</sup> Algumas pessoas com certas condições de saúde têm um risco especialmente elevado de maus resultados na amamentação, conforme descrito a seguir.

- a. **Peso:** Indivíduos com obesidade têm menos probabilidade de atingir seus objetivos de amamentação. Mães com obesidade tendem a estar menos expostas a práticas pró-amamentação e recebem menos educação sobre amamentação, potencialmente por causa de preconceitos dos prestadores.<sup>138</sup> A obesidade está associada a uma menor taxa de início da amamentação e menor duração da amamentação.<sup>139,140</sup> Há evidências emergentes de que a síndrome metabólica, frequentemente associada à obesidade, pode resultar num atraso da ativação secretora e baixa produção de leite.<sup>141</sup> Uma revisão Cochrane em 2019 concluiu que não há evidências suficientes sobre o benefício de qualquer intervenção social, educacional, ou suportes físicos na iniciação ou continuação da amamentação em mulheres com obesidade.<sup>142</sup> O baixo índice de massa corporal materna também está associado a menor duração da amamentação.<sup>139</sup> Os profissionais de saúde devem estar particularmente cientes dos seus próprios preconceitos sobre o peso ao cuidar de pessoas com obesidade.
- b. **Diabetes:** As complicações perinatais são mais comuns em mulheres com diabetes pré-existente ou diabetes gestacional, e bebês de mães com diabetes têm maior risco de hipoglicemia e suplementação precoce com leite de fórmula.<sup>143</sup> A expressão pré-natal de leite é uma opção para diminuir potencialmente a necessidade de suplementação pós-parto por hipoglicemia e demonstrou não ser associado a dano após 36 semanas de idade gestacional em mulheres com diabetes e gravidez com baixo risco de complicações.<sup>144</sup> Embora esta prática seja comumente recomendada e praticada, há pouca evidência neste momento sobre a sua eficácia no impacto nos resultados da amamentação.<sup>145,146</sup>

- c. **Saúde mental:** os profissionais de saúde devem fazer rastreio para condições de saúde mental pré-existentes ou novas nas mulheres durante a gravidez incluindo depressão, ansiedade e transtorno de stress pós-traumático.<sup>147-150</sup> Além disso, eventos stressantes da vida e a violência interpessoal podem ser factores de risco para distúrbios de humor e para resultados negativos na amamentação e podem afectar a segurança da mãe.<sup>151-157</sup> A combinação da amamentação e das intervenções de saúde mental pode ser benéfica para quem tem perturbações de humor peri-parto.<sup>64</sup> A educação psicossocial, a preparação sobre auto-eficácia na amamentação e a psicoterapia podem aumentar a probabilidade de amamentar e diminuir a insuficiência de leite materno.<sup>158</sup>
- d. **Perturbação por uso de substâncias:** a amamentação é recomendada para a maioria das mulheres com perturbação por uso de substâncias (PPUS) em tratamento, e a maioria dos tratamentos medicamentosos de PPUS são compatíveis com a amamentação.<sup>13</sup> A perturbação por uso de álcool é o PPUS mais comum entre mulheres grávidas.<sup>159,160</sup> As mulheres devem receber tratamento, apoio e aconselhamento sobre amamentação e educação sobre os riscos para a saúde dos bebés decorrentes da exposição ao álcool através do leite materno. O tabaco também está entre as mais comuns substâncias usadas durante a gravidez e a lactação, e descobriu-se que mulheres que usam tabaco têm taxas mais baixas de amamentação e podem ter menor produção de leite, embora o mecanismo desse efeito não esteja totalmente compreendido.<sup>161,162</sup> As mulheres devem ser encorajadas a parar/reduzir o uso do tabaco e reduzir a exposição ao fumo do seu bebé e devem ser aconselhadas sobre o facto que a amamentação melhora a saúde do bebé mesmo que a mãe continue a consumir tabaco após o parto. Apesar das fortes evidências que apoiam a amamentação entre mulheres em tratamento farmacológico assistido (TFA) para perturbação por uso de opióides, as taxas de amamentação permanecem baixas nesta população.<sup>163-165</sup> Pacientes grávidas em TFA devem ser encorajadas a amamentar. Bebés amamentados com exposição pré-natal a opióides necessitam de menos tratamento farmacológico para a síndrome de abstinência neonatal de opióides e têm menor tempo de internamento do que os bebés alimentados apenas com fórmula láctea comercial.<sup>166,167</sup> Educação pré-natal e cuidados consistentes e políticas baseadas em evidência dentro das instituições de saúde, podem ajudar a encorajar mais mulheres com PPUS em TFA a iniciar a amamentação.<sup>168,169</sup> Para mais informações sobre amamentação e TFA, consulte o Protocolo ABM 21 (Amamentação e uso de substâncias ou perturbações por uso de substâncias).<sup>13</sup>
- e. **Considerações anatómicas:** Certas variantes anatómicas tais como mamas tubulares, hipoplásicas ou marcadamente assimétricas, mamilos planos ou invertidos, ou história de certos tipos de cirurgias da mama, podem ser um risco para desafios na amamentação (Tabela 1).<sup>20,22,23,25</sup> É aconselhável evitar intervenções não baseadas em evidências e potencialmente prejudiciais, como a preparação do mamilo, durante o período pré-natal.

## Recomendações

Para cada recomendação, a qualidade da evidência (Níveis das Evidências 1, 2 e 3) e a Força da Recomendação (A, B e C) são observadas conforme definidas pelo critérios de classificação SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*).

1. Discuta intencionalmente a amamentação em cada consulta pré-natal e inclua os benefícios, a fisiologia e o processo de amamentação (incluindo técnicas de pega e posicionamento), bem como os riscos de suplementação.

Níveis de Evidência: 2–3. Força da Recomendação: B.

- a. Reconhecer que a amamentação tem resultados superiores na saúde para as mulheres e seus bebês, comparando com os resultados de saúde de díades que usam fórmula láctea comercial.

Nível de Evidência: 1. Força da Recomendação: A.

- b. Obter uma história detalhada de amamentação, identificando fatores de risco médicos, anatômicos e outros para a amamentação, com encaminhamento apropriado para um especialista em lactação ou um médico especialista em Medicina de Lactação (ver Tabela 1)

Nível de Evidência: 1–3. Força da Recomendação: B.

