

Protocolo Clínico #2 ABM: Diretrizes para Alta Hospitalar Pós-Parto de Díades em Amamentação, Revisado 2022

Adrienne E. Hoyt-Austin,¹ Laura R. Kair,¹ Ilse A. Larson,² and Elizabeth K. Stehel³;
e Academia de Medicina da Amamentação

Resumo

Um objetivo principal da Academia de Medicina da Amamentação (Academy of Breastfeeding Medicine – ABM) é o desenvolvimento de protocolos clínicos para manejo de condições médicas comuns que podem impactar no sucesso da amamentação. Esses protocolos servem apenas como guias para o cuidado de mãe e bebês e não determinam uma linha exclusiva de tratamento ou servem como padrão de cuidado médico. Variações no tratamento podem ser adequadas de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

Introdução

Preparação para a alta e planejamento claro da transição após internação para parto hospitalar são recomendados como parte das boas práticas no cuidado pós-parto e neonatal e são componentes essenciais de um programa mais extenso para melhorar os desfechos de amamentação e redução da mortalidade.^{1,2} Globalmente, ~300.000 mulheres morrem durante o parto ou nas semanas subsequentes ao parto a cada ano (211 a cada 100.000), e o risco de mortalidade durante o parto é estimado em 1 em 190 pessoas.³ Para recém-nascidos com <28 dias, a taxa de mortalidade global é de 17 para 1.000 nascidos vivos (1.700 a cada 100.000) e correspondem à vasta maioria das mortes abaixo de 5 anos de idade.⁴ Recém-nascidos estão em maior risco de desfechos adversos precoces; globalmente, 75% das mortes em recém-nascidos acontecem na primeira semana após o nascimento.⁵

A amamentação exclusiva é associada com melhora nas taxas de mortalidade neonatal, particularmente em países de baixa e média renda.⁶⁻⁸ Iniciativas que promovem a amamentação como contato pele-a-pele não aumentam a mortalidade neonatal dentro da primeira semana de vida. Entretanto, existe controvérsia sobre se deve ser desaconselhado que as mães peguem no sono enquanto seguram seus recém-nascidos em contato pele-a-pele.⁹ Em muitos países de alta renda, desigualdades na saúde impulsionadas por racismo estrutural e outras formas de discriminação contribuem de maneira importante para desfechos ruins maternos e infantis. As taxas de mortalidade neonatal e materna são maiores entre negros nos EUA e população aborígine da Austrália.¹⁰⁻¹² Avaliação adequada do recém-nascido e sua mãe durante e após o parto é importante para reduzir desfechos adversos e garantir amamentação de sucesso por longo período.¹³

Ao redor do mundo, partos ocorrem tanto dentro como fora de hospitais. Algumas das considerações do presente protocolo podem ser relevantes (p. ex. fatores de risco para dificuldades na amamentação, perda de peso, icterícia) independente do local de nascimento, mas outros podem não ser relevantes para nascimentos fora do hospital. Apesar desse

protocolo focar na prontidão para alta sob a perspectiva de segurança para o recém-nascido e habilidade para amamentar, deve-se considerar cuidadosamente a saúde física e mental materna com o objetivo de minimizar a separação mãe-bebê. Mais informações sobre alta hospitalar segura da mãe pode ser encontrada através dos protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS – WHO na sigla em inglês) e do Instituto Nacional de Saúde e Excelência em Cuidados do Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence U.K.*).^{1,14}

As recomendações aqui neste protocolo se aplicam à alta de bebês a termo saudáveis em amamentação. Informações acerca da alta de bebês que necessitaram cuidados intensivos estão disponíveis no Protocolo da ABM de #12, sobre o cuidado de prematuros tardios e a termo precoce pode ser encontrado no Protocolo da ABM de #10, e sobre políticas da maternidade no Protocolo da ABM #7.¹⁵⁻¹⁷

Recomendações

Para cada recomendação, a qualidade da evidência (níveis de evidência 1,2, e 3) e o grau de recomendação (A, B, e C) estão anotados como definido pelos critérios do sistema SORT (*strength of recommendation taxonomy*).¹⁸ As recomendações estão resumidas na Tabela 1.

Suporte de amamentação intra-hospitalar

1. *O suporte de amamentação deve ser continuado durante o período de hospitalização para o parto e as díades devem ser direcionadas para apoio extra após a hospitalização.*^{2,19-24}

A ABM apoia as políticas e procedimentos de parto hospitalar delineadas pela iniciativa dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno dentro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS e UNICEF.² O apoio durante a internação deve vir de um profissional da saúde treinado em amamentação.^{25,26}

¹Department of Pediatrics, University of California Davis Medical Center, Sacramento, California, USA.

²Department of Pediatrics, University of California San Francisco, San Francisco, California, USA.

³Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA.

As avaliações formais podem incluir avaliação de posicionamento e pega no seio com atenção especial à deglutição audível como um sinal de transferência de leite, peso do recém-nascido, presença de icterícia, padrões das eliminações (incluindo anotação da frequência, cor e tamanho das fezes e presença de cristais de urato). O aconselhamento deve incluir demonstração prática da pega adequada ao seio e como realizar ordenha de leite materno.^{27,28} Nas situações em que a permanência no hospital perdura ao longo da semana, essas avaliações podem continuar até que a amamentação esteja estabelecida com sucesso, quando então podem reduzir na frequência.

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: A.

Riscos para desmame precoce

2. *Todas as preocupações como dor mamilar, dificuldade para ordenhar leite, percepção de produção inadequada, e qualquer necessidade de suplementação percebida deve ser prontamente avaliada e resolvida.*^{19,28,29}

Em países onde a alta após o parto hospitalar geralmente acontece entre 1,5 e 2 dias após o parto vaginal e 2 a 4 dias após a cesariana, existem importantes considerações.³⁰ O peso do bebê ao nascimento e o percentil ou porcentagem de perda de peso devem ser aferidos; a frequência da avaliação vai depender da provável data de alta e recomendações nacionais.³⁰ A alta pode precisar ser adiada se a perda de peso do lactente for acima do esperado e se um plano de seguimento da amamentação não for possível.

Níveis de evidência: 2, 3. Grau de recomendação: B.

