



ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E OS FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM UMA MATERNIDADE AMIGA DA CRIANÇA DO SUL DO BRASIL

EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND FACTORS ASSOCIATED WITH EARLY WEANING AT A BABY-FRIENDLY HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL

Edna Ribeiro de Jesus^{1*}, Eduardo Manoel Pereira², Marinalda Boneli da Silva³, Julia Estela Willrich Boell⁴, Elisiane Lorenzini⁵, Luana Claudia dos Passos Aires⁶

¹Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina (SC), Brasil. ² Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Universidade da Região de Joinville, Santa Catarina, Brasil. ³Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina (SC), Brasil. ⁴Docente na Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina (SC), Brasil. ⁵Docente do Departamento de Enfermagem na Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina (SC), Brasil. ⁶ Docente do Departamento de Enfermagem no Instituto Federal da Santa Catarina (IFSC), Santa Catarina (SC), Brasil.

*Autor correspondente: Edna Ribeiro de Jesus – Email: ednaenfa25@gmail.com

Recebido: 13 out. 2024

Aceito: 5 dez. 2024

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



RESUMO: **Objetivo:** Investigar a taxa do aleitamento materno exclusivo e o os fatores associados ao desmame precoce em uma maternidade amiga da criança no Sul do Brasil e compará-los por trimestre. **Método:** estudo observacional de coorte prospectivo, longitudinal, com abordagem quantitativa, com dados coletados por meio de entrevistas telefônicas ao longo de 6 meses, envolvendo puérperas de gestação de risco habitual que deram à luz na maternidade pesquisada. **Resultados:** Participaram 282 puérperas. A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 86,2% e 87,2% no primeiro e segundo trimestre, respectivamente. Os principais fatores que contribuíram para a suspensão precoce da amamentação incluíram a não concessão da licença-maternidade, a introdução de fórmulas. **Conclusão:** As altas taxas de amamentação exclusiva até os seis meses estão em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. No entanto, identificou fatores associados ao desmame precoce, como baixa renda, moradia em aluguel, etnia branca e comportamento do parceiro fumante favorecem ao desmame precoce. **Relevância:** Este estudo é relevante ao identificar fatores socioeconômicos e comportamentais que contribuem para o desmame precoce, mesmo em um contexto com elevada taxa de aleitamento materno exclusivo. A compreensão desses fatores permite o desenvolvimento de intervenções específicas para grupos vulneráveis, como mulheres de baixa renda, moradoras de aluguel e com parceiros fumantes, que apresentam maior prevalência de desmame precoce. O estudo contribui para a implementação de políticas públicas e programas de saúde mais eficazes, que integrem cuidados holísticos e ações educativas no pré-natal e nos primeiros meses pós-parto, visando aumentar a duração da amamentação exclusiva.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Lactação. Leite materno. Nutrição.

ABSTRACT: **Objective:** To investigate the exclusive breastfeeding rate and factors associated with early weaning in a Baby-Friendly Hospital in Southern Brazil, comparing findings across trimesters. **Methods:** Our study employed a prospective, longitudinal observational cohort design with a quantitative approach. We collected data through telephone interviews over six months involving postpartum women with low-risk pregnancies who gave birth at the selected hospital. **Results:** A total of 282 postpartum women participated. The prevalence of exclusive breastfeeding was 86.2% in the first trimester and 87.2% in the second trimester. Key factors contributing to early breastfeeding cessation included the lack of maternity leave and the introduction of formula. **Conclusion:** The high rates of exclusive breastfeeding up to six months align with the World Health Organization guidelines. However, we identified factors associated with early weaning, such as low income, living in rental housing, White ethnicity, and having a partner who smokes. **Relevance:** This study is significant for identifying socioeconomic and behavioral factors contributing to early weaning, even within the context of high exclusive breastfeeding rates. Understanding these factors supports the development of targeted interventions for vulnerable groups, including low-income women, renters, and those with smoking partners, who are at higher risk of early weaning. Our study contributes to implementing more effective public policies and health programs that integrate holistic care and educational initiatives during prenatal care and the early postpartum period to extend the duration of exclusive breastfeeding.

KEYWORDS: Breastfeeding. Baby-Friendly Hospital Initiative. Lactation. Breast milk. Nutrition.

INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado o alimento ideal para a saúde infantil, especialmente nos seis primeiros meses de vida, devido à sua característica nutricional, rica em minerais, vitaminas e imunoglobulinas^{1, 2}. Por ser um recurso importante para o desenvolvimento do bebê, diversas ações de incentivo ao aleitamento materno são realizadas mundialmente por meio de práticas educativas, que visam a conscientização dos benefícios da amamentação, bem como a superação das dificuldades biológicas, psicossociais e socioeconômicas envolvidas na sua prática³.

Ainda assim, de acordo com dados epidemiológicos divulgados no ano de 2023, somente 41% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora de vida⁴, e com menos de seis meses são cerca de 44%, globalmente⁵. No Brasil, no ano de 2021, o aleitamento materno exclusivo (AME), durante os seis primeiros meses de vida, apresentou prevalência de 45,8% segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil⁶. Dentre as regiões do país, o Sul apresentou as maiores taxas, com um percentual de 54,3%, seguido do Sudeste (49,1%), Centro-Oeste (46,5%), Nordeste (39%) e Norte (40,3%)⁶.

No Brasil, existe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o AME através da realização de cuidados integrais, desde a gestação até os nove anos de vida, no intuito de reduzir a morbimortalidade, especialmente entre as populações mais vulneráveis⁴. Desse modo, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi de total relevância para a realidade brasileira, por se caracterizar como um programa de saúde global, que oferece mecanismos para estimular mudanças em relação ao modo como maternidades locais promovem a alimentação de bebês e crianças⁷.

