

Incidência do aleitamento materno exclusivo: influência da assistência recebida durante a internação por nascimento

Incidence of exclusive breastfeeding: influence of care received during hospitalization for birth

Incidencia de la lactancia materna exclusiva: influencia de la asistencia recibida durante la hospitalización por parto

Angélica Yukari Takemoto^a 

Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato^b 

Roberta Rossa^b 

Kelly Cristina Michalczyzyn^b 

Eleandro do Prado^c 

Marialda Moreira Christoffel^d 

Rosana Rosseto de Oliveira^b 

Sonia Silva Marcon^b 

Como citar este artigo:

Takemoto AY, Ichisato SMT, Rossa R, Michalczyzyn KC, Prado E, Christoffel MM, et al. Incidência do aleitamento materno exclusivo: influência da assistência recebida durante a internação por nascimento. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240100. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240100.pt>

RESUMO

Objetivo: Identificar a incidência do aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida e fatores associados segundo assistência recebida durante a internação por motivo de nascimento.

Método: Estudo de coorte prospectiva, realizado em dois hospitais (A e B) de Guarapuava, Paraná, Brasil, com 291 gestantes/puérperas. A coleta de dados foi realizada em quatro momentos por meio de entrevistas e o preenchimento de questionários. A variável desfecho foi o tempo de aleitamento materno exclusivo, enquanto as variáveis independentes foram as características da assistência recebida durante a internação para o nascimento. Utilizou-se o teste de diferença de proporções, com a apresentação do risco relativo.

Resultados: A incidência de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida do recém-nascido no hospital A e B foi de 13,8% e 13,0%, respectivamente. A ausência da oferta de fórmula ao recém-nascido apresentou associação significativa de proteção ao aleitamento materno exclusivo. A falta de orientação sobre a técnica de aleitamento materno e o início tardio da amamentação apresentaram associação significativa para a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

Conclusão: A assistência recebida durante a internação para o nascimento mostrou-se associada à duração do aleitamento materno exclusivo. Reforça-se a implementação de estratégias intra-hospitalares que promovam a amamentação exclusiva, aumentando seus índices e favorecendo a saúde materno-infantil.

Descritores: Aleitamento Materno; Alojamento Conjunto; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Identify the incidence of exclusive breastfeeding in the sixth month of life and associated factors according to care received during hospitalization for birth.

Method: A prospective cohort study was conducted in two hospitals (A and B) in Guarapuava, Paraná, Brazil, with 291 pregnant women/puerperal women. Data collection was performed in four moments through interviews and the completion of questionnaires. The outcome variable was the duration of exclusive breastfeeding, while the independent variables were the characteristics of the care received during hospitalization for birth. The proportion difference test was used, with presentation of relative risk.

Results: The incidence of exclusive breastfeeding in the sixth month of the newborn in hospital A and B was 13.8% and 13.0%, respectively. The absence of formula supplementation to the newborn showed a significant association of protection to exclusive breastfeeding. The lack of guidance on breastfeeding techniques and late initiation of breastfeeding showed a significant association for the interruption of exclusive breastfeeding.

^a Centro Universitário Guairacá (UNIGUIARACÁ). Guarapuava, Paraná, Brasil.

^b Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

^c Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^d Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Conclusion: The care received during hospitalization for birth was associated with the duration of exclusive breastfeeding. It reinforces the implementation of intra-hospital strategies that promote exclusive breastfeeding, aiming at increasing its rates and favoring maternal and child health.

Descriptors: Breastfeeding; Joint Housing; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la incidencia de lactancia materna exclusiva en el sexto mes de vida y factores asociados según la asistencia recibida durante la hospitalización por el parto.

Método: Estudio de cohorte prospectivo realizado en dos hospitales (A y B) de Guarapuava, Paraná, Brasil, con 291 gestantes/puérperas. La recolección de datos se realizó en cuatro momentos a través de entrevistas y la cumplimentación de cuestionarios. La variable de resultado fue la duración de la lactancia materna exclusiva, mientras que las variables independientes fueron las características de la asistencia ofrecida durante la hospitalización para el parto. Se utilizó la prueba de diferencia de proporciones, con presentación de riesgo relativo.