- c. Focar em tópicos de amamentação importantes na fase pré-natal, incluindo o impacto da amamentação versus a não-amamentação, noções básicas de amamentação (por exemplo, fisiologia, posicionamento), o que esperar do apoio na amamentação no hospital e no pós-parto imediato (por exemplo, Dez Passos da IHAB) e os riscos de suplementação desnecessária (Tabela 2).

Nível de Evidência: 3. Força da Recomendação: C.

- d. Usar avisos eletrônicos nos registos médicos, se disponíveis, para melhorar a consistência do apoio do profissional e das afirmações educativas.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: A.

2. A educação sobre amamentação no contexto pré-natal deve ser estruturada e fornecida nos formatos mais adequados para a população atendida.

Nível de Evidência: 2. Força da Recomendação: B.

- a. Utilizar educação que promova a auto-eficácia.

Nível de Evidência: 1–3. Força da Recomendação: A.

- b. Usar materiais estruturados e escritos sobre amamentação. As intervenções eficazes incluem vários formatos tais como folhetos, livros de exercícios, aplicações on-line e vídeos.

Nível de Evidência: 1–3. Força da Recomendação: B.

- c. Incluir telecomunicações (ou seja, telemedicina, aplicações móveis) no modelo de assistência pré-natal, dada a associação positiva com melhores resultados na amamentação.

Nível de Evidência: 1. Força da Recomendação: B.

- 3. Melhorar o conhecimento, as habilidades e as atitudes sobre amamentação nas pessoas que prestam cuidados pré-natais.

Nível de Evidência: 1–3. Força da Recomendação: B.

- a. Foco na avaliação da pega, nas intervenções pré-natais para apoiar a ativação secretora (estágio II da lactogénese), e gestão da activação secretora tardia, porque os profissionais relatam menor confiança nessas áreas.

Nível de Evidência: 2–3. Força da Recomendação: B.

- b. Considere formação em terapia cognitivo-comportamental, modelos baseados na teoria socio-cognitiva e na teoria da competência, que demonstraram sucesso na melhoria dos resultados da amamentação.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: A.

- c. Considere o uso de aplicações móveis para formação e intervenções de profissionais de saúde comunitários.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: B.

- 4. Oferecer oportunidades de educação sobre amamentação e aconselhamento entre pares durante o período pré-natal.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: A.

- a. Incentivar o uso de um programa de visita domiciliar pré e pós-natal que inclua amamentação.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: A.

- b. Incentivar o uso de grupos de cuidados pré-natais.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: B.

- c. Incentivar a participação de leigos e agentes comunitários de saúde.

Nível de Evidência: 1. Força da Recomendação: A.

- d. Para populações historicamente oprimidas e com baixos rendimentos, tanto em países de rendimentos altos quanto baixos e médios, considere o uso de pares, intervenções de grupo, e entrevista motivacional. Promova e apoie políticas governamentais que auxiliem essas famílias, como alimentos ou subsídios.

Nível de Evidência: 1–2. Força da Recomendação: B.

5. Envolver os pais/parceiros e outros membros da família na educação pré-natal e direcionar a educação sobre amamentação para eles.

Nível de Evidência: 2. Força da Recomendação: B.

6. Integrar profissionais de saúde com experiência em amamentação e consultores de lactação, quando disponíveis, nos cuidados pré-natais.

Nível de Evidência: 1. Força da Recomendação: A.

7. Fornecer cuidados culturalmente sensíveis e considerar diferenças culturais ao discutir práticas alimentares.

Nível de Evidência: 2. Força da Recomendação: B.

- a. Fornecer materiais escritos nos idiomas principais dos pais, quando possível e apropriado.

Nível de Evidência: 2. Força da Recomendação: B.

- b. Fornecer todos os materiais escritos para leitura a níveis de literacia baixos.

Níveis de Evidência: 2–3. Força da Recomendação: B.

8. Defender e utilizar programas de apoio a nível comunitário que apoiem as famílias, como o Programa Comunitário Iniciativa Amiga dos Bebés.

Níveis de evidência 1–3. Força da recomendação B.

9. Fornecer orientação antecipada sobre intervenções para apoiar a produção de leite e a duração da amamentação a mulheres com obesidade.

Nível de evidência: 2. Força da recomendação: B.

10. Fornecer orientação antecipada e apoio sobre amamentação em mulheres com diabetes. Neste momento, não há evidências suficientes do impacto da expressão pré-natal de leite nos resultados da amamentação para que esta recomendação seja feita em específico.

Nível de Evidência: 1. Força da Recomendação: C.

11. Rastrear pacientes para perturbações do humor e eventos de vida stressantes, incluindo violência interpessoal.

Nível de Evidência: 2. Força da Recomendação: B.

12. Fornecer orientação e apoio sobre amamentação antecipadamente para mulheres com PPUS.

Nível de Evidência: 2. Força da Recomendação: B.

## Resumo

O período pré-natal oferece uma oportunidade historicamente subvalorizada mas crítica para influenciar positivamente os resultados da alimentação infantil e promover a amamentação. A educação pré-natal deve ter sempre em consideração a cultura, a identidade, a família e o contexto social. Recomendamos, com base nas nossas revisões da evidência, que os clínicos que prestam cuidados pré-natais discutam intencionalmente a amamentação com os pacientes e disponibilizem educação estruturada sobre esta, bem como ofereçam acesso a aconselhamento de pares e serviços de lactação qualificados sempre que possível. Também recomendamos o envolvimento dos pais/parceiros e uso de telecomunicação ou telemedicina na educação pré-natal sobre amamentação. Além disso, recomendamos que as organizações da área da saúde melhorem a formação em amamentação dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados pré-natais, pois as evidências demonstram que a educação da equipa pode ter um impacto positivo nos resultados da amamentação.

## Áreas para Pesquisa Futura

Embora tenha existido um crescimento exponencial de literatura sobre este tema nos últimos 8 anos, continua a existir necessidade de mais ou melhor qualidade de investigação nas seguintes áreas:

1. São necessários estudos de custo-efectividade para determinar qual das intervenções acima mencionadas deveria receber a maior ênfase na rotina de prática clínica. Isto inclui estudos para avaliar a relação custo-eficácia de criar um consultório amiga da amamentação.
2. Há necessidade de estudos de maior qualidade focados sobre a eficácia das intervenções de amamentação para populações minoritárias e marginalizadas.<sup>170</sup> A literatura actual sugere que o apoio de pares da comunidade, grupos de auto-ajuda, educação para melhorar a auto-eficácia na amamentação, programas pré/pós-natais com educação profissional e leiga e programas de apoio melhoram os resultados da amamentação.<sup>18,100,128,171,172</sup> No entanto, mais investigação de alta qualidade beneficiaria as comunidades, à medida que estas procuram determinar quais são as intervenções melhores para implementar na sua região.