3. *A diáde mãe/bebê se beneficia de uma educação em amamentação voltada para a família, que foca em melhorar o apoio materno, paterno/parceiro, e de demais membros da família à amamentação.*

Essa abordagem mostrou melhorar os desfechos da amamentação aos 6 meses.³¹⁻³⁵ A antecipação de problemas com a amamentação deve ser realizada baseada nos fatores de risco materno e infantil, tratadas no Protocolo da ABM #7 Política de Maternidade Modelo e no Protocolo da ABM #3 Alimentação Suplementar.^{17,36}

Níveis de evidência: 1, 2. Grau de recomendação: B.

4. *Em comunidades com taxas de amamentação abaixo do esperado devido a desigualdades na saúde, incluindo racismo estrutural e intolerância, é importante intervir em diversos níveis utilizando métodos integrativos para melhor apoiar a saúde da mãe e do bebê em amamentação.*^{11,12,37,38}

Métodos integrativos incluem comunicação culturalmente apropriada, melhora no acesso a saúde, continuidade do cuidado, e incorporação de temas de saúde materna quando aconselhando a respeito das intenções, exclusividade e duração da amamentação.

Pessoas que enfrentam barreiras complexas para amamentar vão se beneficiar de uma abordagem integrativa em que estratégias completas substituam as atuais intervenções desconexas que falham em atender as necessidades social e psicológica. Essas estratégias precisam funcionar perfeitamente em toda a sociedade e através das instituições a nível individual, interpessoal, comunitário, político, e de macrossistema, enquanto levam em consideração o contexto histórico-social.³⁴

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

5. *Todas as preocupações com a amamentação, sejam levantadas pela equipe hospitalar ou pela mãe, devem ser avaliadas por uma consultora em amamentação, conselheira, ou profissional da saúde com conhecimento da área de amamentação antes da alta da mãe e do bebê.*^{39,40}

Existem múltiplos fatores de risco para desmame precoce, alguns deles sendo percepção de baixa produção de leite, separação da dupla mãe/bebê após o nascimento, parto vaginal assistido, cesariana, mãe fumante, mãe usuária de drogas, falta de apoio familiar ou da equipe médica, violência doméstica, idade materna precoce, baixa escolaridade materna, falta de licença maternidade remunerada, e retorno materno ao trabalho.⁴¹⁻⁴⁶

Existem inúmeros fatores de risco para o atraso da lactogênese (início da lactogênese II >72 horas pós-parto) incluindo diabetes materno, uso de álcool durante a gestação, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo com score ≥ 10 , idade materna avançada.^{47,48} Mulheres que desejam amamentar e que passam por (ou estão em risco para) atraso na lactogênese II, tem maior risco de descontinuar a amamentação precocemente.⁴⁹ Mulheres com sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) ou obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) tem menos chance de começar a amamentar, menos chance de amamentar exclusivo, e mais risco de desmame precoce.^{19,50-56}

Fatores de risco relacionados ao bebê para problemas com a amamentação, incluindo anquiloglossia, anormalidades anatômicas de orofaringe, hipotonia, prematuridade, e outras condições, devem ser avaliadas e planos de apoio específicos para cada caso devem ser desenhados antes da alta. Anquiloglossia é discutida na Declaração de Posição da ABM sobre o assunto.⁵⁷

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: B.

Riscos da alta precoce

6. *Alta precoce deve ser cuidadosamente considerada em bebês em amamentação exclusiva, uma vez que existe o risco de readmissão secundária a hiperbilirrubinemia (icterícia neonatal) e desidratação.*⁵⁸⁻⁶¹

Permanência hospitalar mais longa e medicalização da alimentação do recém-nascido não são necessariamente associadas a melhores desfechos de amamentação.⁶²⁻⁶⁴ A menor permanência hospitalar do lactente e sua mãe deve ser 24 horas após o parto.^{13,65,66} Locais que dão alta mais cedo que isso devem organizar acordos para garantir seguimento adequado.

Antes da alta, é importante garantir que tanto mãe quanto bebê estão estáveis. O lactente deve ter recebido as intervenções e rastreamentos recomendados localmente ou por diretriz nacional (p.ex. vitamina K, vacina para hepatite B, colírio de eritromicina, rastreamentos do recém-nascido, início de vitamina D). Outras considerações são que a dor materna tenha sido manejada, amamentação tenha iniciado com sucesso, orientações consistentes e práticas de todos os profissionais (p. ex. médico, obstetrix, enfermeira, consultora em amamentação) tenham sido oferecidas à família, e apoio profissional seja colocado à disposição após a alta.⁶⁷ A alta pode ser adiada até que todas essas questões estejam resolvidas e os acompanhamentos organizados.

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: B.

Consideração da perda de peso no recém-nascido

7. *Quando alimentação suplementar é clinicamente indicada, providenciar métodos alternativos para suplementação (p. ex. seringa, copinho, etc., versus mamadeira) é fator protetor de qualquer amamentação e da amamentação exclusiva em bebês prematuros e pode ser utilizada em bebês a termo.*^{2,68,69}