Resultados: La incidencia de lactancia materna exclusiva en el sexto mes de vida del recién nacido en los hospitales en el hospital A y B fue de 13,8% y 13,0%, respectivamente. La ausencia de la oferta de fórmula al recién nacido presentó asociación significativa de protección a la lactancia materna exclusiva. La falta de orientación sobre la técnica de lactancia materna y el inicio tardío de la lactancia presentaron asociación significativa para la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

Conclusión: La asistencia brindada durante la hospitalización por el parto se asoció con la duración de la lactancia materna exclusiva. Se refuerza la implementación de estrategias intrahospitalarias que promuevan la lactancia materna exclusiva, aumentando sus índices y favoreciendo la salud materno-infantil.

Descriptores: Lactancia Materna; Alojamiento Conjunto; Enfermería.

■ INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua influência positiva no crescimento e desenvolvimento saudável do recém-nascido (RN). Mais que fornecer aos bebês nutrientes essenciais, o leite materno (LM) contém uma série de componentes bioativos (por exemplo, oligossacarídeos e anticorpos do leite humano) que oferecem imunidade passiva ao bebê e/ou o desenvolvimento saudável do sistema imunológico⁽¹⁾. Os benefícios do aleitamento materno (AM) para a lactante incluem a diminuição do risco de câncer de mama e ovário e a probabilidade de não desenvolver o diabetes mellitus tipo 2⁽²⁾.

Apesar dos inúmeros benefícios da amamentação exclusiva, evidencia-se que os índices ainda estão abaixo do recomendado. A meta global estabelecida pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para 2030 é de 70% para AME⁽³⁾. Entretanto, de acordo com resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), em 2019 e 2020, a prevalência de AME até o sexto mês de vida da criança no Brasil foi de 45,7%, sendo menos frequente na região Nordeste (38,0%)⁽⁴⁾. Pesquisas isoladas, no entanto, podem apresentar taxas ainda mais baixas. Em uma região do Paraná, uma investigação realizada com lactantes em 2018 evidenciou que a prevalência de AME foi de 7,9%⁽⁵⁾.

Dado estes resultados, inúmeros estratagemas têm sido criados para a promoção e apoio ao AM. Um deles é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, caracterizada como uma estratégia hospitalar lançada em 1991, pela OMS e UNICEF, com o objetivo de melhorar as taxas de iniciação, duração e exclusividade da amamentação. A estratégia sintetiza dez atividades-chave que são determinantes na proteção contra barreiras à amamentação, englobando questões no âmbito da instituição, como ter uma política sobre amamentação, capacitação técnica direcionada aos profissionais de saúde e divulgação na comunidade que inclui questões relativas à mãe e/ou ao bebê⁽⁶⁾.

Outra estratégia fundamental para o apoio ao AM é a criação e expansão dos Bancos de Leite Humano (BLH). Estes locais têm cumprido importante papel assistencial junto às nutrizes, com o propósito de promover, proteger e apoiar o AM. Para isso, acompanham as mulheres que apresentam dificuldades na prática do aleitamento, além de realizarem a coleta, processamento e controle de qualidade do leite. As atividades desenvolvidas pelos BLH são fontes de orientação quanto ao manejo clínico da amamentação. Dessa forma, as gestantes e lactantes consideram estas unidades como centros de referência em amamentação⁽⁷⁾.

Nesse sentido, o apoio e suporte dos profissionais de saúde são fundamentais para contribuir na adesão e manutenção do AME. No entanto, as orientações por meio da equipe de saúde são, por vezes, superficiais, podendo o atendimento ser influenciado pela falta de

capacitação no manejo da amamentação, contribuindo para o desmame precoce⁽³⁾. O conhecimento insuficiente sobre o manejo da lactação e os fatores que influenciam negativamente à prática de AM, favorecem o incentivo à amamentação de modo fragmentado, não contemplando a integralidade do cuidado ao binômio mãe-filho⁽⁵⁾.

Observa-se que os enfermeiros utilizam diversas estratégias para ações de promoção, proteção e apoio ao AME, as quais incluem orientações por meio de grupos de apoio e visitas domiciliares, bem como reforçam a importância da família e da capacitação profissional como pontos primordiais para o sucesso dessa prática. Sendo assim, os profissionais não devem restringir suas orientações às vantagens e benefícios do AM, e sim buscar a integração e o fortalecimento de toda a rede de apoio à mulher, o que pode melhorar a autoconfiança no processo de amamentar⁽⁸⁾.