3. Embora as actividades de e-learning sejam amplamente aceites e estejam a surgir como uma ferramenta útil na educação sobre amamentação,<sup>47,48,50,51,173</sup> mais estudos são necessários para avaliar se o e-learning, talvez em conjunto com outras intervenções pré-natais, demonstram melhoria nos resultados da amamentação.
4. Embora muitos estudos sobre intervenções pré-natais tenham sido publicados, deveria ser feita investigação translacional sobre a implementação e o apoio entre organizações de saúde, organizações comunitárias e sistemas políticos.
5. Estudos futuros devem examinar factores que contribuem para diferenças nos resultados da amamentação por tipo de prestador de cuidados pré-natais.
6. Embora a extracção do leite materno pré-natal tenha mostrado tendências favoráveis com relação à melhoria dos resultados da lactação,<sup>174-176</sup> ensaios clínicos randomizados mais rigorosos, projectados para medir as diferenças nos resultados da amamentação, poderiam informar o melhor o uso da extracção pré-natal do leite materno.
7. É necessária investigação adicional que avalie o efeito das comorbidades médicas e dos riscos da gravidez na produção de leite materno e nos resultados da amamentação, além da melhor forma de fornecer orientação e educação antecipadas.
8. Persiste a necessidade de educar famílias com diversidade de género e adoptivas sobre opções de alimentação infantil, incluindo lactação induzida e co-lactação.<sup>177</sup>
9. Embora a discussão sobre amamentação seja recomendada o mais cedo possível na gravidez, mais pesquisas são necessárias para determinar se existe algum benefício em abordar a educação sobre amamentação para crianças em idade escolar e durante o período pré-concepcional.
10. Mais investigação é necessária sobre apoio a mães historicamente oprimidas e com baixos rendimentos, a fim de apoiá-las para atingir taxas na amamentação mais altas.

### **Reconhecimento**

Os autores desejam agradecer a Lorraine Porcello, Sarah Ames, e Lillian Vo pelo apoio na revisão da literatura.

### **Contribuições dos Autores**

Todos os autores contribuíram para este documento.

### **Declaração de divulgação**

Não há interesses financeiros a divulgar entre os autores.

## **Informações de financiamento**

Não houve financiamento recebido para produzir este Protocolo.

## **Referências**

1. World Health Organization. United Nations Children's Fund (UNICEF). Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. World Health Organization: Geneva; 2018.
2. Pound CM, Williams K, Grenon R, et al. Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *J Hum Lact* 2014;30(3):298–309; doi: 10.1177/0890334414535507
3. Doherty T, Horwood C, Haskins L, et al. Breastfeeding advice for reality: Women's perspectives on primary care support in South Africa. *Matern Child Nutr* 2020;16(1): e12877; doi: 10.1111/mcn.12877
4. Jefferson UT. Infant feeding attitudes and breastfeeding intentions of Black college students. *West J Nurs Res* 2014;36(10):1338–1356; doi: 10.1177/0193945913514638
5. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12(12):Cd006425; doi: 10.1002/14651858.CD006425.pub4
6. Meedya S, Fernandez R, Fahy K. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2017;15(9): 2307–2332; doi: 10.11124/jbisrir-2016-002955
7. Yılmaz E, Dog˘ a Öcal F, Vural Yılmaz Z, et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol* 2017;14(1):1–9; doi: 10.4274/tjod.90018
8. Vanguri S, Rogers-McQuade H, Sriraman NK, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office-optimizing care for infants and children. *Breastfeed Med* 2021;16(3): 175–184; doi: 10.1089/bfm.2021.29175.sjv
9. Hoyt-Austin AE, Kair LR, Larson IA, et al. Academy of Breastfeeding Medicine

Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding

Dyads, Revised 2022. Breastfeed Med 2022;17(3): 197–206; doi:10.1089/bfm.2022.29203.aeh

10. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 2013. Breastfeed Med 2013;8(6):469–473; doi: 10.1089/bfm.2013.9979

11. Hernández-Aguilar M-T, Bartick M, Schreck P, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. Breastfeed Med 2018;13(9):559–574; doi:10.1089/bfm.2018.29110.mha

12. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S. ABM Clinical Protocol #18: Use of Antidepressants in Breastfeeding Mothers. Breastfeed Med 2015;10(6):290–299; doi: 10.1089/bfm.2015.29002

13. Harris M, Schiff DM, Saia K, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023). Breastfeed Med 2023;18(10):715–733; doi:10.1089/bfm.2023.29256.abm

14. EbellMH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to ABM PROTOCOL #19 581

Downloaded by 89.115.127.197 from www.liebertpub.com at 08/29/24. For personal use only.

grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician 2004;69(3):548–556.

15. Feldman-Winter L, Bartick M, Marinelli K, et al. Academy of Breastfeeding Medicine recommendations on changes to classification of levels of evidence for clinical protocols. Breastfeed Med 2021;16(3):185–188; doi: 10.1089/bfm.2020.0272

16. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet 2016;387(10017): 491–504; doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2

17. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA 2016;316(16):1694–1705; doi:10.1001/jama.2016.8882

18. Olufunlayo TF, Roberts AA, MacArthur C, et al. Improving exclusive breastfeeding

- in low and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2019;15(3):e12788; doi: 10.1111/mcn.12788
19. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery* 2023;118:103579; doi: 10.1016/j.midw.2022.103579
20. Stuebe AM. Enabling women to achieve their breastfeeding goals. *Obstet Gynecol* 2014;123(3):643–652; doi: 10.1097/AOG.000000000000142
21. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 731: Group Prenatal Care. *Obstet Gynecol* 2018; 131(3):e104-108–e108.
22. Cruz NI, Korchin L. Lactational performance after breast reduction with different pedicles. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(1):35–40; doi: 10.1097/01.prs.0000263371.37596.49
23. Cruz NI, Korchin L. Breastfeeding after augmentation mammoplasty with saline implants. *Ann Plast Surg* 2010; 64(5):530–533; doi: 10.1097/SAP.0b013e3181c925e4
24. Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health* 2020;20(1):94; doi: 10.1186/s12905-020-00947-1
25. Neifert MR, Seacat JM, Jobe WE. Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. *Pediatrics* 1985;76(5):823–828.
26. Parry KC, Tully KP, Hopper LN, et al. Evaluation of ready, set, BABY: A prenatal breastfeeding education and counseling approach. *Birth* 2019;46(1):113–120; doi: 10.1111/birt.12393
27. Ahlers-Schmidt CR, Okut H, Dowling J. Impact of prenatal education on breastfeeding initiation among low-income women. *Am J Health Promot* 2020;34(8):919–922; doi: 10.1177/0890117120925342
28. Auger SJ, Verbiest S, Spickard JV, et al. Participatory group prenatal education using photonovels: Evaluation of a lay health educator model with low-income Latinas. *J Particip Med* 2015;7
29. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the

initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11(11):Cd001688; doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3

30. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Harooni J, et al. Prenatal interventional program about mothers' behavior related to exclusive breast feeding: Findings of planned behavior theory-based research. *J Lifestyle Med* 2019;9(2):143–149; doi: 10.15280/jlm.2019.9.2.143

31. Hatamleh R, Abujilban S, AbuAbed ASA, et al. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery* 2019;72: 23–29; doi: 10.1016/j.midw.2019.02.002

32. Messito MJ, Katzow MW, Mendelsohn AL, et al. Starting early program impacts on feeding at infant 10 months age: A randomized controlled trial. *Child Obes* 2020;16(S1): S4–S13; doi: 10.1089/chi.2019.0236

33. Meedya S, Fahy K, Parratt JA. The Milky Way educational and support programme: Structure, content and strategies. *Women Birth* 2016;29(4):388–393; doi: 10.1016/j.wombi.2016.01.006

34. Nishimura H, Krupp K, Gowda S, et al. Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. *Int Breastfeed J* 2018;13:40; doi: 10.1186/s13006-018-0178-5

35. Tan ML, Foong SC, Ho JJ, et al. Postpartum women's perception of antenatal breastfeeding education: A descriptive survey. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):85; doi: 10.1186/s13006-020-00328-2

36. Zhao Y, Lin Q, Wang J, et al. Effects of prenatal individualized mixed management on breastfeeding and maternal health at three days postpartum: A randomized controlled trial. *Early Hum Dev* 2020;141:104944; doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104944

37. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat A-S, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):e139–e146; doi: 10.1542/peds.2004-1362

38. Burnham L, Gambari A, Beliveau P, et al. Perspectives of nurses in Mississippi on implementation of the babyfriendly hospital initiative. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021;50(4):392–401; doi: 10.1016/j.jogn.2021.02.010

39. Pitts A, Faucher MA, Spencer R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. *Breastfeed Med* 2015; 10(2):118–123; doi: 10.1089/bfm.2014.0034
40. Billah SM, Ferdous TE, Siddique AB, et al. The effect of electronic job aid assisted one-to-one counselling to support exclusive breastfeeding among 0-5-month-old infants in rural Bangladesh. *Matern Child Nutr* 2022;18(3): e13377; doi: 10.1111/mcn.13377
41. United Nation’s Children’s Fund (UNICEF). *The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package Adaptation Guide*. 2012.
42. United Nation’s Children’s Fund (UNICEF). *The Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package: Key Message Booklet*. 2012.
43. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, et al. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Public Health* 2014;104 (Suppl 1):S119–S127; doi: 10.2105/AJPH.2013.301360
44. Rosen-Carole C, Halterman J, Baldwin CD, et al. Prenatal Provider Breastfeeding Toolkit: Results of a Pilot to Increase Women’s Prenatal Breastfeeding Support, Intentions, and Outcomes. *J Hum Lact* 2022;38(1):64–74; doi: 10.1177/08903344211008797
45. Gebremariam KT, Mulugeta A, Gallegos D. Theory-based mHealth targeting fathers and mothers to improve exclusive breastfeeding: A Quasi-Experimental Study. *Int Breastfeed J* 2023;18(1):2; doi: 10.1186/s13006-022-00537-x
46. Puharić D, Mali\_cki M, Borovac JA, et al. The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: A randomised controlled trial. *Matern Child Nutr* 2020;16(3):e12948; doi: 10.1111/mcn.12948
47. Carmichael SL, Mehta K, Srikantiah S, et al. Ananya Study Group\*. Use of mobile technology by frontline health workers to promote reproductive, maternal, newborn and child health and nutrition: A cluster randomized controlled trial in Bihar, India. *J Glob Health* 2019;9(2): 0204249; doi: 10.7189/jogh.09.020424
48. DeNicola N, Grossman D, Marko K, et al. Telehealth interventions to improve obstetric and gynecologic health outcomes: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2020;135(2): 371–382; doi: 10.1097/aog.0000000000003646
49. Marcucci B. Use of telehealth to increase breastfeeding exclusivity and duration.

Clin Lactation 2018;9(2):66–71; doi: 10.1891/2158-0782.9.2.66

50. Palmer MJ, Henschke N, Bergman H, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;8(8):Cd013679; doi: 10.1002/14651858.Cd013679

51. Tang K, Gerling K, Chen W, et al. Information and communication systems to tackle barriers to breastfeeding: Systematic search and review. *J Med Internet Res* 2019; 21(9):e13947; doi: 10.2196/13947

52. Doan TTD, Pham NM, Binns C, et al. Effect of a Mobile Application on Breastfeeding Rates Among Mothers Who Have Cesarean Deliveries: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med* 2022;17(10):832–840; doi: 10.1089/bfm.2022.0088

53. Hui A, Philips-Beck W, Campbell R, et al. Impact of remote prenatal education on program participation and breastfeeding of women in rural and remote Indigenous communities. *EClinicalMedicine* 2021;35:100851; doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100851

54. Araban M, Karimian Z, Karimian Kakolaki Z, et al. Randomized controlled trial of a prenatal breastfeeding self-efficacy intervention in primiparous women in Iran. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018;47(2):173–183; doi: 10.1016/j.jogn.2018.01.005

55. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: A study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health* 2015;15(3):3405.