Há indícios que as unidades hospitalares certificadas como Hospitais Amigos da Criança (HAC) apresentam indicadores de aleitamento materno mais elevados do que unidades comuns, chegando a aumentar em 9% a chance de um recém-nascido ser amamentado na primeira hora de vida⁸. A média de duração do AME de crianças nascidas nesses hospitais chegou a 60,2 dias de duração, contra 48,1 dias, no caso de crianças que nasceram em hospitais sem a certificação^{4, 9}.

No início da amamentação é comum que as mulheres encontrem dificuldades ligadas a questões psicossociais, saúde, produção láctea, estilo de vida e presença de dor, que favorecem o desmame antecipado. Identificar estas dificuldades de forma precoce possibilita o manejo e continuidade do aleitamento, contribuindo com a saúde materno-infantil^{10, 11}. Desse modo, como as orientações em saúde e o acompanhamento das mulheres durante o início da amamentação são elementos importantes para a efetividade e duração da amamentação¹², o objetivo do presente estudo foi investigar a taxa do aleitamento materno exclusivo e os fatores associados ao desmame em uma maternidade amiga da criança de um município do Sul do Brasil e compará-los por trimestre.

MÉTODOS

CONTEXTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de coorte prospectivo, longitudinal, com abordagem quantitativa, realizado com 282 puérperas que tiveram seus filhos em uma maternidade pública amiga da Criança em um município no sul do Brasil. O estudo seguiu as diretrizes da Iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)¹³.

CENÁRIO DO ESTUDO E PERÍODO

O estudo ocorreu em uma maternidade com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2019. Na maternidade estão institucionalizadas várias rotinas que fazem parte do ideário da humanização, como cursos de gestantes; direito a escolha de um acompanhante durante todo o processo do parto; acesso ao alojamento conjunto; estímulo a técnicas não farmacológicas de alívio da dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina), analgesia e episiotomia; opção de parto de cócoras, bem como abolição das práticas de uso de enema e tricotomia.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A população foi constituída por puérperas cujos partos ocorreram na Maternidade participante da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ser gestante de classificação de risco habitual e ter respondido os questionários da pesquisa ao menos uma vez. Os critérios de exclusão foram: puérperas com condições clínicas que impossibilitaram a amamentação (retrovirose); recém-nascido pré-termo que estivesse na unidade neonatal; uso materno de medicações e/ou substâncias que contraindicassem o aleitamento, conforme guia da amamentação e manual do Ministério da Saúde⁽¹²⁾; e que não atenderam às ligações ou não responderam o questionário pelo Whatsapp.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA, INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Amostragem se deu por conveniência, de modo que todas as puérperas que quisessem e se enquadrassem nos critérios de inclusão pudessem participar da pesquisa.

Para a coleta de dados foram aplicados dois questionários: um contendo informações sociodemográficas, condições do nascimento, aspectos da saúde materna e do recém-nascido; e outro com sete questões fechadas, com opções de resposta “sim” ou “não”, sobre o acompanhamento da amamentação. Também foi elaborada uma tabela com o telefone e a identificação das participantes, com a data e a hora do nascimento do bebê, e o registro de atendimento do prontuário eletrônico.

A coleta foi realizada por um grupo composto por 12 pesquisadores voluntários, devidamente treinados. Destes, 11 eram estagiários de Enfermagem da instituição, e uma residente de Enfermagem. Todos atuavam por meio de uma escala pré-definida, criada para a realização da pesquisa, para garantir a padronização e o rigor científico. Também foi realizado um estudo piloto com 10 puérperas, cujo objetivo foi identificar possíveis inconsistências e/ou vieses. Esses dados não foram incorporados à amostra final do estudo.

Todas as puérperas que preencheram os critérios de inclusão foram convidadas pessoalmente pela equipe para participar da pesquisa. Na ocasião, foram apresentadas as características do estudo a elas e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. No caso de participantes adolescentes, foi apresentado um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE aos seus responsáveis legais para assinatura.

Todo o processo de coleta de dados ocorreu em dois momentos: No primeiro momento, foram realizadas entrevistas presenciais com as puérperas internadas no alojamento conjunto, após 24h de pós-parto, no qual foi aplicado o questionário contendo informações sociodemográficas, condições do parto e questões referentes a sua saúde e a do bebê. Neste momento, também foram coletados dados dos prontuários eletrônicos das pacientes. Houve a preocupação de garantir um ambiente reservado

dentro da maternidade, em uma sala reservada, com o mínimo de interferências possíveis durante essa etapa (que ocorreu do dia cinco de abril a cinco de maio de 2019, de segunda a domingo).

O segundo momento foi o de acompanhamento do aleitamento materno. Nessa etapa, ocorreu a aplicação do questionário sobre a condição de aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar, realizada por contato telefônico. Essa etapa foi iniciada aos sete dias de vida do recém-nascido, repetida aos quinze dias, ao primeiro mês e se tornando mensal até que os RNs completassem seis meses de vida. O contato foi feito do primeiro ao sexto mês de vida do recém-nascido, iniciando em maio a outubro de 2019, de segunda a domingo, conforme os recém-nascidos completavam dias e meses, respectivamente. Foram feitas três tentativas de contato com todas as participantes, via telefone. Para minimizar perdas de seguimento quando as puérperas não atendiam o telefone, os questionários foram aplicados via WhatsApp®.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram coletadas informações sobre o perfil sociodemográfico (idade (<18 anos; 18-25 anos; 26-35 anos; >36-55 anos), nível de escolaridade (Ensino fundamental completo; Ensino fundamental incompleto; Ensino médio completo; Ensino médio incompleto; Ensino superior completo; Ensino superior incompleto), estado de ocupação (formal; informal) e residencial (aluguel; própria); Salário mínimo (<1.412,00, > 1.412,00, 2.824,00, acima de 4.236,00); e ligadas ao acompanhamento da lactação: se continuava amamentando (sim; não); se apresentou problemas ou complicações relacionadas ao aleitamento materno (quando sim, quais – fissura, ingurgitamento, mastite, baixa secreção de leite; dificuldade na pega, outros); se ofereceu algo além do LM para o filho (sim; não); se introduziu chupetas ou bicos artificiais ao filho (sim; não); se houve internação do RN em algum momento após alta (sim; não); se o RN foi a óbito (sim; não); se houve manutenção do aleitamento materno exclusivo (sim; não); se usufruiu de licença maternidade (quando sim, quanto tempo: 30 dias, 60 dias ou 120 dias); se houve introdução de fórmula ou se ocorreu amamentação (mista: fórmula+ leite materno) entre outros.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 25.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018), a partir dos dados organizados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel®.