Além de favorecer a sustentabilidade e a redução das desigualdades sociais, a promoção do AME está diretamente alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)(1). O AM impacta diretamente no primeiro (Erradicação da Pobreza), segundo (Fome Zero) e terceiro objetivo sustentável (Boa Saúde e Bem-Estar), refletindo na manutenção da saúde materna e infantil, na igualdade de gênero e no empoderamento das mulheres. O efeito da amamentação na inteligência e no capital humano é relevante também para o quarto (Educação de Qualidade) e o oitavo objetivo (Crescimento Econômico). Por fim, por auxiliar na diminuição da distância entre ricos e pobres, a amamentação pode contribuir para o décimo objetivo (Redução das Desigualdades)(2).

Dessa forma, uma melhor compreensão sobre o apoio e suporte ofertado durante a internação para o nascimento pode ajudar na identificação de possíveis problemas na manutenção do AME e promover intervenção e encaminhamento precoce. Assim, este estudo não só contribui para a melhoria das práticas de amamentação, mas também apoia o cumprimento dos ODS até 2030.

O objetivo deste estudo foi identificar a incidência do aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida e fatores associados segundo assistência recebida durante a internação por motivo de nascimento.

■ MÉTODO

Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado: “Aleitamento Materno Exclusivo: determinantes socioculturais na América Latina”. Trata-se de um estudo de coorte prospectiva, realizada com gestantes/puérperas, cadastradas em unidades básicas de saúde (UBS), no município de Guarapuava, Paraná.

O referido município possui três hospitais gerais. Destes, dois são referências para partos, denominados, neste estudo, como hospital A e hospital B. Ambos os hospitais são de médio porte, filantrópicos e não possuem o título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O hospital A, localizado na zona central do município, tem 29 leitos obstétricos e um BLH. O hospital B, não possui BLH, também localizado na zona central do município e possui 31 leitos obstétricos.

Foram incluídas gestantes, com idade gestacional (IG) a partir da 30ª semana, com idade > 18 anos, que tivessem realizado pelo menos três consultas de pré-natal. Para a continuidade da pesquisa, era necessário a participante ter realizado a consulta puerperal. Como critério de não inclusão considerou-se situações que impedissem a prática da amamentação, como o uso de drogas e ser diagnosticada com o vírus HIV (do inglês, Human Immunodeficiency Virus). A ausência da participante em três oportunidades diferentes mudanças de endereço e a ocorrência de natimorto ou óbito neonatal foram consideradas como perda de seguimento para o estudo.

O período de inclusão das participantes foi de julho de 2021 a junho de 2022, com acompanhamento até dezembro do respectivo ano. A coleta de dados se deu em quatro etapas: o recrutamento ainda durante o período gestacional; a segunda, terceira e quarta etapas foram realizadas um, três e seis meses após o nascimento, respectivamente. Destaca-se que durante a coleta de dados, todos os cuidados necessários foram tomados, como distanciamento de 1,5m entre a entrevistadora e a participante, utilização de máscara e uso de álcool gel.

Optou-se por uma amostragem não probabilística, de conveniência, considerando a facilidade de localização da UBS. A amostra foi calculada considerando o registro de 1.146 gestantes cadastradas nas UBS do município em julho de 2021, poder de 80%, erro amostral de

5% e nível de significância de 95%, totalizando 288 participantes. A esse total foram acrescidos 20% para possíveis perdas no caminho, chegando a 345 gestantes. Porém, na primeira fase de recrutamento, foram entrevistadas 354 participantes.

Das 354 gestantes incluídas inicialmente, e considerando as perdas durante o seguimento (Figura 1), chegou-se a uma amostra final de 291 participantes. As perdas no decurso da coleta de dados ocorreram por mudança de endereço ou cidade (n=29), por ausência na tentativa de três oportunidades para a coleta de dados (n=20) e por ocorrência de natimorto ou óbito neonatal no decurso da coleta de dados (n=3). Os questionários que se encontraram incompletos (n=11) foram devido a ausência de preenchimento de uma ou mais informações pelos entrevistadores.