56. Cangöl E, Şahin NH. The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: A randomized controlled trial. *Breastfeed Med* 2017;12:218–226; doi: 10.1089/bfm.2016.0190

57. Fauzia F, Ekayanthi NWD, Fudholi A. The influence of participative counseling approach on improving breastfeeding self-efficacy to pregnant women in Indonesia. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* 2019;13(1):85–88; doi: 10.22159/ajpcr.2020.v13i1.36167

58. Galipeau R, Baillet A, Trottier A, et al. Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and metaanalysis. *Matern Child Nutr* 2018;14(3):e12607–1; doi: 10.1111/mcn.12607

59. Modi D, Dholakia N, Gopalan R, et al. mHealth intervention “ImTeCHO” to improve delivery of maternal, neonatal, and child care services-A cluster-randomized trial in

- tribal areas of Gujarat, India. *PLoS Med* 2019;16(10): e1002939; doi: 10.1371/journal.pmed.1002939
60. Mizrak B, Ozerdogan N, Colak E. The effect of antenatal education on breastfeeding self-efficacy: Primiparous women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2017;10(1):503–510.
61. You H, Lei A, Xiang J, et al. Effects of breastfeeding education based on the self-efficacy theory on women with gestational diabetes mellitus: A CONSORT-compliant randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(16):e19643; doi: 10.1097/md.00000000000019643
62. Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: A quasi-experimental study. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20210428; doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0428
63. Admasu J, Egata G, Bassore DG, et al. Effect of maternal nutrition education on early initiation and exclusive breastfeeding practices in south Ethiopia: A cluster randomised control trial. *J Nutr Sci* 2022;11:e37; doi: 10.1017/jns.2022.36
64. Zhao Y, Lin Q, Zhu X, et al. Randomized clinical trial of a prenatal breastfeeding and mental health mixed management intervention. *J Hum Lact* 2021;37(4):761–774; doi: 10.1177/0890334421991058
65. Sabancı Baransel E, Uçar T, Günay E. Effects of prenatal breast-feeding education on postnatal breast-feeding fear in pregnant women in the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract* 2023;29(2): e13105; doi: 10.1111/ijn.13105
66. Bellad RM, Mahantshetti NS, Charantimath US, et al. A training curriculum for an mHealth supported peer counseling program to promote exclusive breastfeeding in rural India. *Int Breastfeed J* 2023;18(1):6; doi: 10.1186/s13006-023-00546-4
67. Baerg K, Smith-Fehr J, Marko J, et al. Learning needs of family physicians, pediatricians, and obstetricians to support breastfeeding and inform physician education. *Can Med Educ J* 2021;12(6):55–61; doi: 10.36834/cmej.70049
68. Mass SB. Educating the obstetrician about breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58(4):936–943; doi: 10.1097/grf.0000000000000145

69. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM EducationCenter. 2023. Available from: <https://abm.mclms.net/en/>
70. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Baby-Friendly Hospital Initiative Training Course for Maternity Staff. 2020.
71. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course. Director’s Guide, Second Edition. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
72. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, et al. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res* 2011;33(4): 486–505; doi: 10.1177/0193945910380408
73. Sikander S, Maselko J, Zafar S, et al. Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: A cluster RCT. *Pediatrics* 2015;135(2):e424-31–e431; doi: 10.1542/peds.2014-1628
74. Hildebrand DA, McCarthy P, Tipton D, et al. Innovative use of influential prenatal counseling may improve breastfeeding initiation rates among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2014;46(6):458–466; doi: 10.1016/j.jneb.2014 .05.005
75. Kronborg H, Maimburg RD, Væth M. Antenatal training to improve breast feeding: A randomised trial. *Midwifery* 2012;28(6):784–790; doi: 10.1016/j.midw.2011.08.016
76. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010; 126(2):289–297; doi: 10.1542/peds.2009-3250
77. Meek JY, Nelson JM, Hanley LE, et al. Landscape analysis of breastfeeding-related physician education in the United States. *Breastfeed Med* 2020;15(6):401–411; doi: 10.1089/bfm.2019.0263
78. Chesnel MJ, Healy M, McNeill J. Experiences that influence how trained providers support women with breastfeeding: A systematic review of qualitative evidence. *PLoS One* 2022;17(10):e0275608; doi: 10.1371/journal.pone.0275608
79. Hoyt-Austin AE, Phillipi CA, Lloyd-McLennan AM, et al. Physician personal breastfeeding experience and clinical care of the breastfeeding dyad. *Birth* 2024;51(1):112–120; doi: 10.1111/birt.12772
80. Sattari M, Levine D, Neal D, et al. Personal breastfeeding behavior of physician mothers is associated with their clinical breastfeeding advocacy. *Breastfeed Med*

2013;8(1): 31–37; doi: 10.1089/bfm.2011.0148

81. M’Liria JK, Kimiywe J, Ochola S. Impact of mother-to-mother support groups in promoting exclusive breastfeeding in a low-resource rural community in Kenya: A randomized controlled trial. *Curr Res Nutr Food Sci* 2020; 609–621; doi: 10.12944/CRNFSJ.8.2.26

82. Hartman S, Barnett J, Bonuck KA. Implementing international board-certified lactation consultants intervention into routine care: Barriers and recommendations. *Clin Lactation* 2012;3(4):131–137.

83. Reno R. Using group model building to develop a culturally grounded model of breastfeeding for low-income African American women in the USA. *J Clin Nurs* 2018; 27(17–18):3363–3376; doi: 10.1111/jocn.13791

84. Louis-Jacques AF, Vereen S, Hernandez I, et al. Impact of doula-led lactation education on breastfeeding outcomes in low-income, minoritized mothers. *J Perinat Educ* 2021; 30(4):203–212; doi: 10.1891/J-PE-D-20-00022

85. Oggero MK, Wardell DW. Changes in breastfeeding exclusivity and satisfaction during the COVID-19 pandemic. *J Hum Lact* 2022;38(3):433–442; doi: 10.1177/08903344221086974

86. American Academy of Family Physicians. Family physicians supporting breastfeeding (position paper). 2015.

87. Buckland C, Hector D, Kolt GS, et al. Interventions to promote exclusive breastfeeding among young mothers: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):102; doi: 10.1186/s13006-020-00340-6

88. Lassi ZS, Kedzior SG, Bhutta ZA. Community-based maternal and newborn educational care packages for improving neonatal health and survival in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019(11); doi: 10.1002/14651858.CD007647.pub2

89. Keenan-Devlin LS, Hughes-Jones JY, Borders AEB. Clinically integrated breastfeeding peer counseling and breastfeeding outcomes. *J Perinatol* 2021;41(8):2095–2103; doi: 10.1038/s41372-021-01096-5

90. Unar-Munguía M, González de Cosío T, Escalante-Izeta EI, et al. Evaluating the effect of the initiative “caring for the newborn and the mother at home” in Mexico.