TABELA 1. RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES E TAXONOMIA DO GRAU DA RECOMENDAÇÃO

<i>Recomendação</i>	<i>SORT</i>		<i>Recomendação</i>	<i>SORT</i>	
	<i>NE</i>	<i>GR</i>		<i>NE</i>	<i>GR</i>
<p>Suporte de amamentação intra-hospitalar</p> <p>O suporte de amamentação deve ser continuado durante o período de hospitalização para o parto e as díades devem ser direcionadas para apoio extra após a hospitalização.</p>	1-3	A	<p>Kits de alta contendo fórmula infantil, chupetas, ou materiais de propaganda comercial se referindo a fórmula ou alimentos infantis, não devem ser distribuídos. Esses produtos atrapalham a amamentação, o que pode levar a desmame precoce.</p>	1,2	A
<p>Riscos para desmame precoce</p> <p>Todas as preocupações como dor mamar, dificuldade para ordenhar leite, percepção de produção inadequada, e qualquer necessidade de suplementação percebida deve ser prontamente avaliada e resolvida.</p>	2,3	B	<p>Orientação antecipatória sugerida</p> <p>Uma abordagem centrada na família sobre o que esperar no período pós-parto e como auxiliar uma lactante.</p>	1-3	B
<p>A díade mãe/bebê se beneficia de uma educação em amamentação voltada para a família, que foca em melhorar o apoio materno, paterno/parceiro, e de demais membros da família à amamentação.</p>	1,2	B	<p>Toda lactante deve receber apoio e orientação sobre a técnica de ordenha manual para aliviar ingurgitamento e obter leite para alimentar o recém-nascido caso haja separação da dupla ou o lactente não esteja conseguindo se alimentar diretamente do seio.</p>	2	B
<p>Em comunidades com taxas de amamentação abaixo do esperado devido a desigualdades na saúde, incluindo racismo estrutural e intolerância, é importante intervir em diversos níveis utilizando métodos integrativos para melhor apoiar a saúde da mãe e do bebê em amamentação.</p>	2	B	<p>Continuidade do cuidado em amamentação e transições</p> <p>Orientação coordenada, e encaminhamento por problemas com a amamentação que podem ocorrer após alta hospitalar precoce, é importante para o melhor apoio da dupla mãe/bebê.</p>	3	C
<p>Todas as preocupações com a amamentação, devem ser avaliadas por uma consultora em lactação, conselheira, ou profissional da saúde com conhecimento da área de amamentação antes da alta da mãe e do bebê.</p>	1-3	B	<p>Tipo e momento do seguimento após parto hospitalar</p> <p>Consultas pós-parto por profissionais ou agentes comunitários de saúde para mãe e bebê são recomendadas após a alta.</p>	1-3	A
<p>Riscos da alta precoce</p> <p>Alta precoce deve ser cuidadosamente considerada em bebês em amamentação exclusiva, uma vez que existe o risco de readmissão secundária a hiperbilirrubinemia e desidratação.</p>	1-3	B	<p>Visitas ao consultório ou domiciliares com a díade podem acontecer, já que não há evidência de diferença nos desfechos de saúde entre consultório versus domiciliar.</p>	1,2	B
<p>Consideração da perda de peso no recém-nascido</p> <p>Quando alimentação suplementar é clinicamente indicada, providenciar métodos alternativos para suplementação (p. ex. seringa, copinho, etc., versus mamadeira) é fator protetor de qualquer amamentação e da amamentação exclusiva em bebês prematuros e pode ser utilizada em bebês a termo.</p>	1,2	A	<p>Recém-nascidos que recebem alta antes de 48 horas de vida, devem ser avaliados em 24 a 48 horas após a alta.</p>	2,3	C
<p>A importância do cuidado baseado na díade mãe/bebê</p> <p>Sempre que possível, a díade mãe/bebê não deve ser separada, deve amamentar frequentemente, utilizar método mãe-canguru, e aprender técnicas de ordenha quando separadas.</p>	1,2	B	<p>Seguimento após parto hospitalar para apoiar amamentação</p> <p>No momento da alta, as famílias devem ser conectadas com apoio ambulatorial em amamentação, que pode ser pessoalmente ou por telemedicina.</p>	2-3	B
<p>Sacolas de alta/Presentes fornecidos pelo hospital</p> <p>As famílias se beneficiam de materiais educacionais apropriados, baseados em evidências, livres de viés comercial, sobre amamentação durante a hospitalização, alta e pós-alta. Produtos com viés comercial podem encorajar práticas nocivas à amamentação e levar ao desmame precoce.</p>	2	B	<p>Visitas em consultório, domiciliar, por vídeo com um profissional da lactação e grupos de apoio entre leigos devem fazer parte de um acompanhamento padrão, pois mostraram aumentar amamentação exclusiva, tempo de amamentação, e são custo-efetivos.</p> <p>Materiais educativos, incluindo aqueles entregues através da internet ou dispositivo móvel, também podem contribuir para o sucesso do aleitamento e tendem a ser mais efetivos em locais com baixas taxas basais de amamentação.</p>	1-3	B

NE, nível de evidência; GR, grau de recomendação; SORT, sistema de taxonomia do grau de recomendação.

No recém-nascido a termo, perda de peso excessiva (p. ex. perda >7% na Ferramenta NEWT – *Newborn Weight Loss Tool* ou perda >10% do peso de nascimento), ou <1 urina e fezes por dia de vida deve levar a uma avaliação imediata da amamentação.⁷⁰ Muitos, mas não todos os lactentes, recuperam o peso perdido dentro de 7-14 dias após o nascimento.

A velocidade em que o peso é recuperado está relacionada ao tipo de parto (vaginal ou cesárea). Alguns bebês levam > 14 dias para recuperar o peso, especialmente quando nascidos via cesariana.^{71,72} Suplementação por indicação médica é recomendada na seguinte ordem: leite da própria mãe ordenhado, se indisponível, leite de banco de leite humano, se indisponível, fórmula como delineado no Protocolo ABM #3.³⁶

Níveis de evidência: 1, 2. Grau de recomendação: A.

A importância do cuidado baseado na díade mãe/bebê

8. *Se a mãe está pronta para a alta mas o bebê não, ou vice-versa, ambos devem continuar em alojamento conjunto por um período de 24 horas para facilitar a amamentação e otimizar a saúde da dupla. A mãe deve ser encorajada a passar o máximo de tempo possível com o lactente hospitalizado, amamentar frequentemente, praticar o método mãe-canguru, e devem ser ensinadas à mãe as técnicas para ordenha para que o lactente hospitalizado possa receber leite materno se houver a separação da díade.*^{19-21,23}

É necessário garantir que a mãe tenha acesso a uma bomba extratora ou saiba realizar ordenha manual se uma bomba não está disponível e que orientação de alto nível em relação ao uso da bomba seja oferecida.⁷³ Devem ser montados programas para empréstimo de bombas extratoras de leite para uso domiciliar se a mãe não tem acesso a uma bomba de outra forma. Se existem dificuldades com o uso da bomba e/ou problemas com a produção de leite, é indicado o encaminhamento precoce a uma consultora de amamentação e/ou um médico com conhecimento no manejo médico da amamentação.

Todos os hospitais e casas de parto devem desenvolver uma política para apoiar lactentes hospitalizados e lactantes como delineado no Protocolo da ABM #35.⁶⁹ Os dados acerca de fornecimento de bombas extratoras durante ou após internação para duplas mãe-bebê que não foram separadas e melhora nos índices de aleitamento materno exclusivo são inconclusivos.^{74,75}

Níveis de evidência: 1, 2. Grau de recomendação: B.