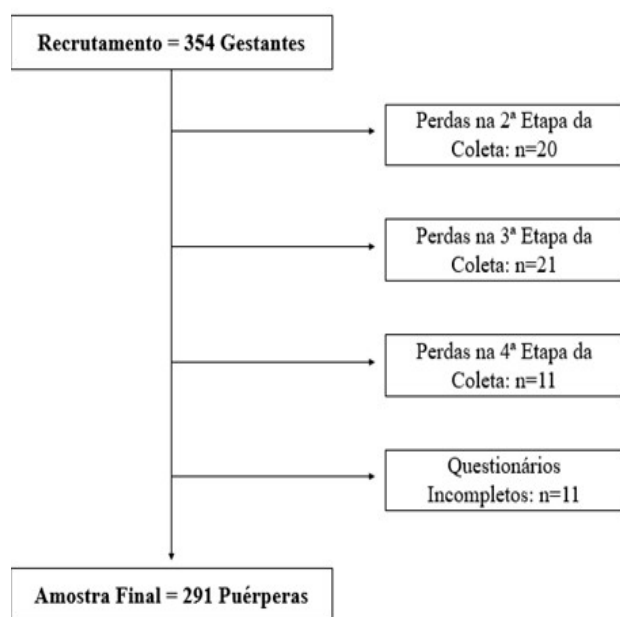


Figura 1 – Fluxograma do processo de obtenção da amostra final do estudo. Guarapuava, PR, Brasil, 2024.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Por meio da lista de gestantes e dos respectivos endereços residenciais disponibilizados pelas UBS, com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, fez-se o primeiro contato e o seguimento em suas residências. Para a coleta de dados foram utilizados questionários, previamente construídos e validados no estudo multicêntrico. No recrutamento foi aplicado o primeiro questionário, para a coleta dos dados sociodemográficos. No segundo encontro, um mês após o nascimento, aplicaram-se três instrumentos: um referente aos dados obstétricos e neonatais, outro

com informações acerca da experiência no âmbito hospitalar e a percepção do apoio dos profissionais frente à prática de AM (Quadro 1).

O questionário abordando a prática de AM, identificando a interrupção ou a manutenção do AME foi aplicado no primeiro, terceiro e sexto mês após o nascimento. Vale ressaltar que todos os questionários foram submetidos a um teste piloto, para obter maior conhecimento dos instrumentos para organização e planejamento do tempo para a coleta de dados.

Todas as coletas foram realizadas por meio de visitas domiciliares, por cinco acadêmicas do último ano do curso de Enfermagem e duas alunas de pós-graduação stricto sensu, devidamente treinadas quanto aos objetivos da pesquisa, a importância do papel do entrevistador, apresentação dos instrumentos utilizados e quanto aos aspectos éticos da pesquisa. As capacitações tiveram duração aproximada de quatro horas. Após o treinamento, um novo teste piloto foi realizado com os entrevistadores para facilitar a aplicação dos instrumentos de pesquisa, bem como detectar possíveis problemas que pudessem surgir no decurso da coleta de dados.

Para fins de análise, foi considerado o conceito proposto pela OMS para o AME, definido quando a criança recebe somente LM direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem a oferta de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos(1).

A partir dos instrumentos preenchidos manualmente, procedeu-se à dupla digitação dos dados, para verificação de possíveis inconsistências e erros de digitação. O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0).

Para avaliação das variáveis categóricas (escolaridade, etnia, renda familiar, situação conjugal, trabalho, hábito de fumo, consumo de bebida alcoólica, gravidez planejada, número de gestações, via de parto, gravidez de risco, complicações no parto e sexo do RN), foram calculadas as frequências absolutas e relativas e construídas as respectivas distribuições; para as variáveis contínuas (idade, idade gestacional, número de consultas de pré-natal e peso ao nascer), foram calculadas as medidas de tendência central (média e desvio padrão).

Quadro 1 – Experiência no hospital e percepção do apoio recebido. Guarapuava, PR, Brasil, 2024.