Para a análise descritiva, utilizou-se a tabela cruzada, para verificar padrões e relações entre variáveis categóricas e calcular porcentagens, razões e outras medidas que ajudam a interpretar as relações entre as variáveis do estudo (aleitamento exclusivo X desmame precoce).

Para a análise das diferenças estatísticas dos casos de desmame precoce entre os três períodos em análise utilizou-se o Teste t de Student para amostras pareadas. E para realizar as análises de razão de prevalência, utilizou-se a técnica de regressão de Poisson.

ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde na realização deste estudo, que foi conduzido unicamente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/Secretaria Estadual de

Saúde/Santa Catarina, recebendo parecer favorável sob número do protocolo 3.215.785 emitido na data de 22/03/2019, CAAE:06419318.0.0000.5363.

RESULTADOS

Durante 30 dias, as lactantes da maternidade foram convidadas para participar da pesquisa, com o acompanhamento do aleitamento materno durante seis meses após o parto. Ao total, participaram da pesquisa 282 puérperas, com idade média de 26,2 anos. A maioria delas eram casadas, de etnia branca, formadas no nível médio ou superior de ensino e trabalhavam (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das puérperas, n=282, Joinville, SC, Brasil, 2019

Variável	n=282*	%
Idade		
<18 anos	18	6,3%
18-25 anos	121	43%
26-35 anos	114	40,4%
>36-55 anos	29	10,2%
Etnia		
Branca	209	74,1%
Parda	56	19,8%
Indígena	1	0,3%
Preta	16	5,6%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	36	12,7%
Ensino fundamental incompleto	37	13,1%
Ensino médio completo	116	41,1%
Ensino médio incompleto	41	14,5%
Ensino superior completo	26	9,2%
Ensino superior incompleto	24	8,5%
Ignorado	2	0,7%
Trabalho		
Formal	108	38,2%
Informal	51	18,0%
Não trabalha	123	43,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

*N: número total.

A amostra deste estudo é composta por lactentes, sendo que 221 destas referiram está amamentando exclusivamente e destas a minoria relatou desmame precoce durante seis meses, conforme destaca-se na (Figura 1).

Figura 1 – Taxa do aleitamento exclusivo e do desmame precoce, Joinville, SC, Brasil.



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Na tabela 2 estão apresentadas as características sociodemográficas das mulheres que relataram desmame. A maioria ocorreu no primeiro trimestre comparado com segundo trimestre e com o total de seis meses.

Em relação à faixa etária, verifica-se que o desmame no primeiro trimestre foi mais prevalente entre mulheres de 31 a 36 anos (30,8%) e a amamentação exclusiva entre 21 e 26 anos (35,8%). Já no segundo trimestre e aos seis meses de acompanhamento, a prevalência de desmame precoce (44,1% e 29,5%) e de amamentação exclusiva (31,5% e 33,9%) está na faixa de 21 a 26 anos.

No que refere ao estado civil, dentre as mulheres que são casadas, a prevalência de aleitamento exclusivo se mantém nos três períodos analisados para mulheres que fizeram desmame precoce, assim como a manutenção da amamentação exclusiva. Verificou-se que a maioria das mulheres são brancas.

No período de seis meses, das mulheres que realizaram o desmame precoce, verificou-se que 68,9% possuem ensino médio ou superior; 67,2% trabalham; 65,6% ~~são~~ eram remuneradas, 86,9% recebiam dois ou mais salários-mínimos, 50,8% moravam de aluguel; 86,9% não fumavam; 59% possuíam companheiro não fumante; 65,6% não possuíam familiar fumante e 95% não faziam uso de álcool e drogas.

No mesmo período, das mulheres que mantiveram a amamentação exclusiva, verificou-se que 76,9% possuíam ensino médio ou superior; 59,7% trabalhavam; 59,3% eram remuneradas, 96,8% recebiam dois ou mais salários-mínimos, 53,4% moravam em casa própria; 91,9% não fumavam; 67,9% possuíam companheiro não fumante; 67,9% não possuíam familiar fumante e 97,3% não faziam uso de álcool e drogas.

Por fim, das mulheres que fizeram desmame precoce, 42,6% possuíam licença maternidade; e das mulheres que mantiveram a amamentação exclusiva, 43% possuíam o mesmo benefício.

Tabela 2 – Análise cruzada entre fatores sociodemográficos, e desmame precoce e amamentação exclusiva, Joinville, SC, Brasil (N=282).