- Public Health Nutr 2021;24(1):157–168; doi: 10.1017/s1368980020003948
91. Mersky JP, Janczewski CE, Plummer Lee C, et al. Home visiting effects on breastfeeding and bedsharing in a low-income sample. *Health Educ Behav* 2021;48(4):488–495; doi: 10.1177/1090198120964197
92. Short VL, Bellad RM, Kelly PJ, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary impact of an mHealth supported breastfeeding peer counselor intervention in rural India. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;156(1):48–54; doi: 10.1002/ijgo.13599
93. Catling CJ, Medley N, Foureur M, et al. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(2):Cd007622; doi: 10.1002/14651858 .CD007622.pub3
94. Hartman S, D’Cunha M, Kolasa-Lenarz A, et al. Meeting the ACGME milestones through group prenatal care. *Family Doctor: A Journal of the New York State Academy of Family Physicians* 2015;23–26.
95. Mazzone SE, Carter EB. Group prenatal care. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(6):552–556; doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.006
96. Risisky D, Chan RL, Zigmont VA, et al. Examining delivery method and infant feeding intentions between women in traditional and non-traditional prenatal care. *Matern Child Health J* 2018;22(2):274–282; doi: 10.1007/s10995-017-2400-2
97. Robinson K, Garnier-Villarreal M, Hanson L. Effectiveness of centering pregnancy on breastfeeding initiation among African Americans: A systematic review and metaanalysis. *J Perinat Neonatal Nurs* 2018;32(2):116–126; doi: 10.1097/jpn.0000000000000307
98. Khatib MN, Gaidhane A, Upadhyay S, et al. Interventions for promoting and optimizing breastfeeding practices: An overview of systematic review. *Front Public Health* 2023; 11:984876; doi: 10.3389/fpubh.2023.984876
99. Sobczak A, Taylor L, Solomon S, et al. The effect of doulas on maternal and birth outcomes: A scoping review. *Cureus* 2023;15(5):e39451; doi: 10.7759/cureus.39451
100. Reno R. A pilot study of a culturally grounded breastfeeding intervention for pregnant, low-income African American women. *J Hum Lact* 2018;34(3):478–484; doi: 10.1177/0890334418775050
101. Lok KYW, Bai DL, Tarrant M. Family members’ infant feeding preferences,

- maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery* 2017;53: 49–54; doi: 10.1016/j.midw.2017.07.003
102. Rabiepoor S, Khodaei A, Valizadeh R. Husbands' participation in prenatal care and breastfeeding self-efficacy in Iranian women: A randomized clinical trial. *Med J Islam Repub Iran* 2019;33:58; doi: 10.34171/mjiri.33.58
103. Bich TH, Hoa DT, Målqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. *Matern Child Health J* 2014;18(6):1444–1453; doi: 10.1007/s10995-013-1384-9
104. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr* 2019;15 (Suppl 1):e12705; doi: 10.1111/mcn.12705
105. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: Challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr* 2014;10(4):510–526; doi: 10.1111/mcn.12129
106. Daniele MA, Ganaba R, Sarrassat S, et al. Involving male partners in maternity care in Burkina Faso: A randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* 2018;96(7): 450–461; doi: 10.2471/blt.17.206466
107. Marks EJ, Grant CC, de Castro TG, et al. Agreement between future parents on infant feeding intentions and its association with breastfeeding duration: Results from the growing up in New Zealand cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(6); doi: 10.3390/ijerph15061230
108. Chen S, Li L, Sun Q, et al. Effect of IMB model combined with spousal support breastfeeding intervention on PBSES score and breastfeeding rate of primipara with chronic hepatitis b virus infection. *Biomed Res Int* 2022;2022: 9661408; doi: 10.1155/2022/9661408
109. Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-centered breastfeeding education to promote primiparas' exclusive breastfeeding in China. *J Hum Lact* 2018;34(2):365–378; doi: 10.1177/0890334417737293
110. Topothai C, Topothai T, Suphanchaimat R, et al. Exclusive breastfeeding experiences of Thai mothers in metropolitan Bangkok. *Int J Womens Health* 2022;14:155–166; doi: 10.2147/IJWH.S344389

111. Wu W, Zhang J, Silva Zolezzi I, et al. Factors influencing breastfeeding practices in China: A meta-aggregation of qualitative studies. *Matern Child Nutr* 2021;17(4):e13251; doi: 10.1111/mcn.13251
112. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth* 2010;23(4):135–145; doi: 10.1016/j.wombi.2010.02.002
113. Yas A, Abdollahi M, Khadivzadeh T, et al. Investigating the effect of supportive interventions on initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding, and continuation of breastfeeding in adolescent mothers: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med* 2023;18(3):198–211; doi: 10.1089/bfm.2022.0219
114. Gharaei T, Amiri-Farahani L, Haghani S, et al. The effect of breastfeeding education with grandmothers' attendance on breastfeeding self-efficacy and infant feeding pattern in Iranian primiparous women: A quasi-experimental pilot study. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):84; doi: 10.1186/s13006-020-00325-5
115. Brown A. What do women really want? Lessons for breastfeeding promotion and education. *Breastfeed Med* 2016;11(3):102–110; doi: 10.1089/bfm.2015.0175
116. Wang S, Guendelman S, Harley K, et al. When fathers are perceived to share in the maternal decision to breastfeed: Outcomes from the infant feeding practices study II. *Matern Child Health J* 2018;22(11):1676–1684; doi: 10.1007/s10995-018-2566-2
117. Burnham L, Knapp R, Bugg K, et al. Mississippi CHAMPS: Decreasing racial inequities in breastfeeding. *Pediatrics* 2022;149(2):e2020030502; doi: 10.1542/peds.2020-030502
118. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296–303.
119. Kavle JA, Ahoya B, Kiige L, et al. Baby-friendly community initiative-From national guidelines to implementation: A multisectoral platform for improving infant and young child feeding practices and integrated health services. *Matern Child Nutr* 2019;15 (Suppl 1):e12747; doi: 10.1111/mcn.12747
120. Schlickau J, Wilson M. Development and testing of a prenatal breastfeeding education intervention for Hispanic women. *J Perinat Educ* 2005;14(4):24–35; doi: 10.1624/105812405X72302