Sacolas de alta/Presentes fornecidos pelo hospital

9. *As famílias se beneficiam de materiais educacionais apropriados, baseados em evidências, livres de viés comercial, sobre amamentação durante a hospitalização, alta, e pós-alta.*^{74,76,77}

O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS deve ser seguido em países onde esse código faz parte da lei e em hospitais membros da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e o uso do mesmo configura boas práticas em quaisquer outros locais.⁷⁸

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

10. *Kits de alta contendo fórmula infantil, chupetas, ou materiais de propaganda comercial se referindo a fórmula ou alimentos infantis, não devem ser distribuídos e não estão de acordo com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.*⁷⁸ *Esses produtos atrapalham o começo e a continuidade da amamentação, o que pode levar a desmame precoce.*^{76,79-82}

Níveis de evidência: 1, 2. Grau de recomendação: A.

Orientação antecipatória sugerida

11. *Uma abordagem centrada na família sobre o que esperar no período pós-parto pode apoiar a dupla em amamentação, já que a falta de apoio familiar e social é bem descrita como sendo um fator de risco para o desmame precoce.*^{29,45,83-86}

Orientação antecipatória culturalmente relevante no idioma da família deve ser realizada antes da alta, com fornecimento de materiais de apoio por escrito. Fóruns *online* e aplicativos de celular recomendados ou produzidos por profissionais da área da saúde podem reduzir a confusão e a exposição a informação incorreta.⁸⁷

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: B.

12. *Toda lactante deve receber apoio e orientação sobre a técnica de ordenha manual para aliviar ingurgitamento e obter leite para alimentar o recém-nascido caso haja separação da dupla ou o lactente não esteja conseguindo se alimentar diretamente do seio.*^{2,27,87}

Tópicos de orientação antecipatória podem incluir problemas a esperar e situações em potencial que requerem avaliação imediata:

- Prevenção e manejo de ingurgitamento
- Interpretação dos sinais de fome do bebê, amamentação responsiva baseada nos sinais, e expectativa em relação à frequência das mamadas
- Indicadores de ingestão e hidratação adequadas
- Sinais de icterícia excessiva
- Segurança do sono e riscos e benefícios da cama compartilhada, ver Protocolo da ABM #6⁸⁸

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

Continuidade do cuidado em amamentação e transição do mesmo

13. *Em particular, a orientação coordenada, e encaminhamento por problemas com a amamentação que podem ocorrer após alta hospitalar precoce, é importante para o melhor apoio da dupla mãe/bebê.*⁸⁹

Se a equipe da maternidade, do cuidado materno, e do bebê, não são a mesma pessoa, é importante haver comunicação coordenada para otimizar o seguimento da dupla. Veja Protocolo da ABM #10 para mais detalhes sobre bebês prematuro tardio e a termo precoce.¹⁶

Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.

Tipo e momento do seguimento após parto hospitalar

14. *Consultas pós-parto para ambos membros da dupla mãe/bebê são recomendadas independentemente do local de nascimento.*

Consultas após a alta podem acontecer no consultório do profissional ou na casa da paciente. Desde 2013, as recomendações da OMS em cuidado pós-natal incluem uma avaliação da mãe e do bebê dentro de 24 horas após um parto domiciliar. Para parto hospitalar vaginal, a OMS recomenda 24 horas de observação após o parto.⁹⁰ Avaliação pós-natal das condições de saúde da mãe e do bebê são recomendadas no terceiro dia de vida (48-72 horas), 1-2 semanas, e 6 semanas após todos os nascimentos.⁹⁰

Em países com permanência hospitalar mais longa, acompanhamento de rotina pode ser recomendado em diferentes intervalos. Cuidado pós-parto domiciliar realizado por profissionais da saúde e/ou agentes comunitários de saúde está

associado com redução da mortalidade neonatal, taxas mais altas de aleitamento materno exclusivo, aumento da satisfação materna com o cuidado pós-parto, redução do uso de serviços de saúde para o lactente, e é custo-efetivo, particularmente em países de baixa e média renda.⁹¹⁻⁹⁶ Visitas domiciliares não se mostraram ser custo-efetivas em estudos baseados nos EUA.^{97,98}

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: A.

15. *Em muitos locais, visitas ao consultório ou domiciliares com a mãe podem acontecer, já que não há evidência de diferença nos desfechos de saúde entre consultório versus domiciliar.*^{99,100}

O acompanhamento da mãe pode ser realizado com o profissional que deu assistência ao parto (p. ex. obstetra, médico de família, ou obstetrix) ou com um clínico geral que pode não ter assistido diretamente ao parto.

Níveis de evidência: 1, 2. Grau de recomendação: B.

16. *Os recém-nascidos que recebem alta antes de 48 horas de vida, devem ser avaliados dentro de 24 a 48 horas após a alta.*^{65,66,101}

Em países em que a alta hospitalar é comum dentro de 72 horas após o nascimento, consultas onde a amamentação possa ser avaliada devem ser agendadas antes da alta da mãe e do recém-nascido (tanto em consultório como domiciliar). Profissionais devem se atentar que muitos lactentes que recebem alta dentro de 48 horas não recebem o seguimento precoce recomendado.^{102,103} Barreiras para a avaliação do recém-nascido após a alta podem ser doenças maternas, falta de transporte confiável, falta de entendimento da importância do seguimento em bebês saudáveis.^{102,104}

Recém-nascidos que não são avaliados dentro do tempo recomendado após o nascimento tem riscos mais altos de readmissão no hospital.¹⁰⁵ Métodos inovadores de comunicação com as famílias como mensagens de texto, monitoramento através da internet, e telefonemas, mostraram levar a maior probabilidade de acompanhamento pós-alta e apoio da amamentação no tempo correto.¹⁰⁶⁻¹⁰⁹ Em países onde as internações após o parto são mais longas (p. ex. 5 dias), a saúde do lactente e a amamentação podem ser avaliadas ao longo da permanência; a maioria dos recém-nascidos terão atingido o nadir de perda de peso e o pico fisiológico dos níveis de bilirrubina antes da alta. Nesses casos, a consulta pós-alta pode ser agendada para um momento mais distante (p. ex. com 2 semanas de vida).

Níveis de evidência: 2, 3. Grau de recomendação: C.