	1o. Trimestre				2o. Trimestre				6 meses				Total	
	Desmame		Amamentação exclusiva		Desmame		Amamentação exclusiva		Desmame		Amamentação exclusiva			
	n = 39*	%	n=243*	%	n = 34*	%	n=248*	%	n= 61*	%	n=221*	%	n=282*	%
Faixa etária														
14 a 20 anos	9	23,1%	50	20,6%	5	14,7%	54	21,8%	17	27,9%	42	19,0%	59	20,9%
21 a 26 anos	6	15,4%	87	35,8%	15	44,1%	78	31,5%	18	29,5%	75	33,9%	93	33,0%
27 a 30 anos	8	20,5%	51	21,0%	5	14,7%	54	21,8%	9	14,8%	50	22,6%	59	20,9%
31 a 36 anos	12	30,8%	37	15,2%	8	23,5%	41	16,5%	13	21,3%	36	16,3%	49	17,4%
37 a 40 anos	4	10,3%	12	4,9%	0	0,0%	16	6,5%	4	6,6%	12	5,4%	16	5,7%
41 a 45 anos	0	0,0%	5	2,1%	1	2,9%	4	1,6%	0	0,0%	5	2,3%	5	1,8%
46 a 55 anos	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,5%	1	0,4%
Estado Civil														
Casada	34	87,2%	218	89,7%	29	85,3%	223	89,9%	56	91,8%	196	88,7%	252	89,4%
Solteira	5	12,8%	25	10,3%	5	14,7%	25	10,1%	5	8,2%	25	11,3%	30	10,6%
Etnia														
Branca	34	87,2%	175	72,0%	25	73,5%	184	74,2%	39	63,9%	170	76,9%	209	74,1%
Parda	5	12,8%	51	21,0%	6	17,6%	50	20,2%	15	24,6%	41	18,6%	56	19,9%
Negra	0	0,0%	16	6,6%	3	8,8%	13	5,2%	7	11,5%	9	4,1%	16	5,7%
Indígena	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,5%	1	0,4%
Escolaridade														
Fundamental	7	17,9%	63	25,9%	6	17,6%	64	25,8%	19	31,1%	51	23,1%	70	24,8%
Médio e Superior	32	82,1%	180	74,1%	28	82,4%	184	74,2%	42	68,9%	170	76,9%	212	75,2%
Trabalho														
Sim	26	66,7%	147	60,5%	23	67,6%	150	60,5%	41	67,2%	132	59,7%	173	61,3%
Não	13	33,3%	94	38,7%	11	32,4%	96	38,7%	20	32,8%	87	39,4%	107	37,9%
Sem resposta	0	0,0%	2	0,8%	0	0,0%	2	0,8%	0	0,0%	2	0,9%	2	0,7%
Remuneração														
Sim	25	64,1%	146	60,1%	23	67,6%	148	59,7%	40	65,6%	131	59,3%	171	60,6%
Não	1	2,6%	1	0,4%	1	2,9%	1	0,4%	1	1,6%	1	0,5%	2	0,7%
Sem resposta	13	33,3%	96	39,5%	10	29,4%	99	39,9%	20	32,8%	89	40,3%	109	38,7%
Salários														
1 salário-mínimo	8	20,5%	7	2,9%	7	20,6%	8	3,2%	8	13,1%	7	3,2%	15	5,3%

	1o. Trimestre				2o. Trimestre				6 meses				Total	
	Desmame		Amamentação exclusiva		Desmame		Amamentação exclusiva		Desmame		Amamentação exclusiva			
	n = 39*	%	n=243*	%	n = 34*	%	n=248*	%	n= 61*	%	n=221*	%	n=282*	%
2 ou mais salários	31	79,5%	236	97,1%	27	79,4%	240	96,8%	53	86,9%	214	96,8%	267	94,7%
Moradia														
Aluguel	18	46,2%	115	47,3%	22	64,7%	111	44,8%	31	50,8%	102	46,2%	133	47,2%
Casa Própria	21	53,8%	127	52,3%	12	35,3%	136	54,8%	30	49,2%	118	53,4%	148	52,5%
Sem resposta	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,5%	1	0,4%
Fumante														
Sim	6	15,4%	20	8,2%	5	14,7%	21	8,5%	8	13,1%	18	8,1%	26	9,2%
Não	33	84,6%	223	91,8%	29	85,3%	227	91,5%	53	86,9%	203	91,9%	256	90,8%
Comp. Fumante														
Sim	10	25,6%	56	23,0%	5	14,7%	53	21,4%	20	32,8%	46	20,8%	66	23,4%
Não	24	61,5%	162	66,7%	13	38,2%	170	68,5%	36	59,0%	150	67,9%	186	66,0%
Sem resposta	5	12,8%	25	10,3%	16	47,1%	25	10,1%	5	8,2%	25	11,3%	30	10,6%
Família fumante														
Sim	13	33,3%	79	32,5%	16	47,1%	76	30,6%	21	34,4%	71	32,1%	92	32,6%
Não	26	66,7%	164	67,5%	18	52,9%	172	69,4%	40	65,6%	150	67,9%	190	67,4%
Álcool e drogas														
Sim	1	2,6%	7	2,9%	1	2,9%	7	2,8%	3	4,9%	5	2,3%	8	2,8%
Não	38	97,4%	235	96,7%	33	97,1%	240	96,8%	58	95,1%	215	97,3%	273	96,8%
Sem resposta	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,5%	1	0,4%
Licença Maternidade														
Sim	17	43,6%	104	42,8%	15	44,1%	106	42,7%	26	42,6%	95	43,0%	121	42,9%
Não	2	5,1%	3	1,2%	2	5,9%	2	0,8%	3	4,9%	2	0,9%	5	1,8%
Sem resposta	20	51,3%	136	56,0%	17	50,0%	139	56,0%	32	52,5%	124	56,1%	156	55,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com a Tabela 3, ao comparar o primeiro trimestre com os seis meses de análise, percebe-se que há uma diferença positiva e significativa (Sig = 0,004), indicando que o número de mulheres com desmame aos seis meses é maior do que no primeiro trimestre.