121. Rhodes EC, Damio G, LaPlant HW, et al. Promoting equity in breastfeeding through peer counseling: The US Breastfeeding Heritage and Pride program. *Int J Equity Health* 2021;20(1):128; doi: 10.1186/s12939-021-01408-3
122. Bensaid B. Breastfeeding as a fundamental Islamic human right. *J Relig Health* 2021;60(1):362–373; doi: 10.1007/s10943-019-00835-5
123. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev* 2008;16(2):9–19.
124. Joshi A, Amadi C, Meza J, et al. Evaluation of a computerbased bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *Int J Med Inform* 2016;91:10–19; doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.04.001
125. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2015.
126. World Health Organization. Health Literacy Toolkit for Low—and Middle-Income Countries: A Series of Information Sheets to Empower Communities and Strengthen Health Systems. 2015.
127. Zheng CX, Atchan M, Hartz D, et al. Factors influencing Aboriginal and Torres Strait Islander women’s breastfeeding practice: A scoping narrative review. *Women Birth* 2023;36(1):11–16; doi: 10.1016/j.wombi.2022.03.011
128. Addicks SH, McNeil DW. Randomized controlled trial of motivational interviewing to support breastfeeding among Appalachian women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2019;48(4):418–432; doi: 10.1016/j.jogn.2019.05.003
129. Brownell MD, Chartier MJ, Nickel NC, et al. PATHS equity for children team. Unconditional prenatal income supplement and birth outcomes. *Pediatrics* 2016;137(6); doi: 10.1542/peds.2015-2992
130. Metallinos-Katsaras E, Brown L, Colchamiro R. Maternal WIC participation improves breastfeeding rates: A statewide analysis of WIC participants. *Matern Child Health J* 2015;19(1):136–143; doi: 10.1007/s10995-014-1504-1
131. Relton C, Strong M, Thomas KJ, et al. Effect of financial incentives on breastfeeding: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2018;172(2):e174523;

doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.4523

132. Knox-Kazimierczuk FA, Nommsen-Rivers L, Ware J, et al. Exploring the breastfeeding experiences of African American mothers through a critical race theory lens. *Breastfeed Med* 2021;16(6):487–492; doi: 10.1089/bfm.2020.0328

133. Alhalel J, Patterson L, Francone NO, et al. Addressing racial disparities in perinatal care for African American/- Black individuals in the Chicago community health setting: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22(1):771; doi: 10.1186/s12884-022-05100-4

134. Stevens-Watkins D, Hargons CN, Dogan J, et al. Social health care determinants of breastfeeding Black women: A multigenerational study. *Breastfeed Med* 2022;17(8): 666–672; doi: 10.1089/bfm.2021.0258

135. Health and Human Services Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission in the U.S. Infant Feeding for Individuals with HIV in the United States. 2023. Available from: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/infant-feedingindividuals-hiv-united-states> [Last accessed: March 21,2024].

136. World Health Organization. Infant Feeding for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. 2023. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/hiv-infant-feeding> [Last accessed: April 6, 2024].

137. Meek JY, Noble L, Section on breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057988; doi: 10.1542/peds.2022-057988

138. Kair LR, Colaizy TT. Obese mothers have lower odds of experiencing pro-breastfeeding hospital practices than mothers of normal weight: CDC Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004–2008. *Matern Child Health J* 2016;20(3):593–601; doi: 10.1007/s10995-015-1858-z

139. Chen C-N, Yu H-C, Chou A-K. Association between maternal pre-pregnancy body mass index and breastfeeding duration in Taiwan: A population-based cohort study. *Nutrients* 2020;12(8):2361; doi: 10.3390/nu12082361

140. Garcia AH, Voortman T, Baena CP, et al. Maternal weight status, diet, and

- supplement use as determinants of breastfeeding and complementary feeding: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev* 2016;74(8):490–516; doi: 10.1093/nutrit/nuw016
141. Nommsen-Rivers LA, Wagner EA, Roznowski DM, et al. Measures of maternal metabolic health as predictors of severely low milk production. *Breastfeed Med* 2022;17(7):566–576; doi: 10.1089/bfm.2021.0292
142. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;9(9):Cd012099; doi: 10.1002/14651858.CD012099.pub2
143. Mitanchez D. The offspring of the diabetic mother—Short and long-term implications. *Best Practice* 2015.
144. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): A multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet* 2017;389(10085):2204–2213; doi: 10.1016/s0140-6736(17)31373-9
145. Moorhead AM, Amir LH, Crawford SB, et al. Breastfeeding outcomes at 3 months for women with diabetes in pregnancy: Findings from the diabetes and antenatal milk expressing randomized controlled trial. *Birth* 2024; doi: 10.1111/birt.12807
146. Juntereal NA, Spatz DL. Integrative review of antenatal milk expression and mother–infant outcomes during the first 2 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021;50(6):659–668; doi: 10.1016/j.jogn.2021.07.003
147. Cato K, Sylvén SM, Georgakis MK, et al. Antenatal depressive symptoms and early initiation of breastfeeding in association with exclusive breastfeeding six weeks postpartum: A longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):49; doi: 10.1186/s12884-019-2195-9
148. Rahman A, Hafeez A, Bilal R, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: A cohort study. *Matern Child Nutr* 2016;12(3):452–462; doi: 10.1111/mcn.12170
149. Horsley K, Nguyen TV, Ditto B, et al. The association between pregnancy-specific anxiety and exclusive breastfeeding status early in the postpartum period. *J Hum Lact* 2019;35(4):729–736; doi: 10.1177/0890334419838482 150. Wallenborn JT, Joseph

- AC, Graves WC, et al. Prepregnancy depression and breastfeeding duration: A look at maternal age. *J Pregnancy* 2018;2018:4825727; doi: 10.1155/2018/4825727
151. Buck CO, Gjelsvik A, Vivier PM, et al. Prenatal exposure to stressful life events and infant breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13(6):426–432; doi: 10.1089/bfm.2017.0200
152. Dugat VM, Chertok IRA, Haile ZT. Association between stressful life events and exclusive breastfeeding among mothers in the United States. *Breastfeed Med* 2019;14(7): 475–481; doi: 10.1089/bfm.2019.0058
153. Kitsantas P, Gaffney KF, Nirmalraj L, et al. The influence of maternal life stressors on breastfeeding outcomes: A US population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019;32(11):1869–1873; doi: 10.1080/14767058.2017.1421929
154. Wallenborn JT, Cha S, Masho SW. Association between intimate partner violence and breastfeeding duration: Results from the 2004–2014 pregnancy risk assessment monitoring system. *J Hum Lact* 2018;34(2):233–241; doi: 10.1177/0890334418757447
155. Eagen-Torkko M, Low LK, Zielinski R, et al. Prevalence and predictors of breastfeeding after childhood abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46(3):465–479; doi: 10.1016/j.jogn.2017.01.002
156. Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, et al. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. *BJOG* 2019;126(6):778–783; doi: 10.1111/1471-0528.15592
157. Miller-Graff LE, Ahmed AH, Paulson JL. Intimate partner violence and breastfeeding outcomes in a sample of low-income women. *J Hum Lact* 2018;34(3):494–502; doi: 10.1177/0890334418776217
158. Shariat M, Abedinia N. The effect of psychological intervention on mother-infant bonding and breastfeeding. *Iranian Journal of Neonatology* 2017;8(1):7–15; doi: 10.22038/ijn.2017.16673.1191
159. Mårdby A-C, Lupattelli A, Hensing G, et al. Consumption of alcohol during pregnancy—A multinational European study. *Women Birth* 2017;30(4):e207–e213; doi: 10.1016/j.wombi.2017.01.003
160. Bakhireva LN, Shrestha S, Garrison L, et al. Prevalence of alcohol use in