Seguimento após parto hospitalar para apoiar amamentação

17. *No momento da alta, as famílias devem ser conectadas com apoio ambulatorial em amamentação, que pode ser em ambiente de cuidados de saúde, domiciliar ou através de telemedicina.*^{2,110,111}

Os tipos de suporte disponível são diversos e variam de acordo com a localização, os recursos locais, e preferência da paciente. A continuidade da iniciativa do Hospital Amigo da Criança através da Iniciativa Comunidade Amiga da Criança, um sistema de apoio comunitário entre mães, tem sido associado com redução na mortalidade infantil, melhora dos índices de aleitamento materno, e redução da introdução precoce de substitutos do leite materno.¹¹² Suporte domiciliar com doula pode reforçar a confiança dos pais e resulta em uma interação mais positiva com o sistema de saúde.^{113,114}

Níveis de evidência: 2, 3. Grau de recomendação: B.

18. *Consultas em ambulatório ou domiciliar com um profissional da lactação deve fazer parte de um acompanhamento padrão.*

Em particular, o apoio com a amamentação que inclui interação presencial e frequente podem prevenir desmame precoce.¹¹⁵⁻¹¹⁷ No mundo todo, o contato proativo após o parto hospitalar, através de telefone ou vídeo, realizado por profissional da saúde especializado em lactação, mostrou ser bem recebido pelas famílias e demais profissionais e demonstrou melhora nas taxas de amamentação exclusiva.¹¹⁸⁻¹²¹ Grupos de apoio entre leigos, tanto presenciais quanto *online*, mostraram que aumentam a amamentação exclusiva e o tempo de amamentação, e são custo-efetivos.¹²²⁻¹³²

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: B.

19. *Materiais educativos, incluindo aqueles entregues através da internet ou dispositivo móvel, também podem contribuir para o sucesso do aleitamento e tendem a ser mais efetivos em locais com baixas taxas basais de amamentação.*¹³³

Essas intervenções podem apoiar a autossuficiência da mãe, conectar com profissionais da saúde, ajudar com a pega, e apoiar a amamentação em geral.¹³⁴⁻¹³⁷ Por fim, fóruns *online* de apoio e aplicativos móveis são comumente acessados por novas famílias, apesar de a qualidade do conteúdo, quantidade de material educacional, e atenção à diversidade, variarem entre os produtos.¹³⁸⁻¹⁴⁵

Níveis de evidência: 1-3. Grau de recomendação: B.

Áreas para Pesquisas Futuras

Muitas das recomendações clínicas nesse protocolo são baseadas em evidência, mas áreas para estudos futuros ainda existem. Métodos para apoiar lactantes e recém-nascidos durante a internação para o parto são bem descritos pela literatura médica e pelas práticas padronizadas e políticas estabelecidas pelos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno dentro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS. Após a alta hospitalar, é evidente que qualquer apoio com a amamentação está associado com melhora das taxas de amamentação exclusiva/qualquer; entretanto, há limites para a generalização já que não existem muitos estudos bem controlados que avaliam o efeito de políticas governamentais ou de amplo espectro para apoiar a amamentação após a alta do parto hospitalar.¹¹⁰

Além disso, não existe um método de seguimento para mulheres e bebês após o parto padronizado globalmente. Onde existem sistemas, eles não são aplicados plenamente; existe diferença no cuidado baseada em raça, etnia, situação socioeconômica, nível de escolaridade, tipo de contribuinte (com seguro versus sem). Nós recomendamos novos estudos bem desenhados, como sugerido por Tiruneh et al., para elucidar e padronizar visitas domiciliares pós-parto e cuidados com o recém-nascido.⁹¹

Estudos bem desenhados utilizando telemedicina após um parto hospitalar, especificamente avaliando a segurança e efetividade clínica de oferecer cuidado geral de pediatria, obstetrícia e lactação, precisam ser conduzidos. Pesquisas e colaboração com a comunidade são necessárias para abordar a morbidade e mortalidade materna e infantil em populações que enfrentam falta de equidade em cuidados de saúde.¹⁰⁻¹² Por fim, são necessários estudos que avaliem o impacto a longo prazo de pandemias, endemias e desastres naturais em desfechos de nascimentos, partos hospitalares e alta.

Informação de Financiamento

O trabalho do Dr. Hoyt-Austin foi apoiado pelo programa *Quality, Safety, and Comparative Effectiveness Research Training in Primary Care (QSCERT-PC)* financiado

pelo HRSA T32HP30037. O trabalho dos Drs. Hoyt-Austin e Kair é também apoiado pelo *National Center for Advancing Translational Sciences, National Institutes of Health (NIH)*, através da concessão número UL1 TR001860. O esforço do Dr Kair também é apoiado pelo *Building Interdisciplinary Research Careers in Women's Health* da concessão (K12 HD051958) financiado pelo *National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), Office of Research on Women's Health, Office of Dietary Supplements, and the National Institute of Aging*.

Declaração de Conflitos de Interesse

Não há nenhum conflito de interesse financeiro. O conteúdo deste é responsabilidade somente dos autores e não necessariamente representa a visão oficial do NIH (*National Institutes of Health*).