Percebeu-se também diferença positiva e significativa entre o segundo trimestre e os seis meses (Sig = 0,000). Nesta análise também se evidenciou um aumento do número de mulheres que relataram desmame precoce.

Tabela 3 – Diferenças estatísticas entre os períodos em relação ao desmame precoce, Joinville, SC, Brasil (N=282).

Pares	Média	Desvio Padrão	Erro Médio Padrão	Intervalo de Confiança das diferenças (95%)		T*	Gl†	Sig bi-caudal
				Lower	Upper			
1° Trim x 2° Trim	-0,018	0,391	0,023	-0,064	0,028	-0,762	281	0,447
1° Trim x 6 Meses	0,078	0,448	0,027	0,026	0,130	2,927	281	0,004
2° Trim x 6 Meses	0,096	0,406	0,024	0,048	0,143	3,956	281	0,000

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

*T:total; †Gl: graus de liberdade

Dentre as mulheres pertencentes à faixa etária de 31 a 36 anos, houve 2,112 mais prevalência de desmame no primeiro trimestre, de acordo com a Tabela 4 a seguir.

Com relação à etnia, percebe-se que mulheres brancas apresentaram cerca de 2,4 mais razão de prevalência de desmame no primeiro trimestre e menor prevalência (0,621vezes) aos seis meses, do que mulheres de outras etnias. As mulheres negras, por sua vez, apresentaram maior razão de prevalência para desmame aos seis meses com (2,158 vezes), se comparadas com mulheres de outras etnias.

Já em relação à quantidade de salários recebidos, verificou-se que mulheres que recebiam um salário-mínimo apresentaram 4,595 mais razão de prevalência de desmame precoce no primeiro trimestre que as mulheres que recebiam dois ou mais que dois salários; 4,624 vezes mais razão de prevalência no segundo trimestre e 2,678 vezes mais razão de prevalência aos seis meses. Identificou-se que a renda é fator importante quando se trata de desmame precoce, uma vez que houve maior razão de prevalência em mulheres de menor renda nos três períodos analisados.

Mulheres que moravam de aluguel possuíam 2,037 vezes mais razão de prevalência de desmame precoce no segundo trimestre que mulheres que possuíam casa própria. Verificou-se também que mulheres que possuíam companheiro fumante tem 2,031 vezes mais razão de prevalência de desmame precoce no segundo trimestre do que mulheres que não possuíam companheiro fumante.

Tabela 4 – Razão de prevalência para desmame no primeiro e segundo trimestre, e aos seis meses após o nascimento, Joinville, SC, Brasil, 2019 (n=282).

	1o. Trimestre			2o. Trimestre			6 meses		
	Desmame (n=39) ‡	IC = 95%†		Desmame (n=34) ‡	IC = 95%†		Desmame (n=61) ‡	IC = 95%†	
	RP*	Inferior	Superior	RP*	Inferior	Superior	RP*	Inferior	Superior
Faixa etária									
14 a 20 anos	1,133	0,517	2,596	0,654	0,229	1,677	1,462	0,857	3,163
21 a 26 anos	0,371	0,131	0,809	1,594	0,831	3,564	0,851	0,440	1,510
27 a 30 anos	0,978	0,421	2,242	0,654	0,229	1,677	0,657	0,273	1,284
31 a 36 anos	2,112	1,152	5,316	1,455	0,657	3,672	1,286	0,685	2,829
37 a 40 anos	1,894	0,672	7,204	-	-	-	1,168	0,380	3,934
41 a 45 anos	-	-	-	1,681	0,201	17,041	-	-	-
46 a 55 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado Civil									
Solteira	1			1			1		
Casada	0,808	0,280	2,175	0,689	0,231	1,831	1,329	0,523	3,903
Etnia									
Branca	2,397	1,992	7,038	0,976	0,428	2,179	0,621	0,289	0,978
Parda	0,593	0,206	1,487	0,863	0,333	2,161	1,294	0,729	2,810
Negra	-	-	-	1,607	0,472	6,484	2,158	1,088	8,570
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escolaridade									
Fundamental	1			1			1		
Médio e Superior	1,510	0,673	3,806	1,535	0,643	4,099	0,731	0,355	1,240
Trabalho									
Sim	1,261	0,640	2,667	1,317	0,637	2,928	1,295	0,760	2,514
Não	1			1			1		
Remuneração									
Sim	1,159	0,587	2,396	1,364	0,659	3,027	1,238	0,724	2,366
Não	1			1			1		
Salários									
1 sal. Min	4,595	2,951	25,653	4,624	2,616	23,124	2,678	1,602	13,293

	1o. Trimestre			2o. Trimestre			6 meses		
	Desmame (n=39) ‡	IC = 95%†		Desmame (n=34) ‡	IC = 95%†		Desmame (n=61) ‡	IC = 95%†	
	RP*	Inferior	Superior	RP*	Inferior	Superior	RP*	Inferior	Superior
2 ou mais salários	1			1			1		
Moradia									
Aluguel	0,957	0,484	1,879	2,037	1,073	4,774	1,159	0,684	2,126
Casa Própria	1			1			1		
Fumante									
Sim	1,791	0,759	5,417	1,699	0,653	5,321	1,488	0,702	4,129
Não	1			1			1		
Companheiro fumante									
Sim	1,134	0,529	2,508	2,031	1,070	4,848	1,595	0,993	3,469
Não	1			1			1		
Família Fumante									
Sim	1,029	0,506	2,128	1,832	0,974	4,156	1,081	0,609	2,019
Não	1			1			1		
Álcool e drogas									
Sim	0,899	0,106	7,415	1,042	0,124	8,750	1,769	0,519	9,626
Não	1			1			1		
Licença Maternidade									
Sim	1,022	0,522	2,043	1,051	0,514	2,178	0,991	0,555	1,748
Não	1			1			1		

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

* RP: razão de prevalência; †IC: Intervalo de confiança; ‡n: número total.
Regressão de Poisson.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou a taxa da amamentação durante os seis primeiros meses de vida de bebês que nasceram em um HAC de um município da região sul do Brasil. A coorte de mulheres demonstrou alta frequência de amamentação exclusiva, aos seis meses (78,4%), o que é consistente com os achados de outros estudos realizados em Taiwan¹⁴ e no Brasil¹⁵.