- pregnant women with substance use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2018;187:305–310; doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.025
161. Myr R. Promoting, protecting, and supporting breastfeeding in a community with a high rate of tobacco use. *J Hum Lact* 2004;20(4):415–416; doi: 10.1177/0890334404269906
162. Vio F, Salazar G, Infante C. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume. *Am J Clin Nutr* 1991;54(6):1011–1016; doi: 10.1093/ajcn/54.6.1011
163. Clark RRS. Breastfeeding in women on opioid maintenance therapy: A review of policy and practice. *J Midwifery Womens Health* 2019;64(5):545–558; doi: 10.1111/jmwh.12982
164. Stephen JM, Shrestha S, Yakes Jimenez E, et al. Disparities in breastfeeding outcomes among women with opioid use disorder. *Acta Paediatr* 2020;109(5):1064–1066; doi:10.1111/apa.15107
165. Bremer MJ, Knippen KL. Breastfeeding experiences in women from ten states reporting opioid use before or during pregnancy: PRAMS, Phase 8. *Matern Child Health J* 2023;27(4):757–758; doi: 10.1007/s10995-022-03497-0
166. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, et al. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioidexposed infants. *Acta Paediatr* 2013;102(11):1060–1066; doi:10.1111/apa.12378
167. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, et al. Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics* 2006;117(6):e1163-1169–e1169; doi: 10.1542/peds.2005-1561
168. Brocato B, Lewis D, Eyal F, et al. The impact of a prenatal education program for opioid-dependent mothers on breastfeeding rates of infants at risk for neonatal abstinence syndrome. *Adv Ther* 2022;39(7):3104–3111; doi: 10.1007/s12325-022-02146-w
169. Hensel D, Helou NE, Zhang F, et al. The impact of a multidisciplinary opioid use disorder prenatal clinic on breastfeeding rates and postpartum care. *Am J Perinatol* 2022; 41(7):884–890; doi: 10.1055/s-0042-1748526
170. Segura-Pérez S, Hromi-Fiedler A, Adnew M, et al. Impact of breastfeeding

interventions among United States minority women on breastfeeding outcomes: A systematic review. *Int J Equity Health* 2021;20(1):72; doi: 10.1186/s12939-021-01388-4

171. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et al. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137(1): doi: 10.1542/peds.2015-2423

172. Saggurti N, Atmavilas Y, Porwal A, et al. Effect of health intervention integration within women's self-help groups on collectivization and healthy practices around reproductive, maternal, neonatal and child health in rural India. *PLoS One*

2018;13(8):e0202562; doi: 10.1371/journal.pone.0202562 173. Skouteris H, Bailey C, Nagle C, et al. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: A systematic review update. *Breastfeed Med* 2017;12(10): 604–614; doi: 10.1089/bfm.2017.0065

174. Casey JRR, Banks J, Braniff K, et al. The effects of expressing antenatal colostrum in women with diabetes in pregnancy: A Retrospective Cohort Study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019;59(6):811–818; doi: 10.1111/ajo.12966

175. Connolly EL, Reinkowsky M, Giglia R, et al. Education on antenatal colostrum expression and the baby friendly health initiative in an Australian hospital: An audit of birth and breastfeeding outcomes. *Breastfeeding Review* 2019;27(1):21–30.

176. Lamba S, Chopra S, Negi M. Effect of antenatal breast milk expression at term pregnancy to improve post natal lactational performance. *J Obstet Gynaecol India* 2016; 66(1):30–34; doi: 10.1007/s13224-014-0648-7

177. Ferri RL, Rosen-Carole CB, Jackson J, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #33: Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients. *Breastfeed Med* 2020; 15(5):284–293; doi: 10.1089/bfm.2020.29152.rtf

178. Carolina Global Breastfeeding Institute (CGBI). Resources - Ready, set, BABY. 2024. Available from: <https://sph.unc.edu/cgbi/resources-ready-set-baby/>

Os protocolos da ABM caducam após 5 anos a partir da data de publicação. O conteúdo deste protocolo está actualizado no momento da sua publicação. Revisões baseadas na

evidência são feitas dentro de 5 anos ou antes, se existirem mudanças significativas nas evidências.

Anna Jack, MD, IBCLC, *autora principal*

Caroline Mullin, MD

Elizabeth Brown, MD, MPH, IBCLC

Michele Burtner, CNM, MS, MPH, IBCLC

Katherine R. Standish, MD, MS Alecia Fields, DO

Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd, IBCLC

Scott Hartman, MD, *autor senior*

Comissão de Protocolos da Academy of Breastfeeding Medicine

Membros:

Katherine R. Standish, MD, MS, Presidente

Elizabeth Stehel, MD, Co-Presidente

Lawrence Noble, MD, FABM, Responsável das Traduções

Melissa C. Bartick, MD, MS, MPH, FABM, Folhetos para Pais

Maria Enrica Bettinelli, MD, FABM

Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM

Yvonne LeFort, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Michal Young, MD, FABM

Deena R. Zimmerman, MD, MPH, FABM

\*Autora principal.

Tradução para Português-PT

Lígia Moraes, IBCLC

Revisão técnica

Mónica Pina, MD, FABM, EABM

Certified Translation: this translation has been approved by the Academy of Breastfeeding Medicine.

Tradução certificada: esta tradução foi aprovada pela Academy of Breastfeeding Medicine

Para correspondência: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

Breastfeeding Medicine Volume 19, Number 8, 2024

© 2024, Mary Ann Liebert, Inc., publishers

<https://doi.org/10.1089/bfm.2024.0203>

Data da tradução: Setembro 2024