Referências

- WHO Safe Childbirth Checklist Collaboration Evaluation Report. Geneva, 2017. Available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259953/9789241511490-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed March 24, 2021).
- Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services—the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018. Available at <http://apps.who.int/bookorders> (accessed February 5, 2021).
- Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva, 2019. Available at <http://apps.who.int/bookorders> (accessed April 6, 2021).
- Sharrow D, Hug L, Liu Y, et al. Levels & Trends in Child Mortality: Estimates Developed by the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. New York, New York, 2020. Available at: <https://www.unicef.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf.pdf> (accessed March 1, 2022).
- Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365:891–900.
- Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;1:1–186. DOI:10.1542/gr.18-2-15.
- Edmond K, Newton S, Hurt L, et al. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016;4:266–275.
- Liang LD, Kotadia N, English L, et al. Predictors of mortality in neonates and infants hospitalized with sepsis or serious infections in developing countries: a systematic review. *Front Pediatr* 2018;6:277.
- Bartick M, Boisvert ME, Philipp BL, et al. Trends in breastfeeding interventions, skin-to-skin care, and sudden infant death in the first 6 days after birth. *J Pediatr* 2020;218:11–15.
- Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L, et al. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020;117:21194–21200.
- Sivertsen N, Anikeeva O, Deverix J, et al. Aboriginal and Torres Strait Islander family access to continuity of health care services in the first 1000 days of life: A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2020;20. DOI: 10.1186/s12913-020-05673-w
- Chen L, Xiao L, Auger N, et al. Disparities and trends in birth outcomes, perinatal and infant mortality in Aboriginal vs. non-aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada 1996–2010. *PLoS One* 2015;10:e0138562.
- Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, et al. Evidencebased updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants ≥35 weeks. *Pediatrics* 2020;145:e20183696.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical Guideline. Nice 2017:1–90. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (accessed March 25, 2021).
- Noble LM, Okogbule-Wonodi AC, Young MA, et al. ABM clinical protocol #12: Transitioning the breastfeeding preterm infant from the neonatal intensive care unit to home, revised 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:230–236.
- Boies EG, Vaucher YE. ABM clinical protocol #10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:494–500.
- Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–575.
- Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature—American family physician. Vol 69; 2004. Available at www.aafp.org/afp (accessed March 25, 2021).
- Gubler T, Krahenmann F, Roos M, et al. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: A Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med* 2013;41:331–339.
- Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD006641.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
- Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0180722.
- Cottrell BH, Detman LA. Breastfeeding concerns and experiences of African American mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013;38:297–304.
- Yotebieng M, Labbok M, Soeters HM, et al. Ten steps to successful breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR congo: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* 2015;3:e546–e555.
- WHO/UNICEF. Ensuring competency of direct care providers to implement the baby-friendly hospital initiative. 2020:1–40. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854> (accessed March 1, 2022).
- World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). BFHI-Training-Course-for-Maternity-Staff. 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915> (accessed March 1, 2022).
- Hennessy M, Byrne M, Laws R, et al. “They just need to come down a little bit to your level”: A qualitative study of parents' views and experiences of early life interventions to promote healthy growth and associated behaviours. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:3605.
- Witt AM, Bolman M, Kredit S. Mothers value and utilize early outpatient education on breast massage and hand expression in their self-management of engorgement. *Breastfeed Med* 2016;11:433–439.
- Yilmaz E, Dog˘a O˘cal F, Vural Yilmaz Z, et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the

- attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obs Gynecol* 2017;14:1–9.
30. Kilpatrick Lu-Ann Macones, George A. SJP, ed. Guidelines for Perinatal Care, 8th Edition. Elk Grove Village, IL; Washington, DC: American Academy of Pediatrics; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017.
 31. Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-centered breastfeeding education to promote primiparas' exclusive breastfeeding in China. *J Hum Lact* 2018;34:365–378.
 32. Fu I, Fong D, Heys M, et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: A multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG* 2014;121:1673–1683.
 33. 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). DOI: 10.1111/mcn.12705.
 34. Martin SL, McCann JK, Gascoigne E, et al. Mixed methods systematic review of behavioral interventions in low- and middle-income countries to increase family support for maternal, infant, and young child nutrition during the first 1000 days. *Curr Dev Nutr* 2020;4:nzaa085.
 35. Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, et al. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women Birth* 2017;30:146–152.
 36. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. ABM clinical protocol #3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:188–198.
 37. Johnson A, Kirk R, Rosenblum KL, et al. Enhancing breastfeeding rates among African American women: A systematic review of current psychosocial interventions. *Breastfeed Med* 2015;10:45–62.
 38. Morrow AL, McClain J, Conrey SC, et al. Breastfeeding disparities and their mediators in an urban birth cohort of black and white mothers. *Breastfeed Med* 2021;16:452–462.
 39. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact* 2016;32:530–541.
 40. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2019;14:42.
 41. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med* 2010;5:159–164.
 42. Coy KC, Haight SC, Anstey E, et al. Postpartum marijuana use, perceptions of safety, and breastfeeding initiation and duration: an analysis of PRAMS data from seven states, 2017. *J Hum Lact* 2021;37:803–812.
 43. Zitkute V, Snieckuviene V, Zakareviciene J, et al. Reasons for breastfeeding cessation in the first year after childbirth in Lithuania: A prospective cohort study. *Medicina* 2020;56:226.
 44. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J* 2017;12. DOI: 10.1186/s13006-017-0110-4.
 45. Mangrio E, Persson K, Bramhagen A-C. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: A systematic review. *Scand J Caring Sci* 2018;32:451–465.
 46. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients* 2019;11:2266.
 47. De Bortoli J, Amir LH. Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabet Med* 2016;33:17–24.
 48. Rocha BO, Machado MP, Bastos LL, et al. Risk factors for delayed onset of lactogenesis II among primiparous mothers from a Brazilian baby-friendly hospital. *J Hum Lact* 2020;36:146–156.
 49. Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, et al. Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *J Pediatr* 2012;161:608–614.
 50. Preusting I, Brumley J, Odibo L, et al. Obesity as a predictor of delayed lactogenesis II. *J Hum Lact* 2017;33:684–691.
 51. 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;74:490–516.
 52. Marchi J, Berg M, Dencker A, et al. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: A systematic review of reviews. *Obes Rev* 2015;16:621–638.
 53. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, et al. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2014;10:166–183.
 54. 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:CD012099.
 55. Lepe M, Bacardi Gasco'n M, Castañeda-González LM, et al. Effect of maternal obesity on lactation: Systematic review. *Nutr Hosp* 2011;26:1266–1269.
 56. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:9.
 57. LeFort Y, Evans A, Livingstone V, et al. Academy of breastfeeding medicine position statement on ankyloglossia in breastfeeding dyads. *Breastfeed Med* 2021;16:278–281.
 58. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, et al. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics* 2015;135:314–321.
 59. Jones E, Taylor B, Rudge G, et al. Hospitalisation after birth of infants: Cross sectional analysis of potentially avoidable admissions across England using hospital episode statistics. *BMC Pediatr* 2018;18:390.
 60. Flaherman V, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Health care utilization in the first month after birth and its relationship to newborn weight loss and method of feeding. *Acad Pediatr* 2018;18:677–684.
 61. Blumovich A, Mangel L, Yochpaz S, et al. Risk factors for readmission for phototherapy due to jaundice in healthy newborns: A retrospective, observational study. *BMC Pediatr* 2020;20:248.
 62. Knudsen RK, Kruse AR, Lou S. Parents' experiences of early discharge after a planned caesarean section: A qualitative interpretive study. *Midwifery* 2020;86:102706.
 63. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women Birth* 2017;30:e281–e291.
 64. Jones E, Taylor B, MacArthur C, et al. Early postnatal discharge for infants: A meta-analysis. *Pediatrics* 2020;146:e20193365.
 65. Benitz WE, Watterberg KL, Aucott S, et al. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics* 2015;135:948–953.
 66. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatr Child Health* 2018;23:515–531.
 67. James L, Sweet L, Donnellan-Fernandez R. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women Birth* 2017;30:87–99.
 68. McKinney CM, Glass RP, Coffey P, et al. Feeding neonates by cup: A systematic review of the literature. *Matern Child Health J* 2016;20:1620–1633.