Estudos realizados na Europa divergiram do nosso achado sobre o AME (como na Bélgica e Suíça), assim como nos Estados Unidos. Tais estudos investigaram as taxas de aleitamento materno em hospitais com e sem certificação pela Baby-friendly hospital initiative (BFHI), utilizando variados métodos de análise e períodos de avaliação^{16,17,18}. Contudo, não identificaram evidências robustas de impacto de longo prazo na amamentação exclusiva. Essa disparidade em relação às avaliações globais da implementação da BFHI^{19,20} sugere que fatores culturais relacionados ao cuidado entre mãe e filho podem exercer uma influência significativa, como discutido²¹.

Maternidades que não possuem a certificação Amiga da Criança frequentemente apresentam lacunas em práticas essenciais para a promoção do aleitamento materno²². Essas lacunas são corroboradas por estudos que apontam menor taxa de AME em maternidades sem a certificação IHAC²³. Por exemplo, pesquisa conduzida na atenção primária, revelou que a falta de práticas de incentivo ao aleitamento nos primeiros dias de vida aumenta significativamente o risco de desmame precoce²⁴, corroborando com o estudo que retrata falhas na assistência à saúde na promoção, proteção e apoio ao AME nos primeiros meses de vida do RN⁵.

Em um estudo conduzido em 2018²⁵, percebeu-se redução importante das taxas de amamentação exclusiva, que caíram de 44,9% para 10,1% dos quatro aos seis meses. Outro estudo, realizado na Turquia²⁶ evidenciou que mulheres que deram à luz em hospitais privados sem certificação Amiga da Criança, amamentaram 50% menos, quando comparadas às que pariram em hospital público. A diferença, segundo os autores, decorre de fatores socioculturais e ambientais, como a estruturação do sistema de saúde e das políticas públicas dirigidas à amamentação, que resultam na valorização social do ato, na divulgação de sua importância para a nutrição e desenvolvimento do bebê, bem como para a preservação do tempo da amamentação^{27,28}.

O aleitamento materno exclusivo em nossos achados ocorreu com maior prevalência na faixa etária de 21 a 26 anos. Já em um estudo realizado na Áustria, a maioria das mulheres possuía faixa etária de 40 anos, divergindo do nosso achado⁵. No que refere à associação com a faixa etária, verificou-se que o desmame no primeiro trimestre foi mais prevalente entre mulheres de 31 a 36 anos. Corroborando com nossos achados, um estudo quase experimental feito na Etiópia²⁷ descreveu que, atrelado a esse fator, a idade e a escolaridade dos pais foram associadas à interrupção da amamentação devido à percepção de que a oferta do leite materno era insuficiente para alimentar o bebê²⁸.

No período de seis meses, as mulheres que realizaram o desmame precoce, possuíam ensino médio ou superior, trabalhavam com remuneração de dois ou mais salários-mínimos e moravam de aluguel, já um estudo diferente do presente²⁹ ressaltou a relevância do suporte social para a amamentação, posto que essa medida aumenta em duas a quatro vezes a chance de amamentar exclusivamente. Também foram associados com a amamentação exclusiva: possuir nível de escolaridade superior, renda alta, estar empregada e ser mais velha.

Em relação à etnia, em nossos achados, percebe-se que mulheres brancas possuem maior prevalência de desmame no primeiro trimestre do que mulheres de outras etnias. Em contrapartida, em um estudo realizado no sudoeste da Pensilvânia³⁰ foi observado que as participantes negras apresentaram probabilidade menor de amamentar exclusivamente. Esses resultados negativos estão

associados a fatores históricos, culturais, sociais, econômicos, políticos e psicossociais, que causam mais impacto desproporcionalmente em mulheres negras, no que refere à manutenção da amamentação exclusiva³¹.

No presente estudo, identificamos que a renda é fator importante quando se trata de desmame precoce, uma vez que houve maior razão de prevalência em mulheres de menor renda nos três períodos analisados. Corroborando com nossos achados, o estudo³² também retrata que a renda média mensal familiar foi outro fator estatisticamente associado ao aleitamento materno exclusivo, resultando em probabilidade de amamentar.

Observou-se no presente estudo que as mulheres que possuíam companheiro fumante apresentaram maior razão de prevalência de desmame precoce, o que também foi identificado em outro estudo³³. O tabagismo passivo causado por fumantes ativos no domicílio foi indicado como um fator que levou à interrupção da amamentação. A exposição ao fumo passivo tem sido correlacionada com a diminuição da probabilidade de amamentação³⁴.

Foi encontrada maior prevalência de desmame precoce entre as mulheres que tiveram licença maternidade. Esse achado é consistente com outro estudo conduzido na Etiópia³⁵. Em outro estudo³⁶ retratou-se que as chances de cessação do aleitamento materno exclusivo foram estatisticamente maiores entre as mulheres que possuíam curta duração (120 dias) de licença maternidade.

Estudos realizados no Brasil^{37,38} apontam que o desmame precoce durante a licença maternidade está associado a múltiplos fatores, incluindo o uso de chupetas, a hospitalização do lactente, o nível educacional dos genitores, a presença de sintomas depressivos maternos e influências culturais. Esses determinantes têm sido identificados como barreiras significativas para a manutenção da amamentação exclusiva, destacando a importância de intervenções que promovam suporte materno e condições favoráveis à continuidade do aleitamento. A licença-maternidade permite que a mulher possa dedicar-se mais ao cuidado de si e do bebê, conduzindo não apenas a maior tempo de manutenção, como também contribui para fortalecer o vínculo do binômio mãe-filho(a)^{39, 40}. O achado curioso de maior prevalência de interrupção da amamentação entre mulheres que usufruíram de licença-maternidade no presente aponta para possíveis lacunas no suporte e na orientação às mães durante este período crítico. Este resultado ressalta a importância de reavaliar as políticas e práticas de apoio à amamentação no ambiente familiar e laboral, incluindo intervenções que considerem as particularidades culturais e sociais dessas mulheres.

As implicações práticas do estudo apontam diretamente para a necessidade de intervenções direcionadas para a promoção do aleitamento materno exclusivo, especialmente entre grupos vulneráveis, como mulheres de baixa renda e aquelas que moram de aluguel. As evidências indicam que fatores como o apoio social, condições econômicas e comportamentos familiares, como o tabagismo do parceiro, têm um impacto significativo sobre a prevalência de desmame precoce.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Alguns dados dessa pesquisa foram provenientes de informações auto-percebidas pelas puérperas, podendo conter algum viés de memória. A amostra foi limitada a uma única maternidade amiga da criança, restringindo a generalização dos achados para outros contextos regionais ou institucionais. Fatores subjetivos, como percepções maternas sobre o apoio recebido e experiências individuais com a amamentação, não foram explorados em profundidade, o que poderia enriquecer a compreensão das barreiras enfrentadas. O tamanho amostral influencia o poder estatístico, de modo que, quanto maior o número de participantes, maior o poder estatístico para detectar diferenças estatisticamente significativas. Assim, o tamanho amostral do presente estudo pode não ter apontado diferenças significativas que tenham sido observadas em estudos com número maior de participantes. Limitação derivada de amostragem por conveniência

inclui a impossibilidade de generalização dos achados para a população-alvo devido à sub-representação.

Mesmo assim, os achados revelaram associações estatisticamente significativas, permitindo a obtenção de um retrato das taxas da lactação exclusiva e dos fatores que contribuem para o desmame precoce do Aleitamento Exclusivo nos seis primeiros meses de vida do recém-nascido. O conhecimento dos fatores que podem afetar negativamente o tempo de Aleitamento Materno Exclusivo fornece dados que permitem refletir acerca de intervenções específicas e individualizadas para incentivar a auto-eficácia da amamentação

CONCLUSÃO

Conclui-se que, embora a taxa de aleitamento materno exclusivo tenha sido elevada na maternidade amiga da criança estudada, em contrapartida, o desmame precoce foi associado a fatores como idade, etnia, renda, moradia e comportamento do parceiro. Mulheres brancas, com menor renda, moradoras de aluguel, e aquelas com companheiro fumante apresentaram maior prevalência de desmame precoce. Esses dados destacam a necessidade de apoio específico a grupos vulneráveis para promover a amamentação exclusiva até os seis meses. Aquelas que usufruíam de licença maternidade apresentou um resultado curioso, com maior prevalência de interromper o seguimento da amamentação, sugerindo possíveis lacunas no suporte e na orientação às mães durante este período sensível.

Por fim, as razões para cessação da amamentação são em grande parte modificáveis com cuidados holísticos, ressaltando a importância do apoio à amamentação e às necessidades pessoais das mulheres no pré-natal e nos primeiros seis meses do bebê. Considerando os achados do estudo, novos trabalhos focados na efetividade das políticas, programas e ações existentes no mundo para remover barreiras estruturais e sociais capazes de interferir no sucesso da amamentação são incentivados, para auxiliar na implementação de intervenções apropriadas que incorporem os fatores multifacetados do AME em cada momento dos primeiros seis meses para dar suporte à amamentação bem-sucedida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265p.
2. Azevedo PTÁCC de, Caminha M de FC, Cruz R de SBLC, Silva SL da, Paula WKAS de, Batista Filho M. Estado nutricional de crianças em amamentação exclusiva prolongada no Estado de Pernambuco. Rev bras epidemiol [Internet]. 2019;22:e190007. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190007>
3. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de Educação em Saúde na Atenção Primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. Rev Rene. 2007;8(2):41-9. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/13459>
4. World Health Organization (WHO). ("Breastfeeding – The Goal"), Organização Pan-Americana da Saúde. 2023. <https://www.primeiros1000dias.com.br/artigos/oms-quer-elevar-taxas-amamentacao>.
5. Bürger B, Schindler K, Tripolt T, Griesbacher A, Stüger AP, Wagner KH, et al. Factors Associated with (Exclusive) Breastfeeding Duration-Results of the SUKIE-Study. Nutrients. 2022;14(9):1704. Published 2022 Apr 20. <https://doi.org/10.3390/nu14091704>
6. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ. 2021;108p. <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018; 180 p. ISBN 978-85-334-2596-5. <https://central3.to.gov.br/>
8. Balieiro VSL, Santos DM, Girard CCP, Medeiros TSP. Análise do programa puericultura em uma Estratégia Saúde da Família na Amazônia. *Enfermagem Brasil*. 2021; v20n5.v. 20 n. 5. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i5.4386>
9. United Nations Children's Fund. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: UNICEF and WHO, 2018.
10. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 Anos de experiência no Brasil. *Rev Paul. Pediatr*. 2019;37(4). <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004>
11. Goudard MJF, Lamy ZC, Marba STM, Lima GMS, Santos AMD, Lamy-Filho F. et al. The role of skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: a cohort study. *Rev Saúde Pública*. 2022;56, 71. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004063>
12. Jesus ER, Pereira EM, Rigo DCA, Aires LCP. Perfil do aleitamento materno exclusivo em uma maternidade pública do sul do Brasil. *Rev Saúde e Pesquisa*. 2024; 17(3). <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n3.e12562>
13. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.
14. Lima SP, Santos EKA, Erdmann AL, Souza AIJ. Desvelando o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais. *Texto Contexto - Enferm*. 2018;27(1):e0880016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000880016>.
15. Ministério da Saúde. Certificação Hospital Amigo da Criança. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>
16. Robert E, Michaud-Létourneau I, Dramaix-Wilmet M, Swennen B, Devlieger R. A comparison of exclusive breastfeeding in Belgian maternity facilities with and without Baby-friendly Hospital status. *Matern Child Nutr*. 2019;15(4):e12845. <https://doi:10.1111/mcn.12845>
17. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2018;14(1):e12497. <https://doi:10.1111/mcn.12497>
18. Ducharme-Smith K, Gross SM, Resnik A, Rosenblum N, Dillaway C, Aleman DO, et al. Exposure to Baby-Friendly Hospital Practices and Breastfeeding Outcomes of WIC Participants in Maryland. *J Hum Lact*. 2022;38(1):78-88. <https://doi:10.1177/0890334421993771>
19. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-417. <https://doi:10.1111/mcn.12294>
20. World Health Organization & United Nations Children's Fund. Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. The revised baby-friendly hospital initiative. (2018). <https://www.who.int/nutrition/publications/>
21. Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr*. 2018;14(3):e12637. <https://doi:10.1111/mcn.12637>
22. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). HUGG realiza ações para obter a certificação de hospital amigo da criança. Publicado em 2 de junho de 2023. <https://www.gov.br>
23. UNICEF Brasil. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). <https://www.unicef.org/brazil>