69. Bartick M, Hernáandez-Aguilar M, Wight N, et al. ABM clinical protocol #35: Supporting breastfeeding during maternal or child hospitalization. *Breastfeed Med* 2021;16:664–674.
70. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
71. Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, et al. Weight change nomograms for the first month after birth. *Pediatrics* 2016;138:e20162625.
72. Wilbaux M, Kasser S, Gromann J, et al. Personalized weight change prediction in the first week of life. *Clin Nutr* 2019;38:689–696.
73. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. Sources of education about breastfeeding and breast pump use: What effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. *Matern Child Health J* 2012;16:1421–1430.
74. Bai Y, Wunderlich SM, Kashdan R. Alternative hospital gift bags and breastfeeding exclusivity. *ISRN Nutr* 2013;2013:560810.
75. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
76. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Hospital discharge bags and breastfeeding at 6 months: Data from the infant feeding practices study II. *J Hum Lact* 2014;30:73–79.
77. Waite WM, Christakis D. The impact of mailed samples of infant formula on breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2016;11:21–25.
78. WHO/UNICEF. Marketing of Breast Milk Substitutes: National Implementation of the International Code, Status Report 2020. Geneva: World Health Organization, 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/978924006010> (accessed March 1, 2022).
79. Hermanson A °, A° strand LL. The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. *Women Birth* 2019. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.10.001.
80. Manhire KM, Williams SM, Tipene-Leach D, et al. Predictors of breastfeeding duration in a predominantly Maori population in New Zealand. *BMC Pediatr* 2018;18:299.
81. Mauch CE, Scott JA, Magarey AM, et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: An observational study. *BMC Pediatr* 2012;12:7.
82. Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, et al. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: Does it make a difference? *J Hum Lact* 2012;28:380–388.
83. Nilsson IMS, Kronborg H, Rahbek K, et al. The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Matern Child Nutr* 2020;16. DOI: 10.1111/mcn.12986.
84. Feenstra MM, Nilsson I, Danbjørg DB. “Dad—a practical guy in the shadow”: Fathers’ experiences of their paternal role as a father during early discharge after birth and readmission of their newborns. *Sex Reprod Healthc* 2018; 15:62–68.
85. Houghtaling B, Byker Shanks C, Jenkins M. Likelihood of breastfeeding within the USDA’s food and nutrition service special supplemental nutrition program for women, infants, and children population: A systematic review of the literature. *J Hum Lact* 2017;33:83–97.
86. Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, et al. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17. DOI: 10.3390/ijerph17020413.
87. Orbatu D, Karaca SY, Alaygut D, et al. Educational features of Youtube videos depicting breastfeeding: quality, utility, and reliability analysis. *Breastfeed Med* 2021;16:635–639.
88. Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, et al. Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, revision 2019. *Breastfeed Med* 2020;15:5–16.
89. McLelland G, Hall H, Gilmour C, et al. Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery* 2015;31:e1–e6.
90. WHO Recommendations on: Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/.
91. Tiruneh GT, Shiferaw CB, Worku A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:507.
92. Zhao P, Han X, You L, et al. Effect of basic public health service project on neonatal health services and neonatal mortality in China: A longitudinal time-series study. *BMJ Open* 2020;10. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034427.
93. Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, et al. Going home with baby: Innovative and comprehensive support for new mothers. *Prim Heal Care Res Dev* 2018;20. DOI:10.1017/S1463423618000932.
94. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants through Teaching and Assessment after the Nursery (NITTANY) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
95. Janmohamed A, Sohani N, Lassi ZS, et al. The effects of community home visit and peer group nutrition intervention delivery platforms on nutrition outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and metaanalysis. *Nutrients* 2020;12. DOI: 10.3390/nu12020440.
96. Lassi ZS, Kedzior SGE, 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. DOI: 10.1002/14651858.CD007647.pub2.
97. Escobar G, Braveman P, Ackerson L, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001;108:719–727.
98. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, et al. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics* 2000;105:1058–1065.
99. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;8:CD009326.
100. Verpe H, Kjellevoid M, Moe V, et al. Early postpartum discharge: Maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scand J Caring Sci* 2019;33:85–92.
101. Jing L, Bethancourt C-N, McDonagh T. Assessing infant and maternal readiness for newborn discharge. *Curr Opin Pediatr* 2017;29:598–605.
102. Milambo JPM, Cho K, Okwundu C, et al. Newborn follow-up after discharge from a tertiary care hospital in the Western Cape region of South Africa: A prospective observational cohort study. *Glob Heal Res Policy* 2018;3. DOI: 10.1186/s41256-017-0057-4.
103. Kaplan M, Zimmerman D, Shoob H, et al. Post-discharge neonatal hyperbilirubinemia surveillance. *Acta Paediatr* 2020;109:923–929.
104. Goyal NK, Hall ES, Kahn RS, et al. Care coordination associated with improved timing of newborn primary care visits. *Matern Child Health J* 2016;20:1923–1932.