24. Zanlorenzi GB, Wall M, Silva MV da RS da, Santos BP dos, Varjão JAS, Azevedo EM de OS, et al. Breastfeeding in primary health care: weaknesses and potentialities of nursing care . Rev Enferm UFPI [Internet]. 5º de abril de 2024 [citado 17º de novembro de 2024];13(1).
<https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4092>
25. Jama A, Gebreyesus H, Wubayehu T, Gebregyorgis T, Teweldemedhin M, et al. “Exclusive breastfeeding for the first six months of life and its associated factors among children age 6-24 months in Burao district, Somaliland.” International breastfeeding jornal. 2020; 15(1) 5.
<https://doi.org/10.1186/s13006-020-0252-7>
26. Wu X, Gao X, Sha T, Zeng G, Liu S, Li L, et al. Fatores individuais modificáveis associados à amamentação: um estudo de coorte na China. Int J Environ Res Saúde Pública. 2019;16(5):820.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16050820>
27. Yasuda S, Fukuda T, Toba N, Kamo N, Imaizumi N, Yokochi M, et al. “Risk factors for discontinuation of exclusive breast feeding within 1month: a retrospective cohort study in Japan.” International breastfeeding journal vol. 17,1 20. 5 Mar. 2022, <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00449-w>
28. Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Gonçalves AC, Santo LCDE. Pairs seen by lactation consultants and cessation of exclusive breastfeeding in the first month. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03422. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018010003422>
29. Alves JS, Oliveira MI C, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(4): 1077-1088.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>
30. Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Matern Child Nutr. 2018;14(3), e12637.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12637>
31. United Nations Children's Fund., World Health Organization (WHO). Country experiences with the Baby-Friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies of the Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: UNICEF and WHO, 2017.
32. Wang YW, Chang YJ. Effects of the experience of breastfeeding-friendly practices and breastfeeding intention and self-efficacy on breastfeeding behavior: a cohort study in Taiwan. Int Breastfeed J. 2023;18(5). <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00539-9>
33. Nuampa S, Ratinthorn A, Patil CL, Kuesakul K, Prasong S, Sudphet M. Impact of personal and environmental factors affecting exclusive breastfeeding practices in the first six months during the COVID-19 pandemic in Thailand: a mixed-methods approach. Int Breastfeed J 17, 73 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s13006-022-00515-3>
34. Hockamp N, Sievers E, Hülk P, Rudolf H, Rudloff S, Lücke T, et al. The role of breastfeeding promotion in German hospitals for exclusive breastfeeding duration. Matern Child Nutr. 2022;18(2):e13326. <https://doi.org/10.1111/mcn.13326>
35. Kebede T, Woldemichael K, Jarso H, Bekele BB, et al. Exclusive breastfeeding cessation and associated factors among employed mothers in Dukem town, Central Ethiopia. International breastfeeding jornal. 2020; 15(1)16. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0250-9>
36. Ribeiro MRC, Santos AM, Gam MEA, Santos ALGA, Lago DCF, Silva AA, et al. Ocupação materna e duração do aleitamento materno exclusivo: resultados de uma coorte de nascimento em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38(7):e00180221. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT180221>
37. Cibeles, de, Moura, Sales., Sandra, Cristina, Seixas. 9. Causes of early weaning in brazil. (2007).
<https://typeset.io/pdf/causes-of-early-weaning-in-brazil-1q6i0zcas9.pdf>
38. Souza BS de, Assunção EG, Guimarães GC. FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE NO CONTEXTO BRASILEIRO. Saberes Plur. [Internet]. 6º de outubro de 2023 [citado 23º de novembro de 2024];7(2):e133427. <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/133427>
39. Qin X, L,P, Wu Y, Wang X, Yan S, Xu U, et al. Impact of caesarean delivery on children’s autism-like behaviours: the mediation of exclusive breastfeeding. Int Breastfeed J. 2022;17(53).
<https://doi.org/10.1186/s13006-022-00493-6>

40. 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(2). <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00537-x>