105. Shakib J, Buchi K, Smith E, et al. Timing of initial wellchild visit and readmissions of newborns. *Pediatrics* 2015;135:469–474.
106. Hannan J, Brooten D, Page T, et al. Low-income first-time mothers: effects of APN follow-up using mobile technology on maternal and infant outcomes. *Glob Pediatr Heal* 2016;3:2333794X1666023.
107. Ahmed AH, Roumani AM, Szucs K, et al. The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy, term infants after hospital discharge. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2016;45:143–154.
108. Grylka-Baeschlin S, Iglesias C, Erdin R, et al. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: A mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2020;20. DOI: 10.1186/s12913-020-05359-3.
109. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;2020. DOI: 10.1002/14651858.CD011942.pub2.
110. 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;316:1694–1705.
111. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal Care (NICE Guideline 194). 2021. www.nice.org.uk/guidance/ng194. Accessed May 18, 2021.
112. 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). DOI:10.1111/mcn.12747.
113. Munns A, Watts R, Hegney D, et al. Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: A comprehensive systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep* 2016;14:167–208.
114. Ka'ks P, Ma'lvqvist M. Peer support for disadvantaged parents: A narrative review of strategies used in home visiting health interventions in high-income countries. *BMC Health Serv Res* 2020;20:1–15.
115. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
116. Kimani-Murage EW, Griffiths PL, Wekesah FM, et al. Effectiveness of home-based nutritional counselling and support on exclusive breastfeeding in urban poor settings in Nairobi: A cluster randomized controlled trial. *Global Health* 2017;13. DOI: 10.1186/s12992-017-0314-9
117. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: A systematic review. *Int J Public Health* 2019;64:999–1014.
118. Uscher-Pines L, Ghosh-Dastidar B, Bogen DL, et al. Feasibility and effectiveness of telelactation among rural breastfeeding women. *Acad Pediatr* 2019;20:652–659.
119. Puharic' D, Malic'ki 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:e12948.
120. Patel A, Kuhite P, Puranik A, et al. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatr* 2018;18:337.
121. Jerin I, Akter M, Talukder K, et al. Mobile phone support to sustain exclusive breastfeeding in the community after hospital delivery and counseling: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J* 2020;15:1–11.
122. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0177434
123. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, et al. Ringing up about breastfeeding: A randomised controlled trial exploring early telephone peer support for breastfeeding (RUBY)—trial protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:177.
124. McLardie-Hore FE, McLachlan HL, Shafiei T, et al. Proactive telephone-based peer support for breastfeeding: A cross-sectional survey of women's experiences of receiving support in the RUBY randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020;10:e040412.
125. Ara G, Khanam M, Papri N, et al. Peer counselling improves breastfeeding practices: A cluster randomized controlled trial in urban Bangladesh. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12605.
126. Assibey-Mensah V, Suter B, Thevenet-Morrison K, et al. Effectiveness of peer counselor support on breastfeeding outcomes in WIC-enrolled women. *J Nutr Educ Behav* 2019;51:650–657.
127. 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;15:102.
128. Burns ES, Duursma L, Triandafilidis Z. Breastfeeding support at an Australian Breastfeeding Association drop-in service: A descriptive survey. *Int Breastfeed J* 2020;15. DOI: 10.1186/s13006-020-00345-1
129. Camacho EM, Hussain H. Cost-effectiveness evidence for strategies to promote or support breastfeeding: A systematic search and narrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20. DOI: 10.1186/s12884-020-03460-3
130. Clark A, Baker SS, McGirr K, et al. Breastfeeding peer support program increases breastfeeding duration rates among middle- to high-income women. *Breastfeed Med* 2018;13:112–115.
131. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery* 2019;75:5–11.
132. McCoy MB, Geppert J, Dech L, et al. Associations between peer counseling and breastfeeding initiation and duration: An analysis of Minnesota participants in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children (WIC). *Matern Child Health J* 2018;22:71–81.
133. 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:CD013679.
134. Mbuthia F, Reid M, Fichardt A. mHealth communication to strengthen postnatal care in rural areas: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:N.PAG-N.PAG.
135. Martinez-Brockman JL, Harari N, Segura-Pe' rez S, et al. Impact of the lactation advice through texting can help (LATCH) trial on time to first contact and exclusive breastfeeding among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2018;50:33–42.e1.
136. Martinez-Brockman JL, Harari N, Goeschel L, et al. A qualitative analysis of text message conversations in a breastfeeding peer counselling intervention. *Matern Child Nutr* 2020;16. DOI: 10.1111/mcn.12904
137. Almohanna AA, Win KT, Meedy S. Effectiveness of internet-based electronic technology interventions on breastfeeding outcomes: Systematic review. *J Med Internet Res* 2020;22:e17361.
138. Regan S, Brown A. Experiences of online breastfeeding support: Support and reassurance versus judgement and misinformation. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12874.

139. Robinson A, Davis M, Hall J, et al. It takes an E-village: Supporting African American mothers in sustaining breastfeeding through Facebook communities. *J Hum Lact* 2019;35:569–582.
140. Robinson A, Lauckner C, Davis M, et al. Facebook support for breastfeeding mothers: A comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. *Digit Health* 2019;5. DOI: 10.1177/2055207619853397
141. Lebron CN, St. George SM, Eckembrecher DG, et al. “Am I doing this wrong?” Breastfeeding mothers’ use of an online forum. *Matern Child Nutr* 2020;16:e12890.
142. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. “I did a lot of Googling”: A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women Birth* 2019;32: 147–156.
143. Cavalcanti DS, Cabral CS, de Toledo Vianna RP, et al. Online participatory intervention to promote and support exclusive breastfeeding: Randomized clinical trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12806.
144. Sidhu S, Ma K, Sadovnikova A. Features and educational content related to milk production in breastfeeding apps: Content analysis informed by social cognitive theory. *JMIR Pediatr Parent* 2019;2:e12364.
145. Shieh C, Khan I, Umoren R. Engagement design in studies on pregnancy and infant health using social media: Systematic review. *Prev Med Reports* 2020;19:101113.

Os protocolos da ABM expiram em 5 anos a partir da data de publicação. O conteúdo deste protocolo está atualizado no momento da publicação. Revisões baseadas em evidências são feitas dentro de 5 anos ou antes se houver mudanças significativas na evidência.

Adrienne E. Hoyt-Austin, DO, MAS, Autora Principal
Laura R. Kair, MD, MAS
Ilse A. Larson, MD
Elizabeth K. Stehel, MD

Membros do Comitê de Protocolos da ABM:
Elizabeth Stehel, MD, Chair
Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair
Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM
Sarah Calhoun, MD
Laura Kair, MD, MAS, FABM
Susan Lappin, MD, FABM
Ilse Larson, MD
Yvonne LeFort, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD
Susan Rothenberg, MD, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Gina Weissman, DMD
Nancy Wight, MD, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Michal Young, MD, FABM
Deena Zimmerman, MD, MPH

Tradução para Português-BR por:
Giovana M. Rorato, MD, IBCLC

Para correspondência: abm@bfmed.org