Por favor, conte-nos como foi sua experiência no hospital durante o nascimento de seu bebê e sua percepção do apoio recebido.	
1. Antes de meu bebê nascer, alguém no hospital conversou comigo sobre como amamentar e por quê.	☐ Sim ☐ Não
2. A equipe do hospital é especialista em amamentação e apoiam as mães que desejam amamentar.	☐ Sim ☐ Não
3. Alguém no hospital me mostrou diferentes técnicas de como amamentar meu bebê.	☐ Sim ☐ Não
4. A equipe do hospital me orientou a dar leite materno ao meu bebê sem substituí-lo por outros líquidos, mamadeiras ou chupetas.	☐ Sim ☐ Não
5. Pelo menos uma vez durante a minha internação, alguém do hospital supervisionou a amamentação do meu bebê.	☐ Sim ☐ Não
6. A equipe do hospital recomendou que eu amamente meu bebê sempre que ele/ela me pedir para fazê-lo.	☐ Sim ☐ Não
7. Imediatamente após o parto, meu bebê e eu tivemos contato pele a pele.	☐ Sim ☐ Não
8. Eu amamentei meu bebê pela primeira vez:	☐ < 30 min. de nascimento. ☐ 30 min. a 1 hora de nascimento. ☐ > 1 hora de nascimento.
9. A equipe do hospital deu fórmula ao meu bebê.	☐ Sim ☐ Não
10. Meu bebê e eu estávamos no mesmo quarto durante a minha internação no hospital e não tivemos mais de uma hora de separação por dia.	☐ Sim ☐ Não
11. A equipe do hospital deu mamadeiras ou chupetas a meu bebê.	☐ Sim ☐ Não
12. Quando eu tive alta do hospital, eles me deram fórmula, mamadeiras ou chupetas para levar para casa.	☐ Sim ☐ Não
13. Quando eu tive alta do hospital, eles me disseram que eu precisaria de uma visita de revisão e eles me ajudaram a marcar.	☐ Sim ☐ Não
14. Quando saí do hospital, eles me deram informações sobre grupos de apoio para mães que amamentam.	☐ Sim ☐ Não
15. Antes ou durante da minha internação, vi ou li uma política escrita sobre amamentação no hospital.	☐ Sim ☐ Não
16. Acredito que este hospital melhorou minha experiência com a amamentação.	☐ Sim ☐ Não

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Ressalta-se que a categoria de renda familiar utilizada neste estudo foi baseada na percepção subjetiva das participantes sobre suas condições financeiras, com as seguintes opções de resposta: menos que as necessidades, suficiente para as necessidades e mais que as necessidades. A referência para “necessidades” está atrelada às despesas básicas e essenciais da família, como alimentação, moradia, saúde e educação.

A incidência do AME foi calculada seis meses após o nascimento, sendo considerada a variável dependente deste estudo. Para a comparação da incidência de AME utilizou-se o teste de diferença de proporções (Teste Exato de Fisher ou Qui-Quadrado de Pearson e Teste da Razão da Verossimilhança), com a apresentação do Risco Relativo (RR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para verificar a normalidade dos dados utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá e recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 46720921.3.0000.0104, em 27/05/2021. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

■ RESULTADOS

Das 354 mulheres recrutadas a média de idade das mães foi de 27 anos (DP+6,2), das quais 45,2% com ensino médio e a maior parte considerando-se da raça/cor branca (57,3%). A maioria das participantes alegou que a renda era suficiente para as necessidades básicas (69,8%), 85,9% tinham companheiro e 65,8% não possuíam atividade laboral. A maior parte referiu não fumar (85,0%) e não ter ingerido bebida alcoólica nos últimos três meses (91,0%) (Tabela 1).

A Tabela 2 descreve as características obstétricas e neonatais referente às participantes do estudo, com dados coletados no primeiro mês após o nascimento. A média da IG foi de 38,6 semanas (DP+1,7) e com a gravidez não planejada (59,3%). A maioria das gestantes foram multíparas (66,8%), com a média de consultas de pré-natal de 11 consultas (DP+3,3) e referindo ter realizado parto cesáreo (54,5%). A maior parte das gestações foram classificadas como de risco habitual (54,2%) e sem ter tido complicações no parto (82,6%). Quanto aos RN, a maioria foi do sexo masculino (51,2%) e com peso ao nascer de 3.177 gramas (DP+442,4).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes recrutadas com idade gestacional a partir de 30 semanas, idade > 18 anos, que realizaram pelo menos três consultas de pré-natal. Guarapuava, Paraná, Brasil, 2024 (n=354).

Variáveis	Frequências	
	n	%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	95	26,8
Fundamental Completo	28	7,9
Médio Incompleto	58	16,4
Médio Completo	102	28,8
Superior Incompleto	26	7,3
Superior Completo	45	12,7
Raça/Cor		
Branca	203	57,3

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Frequências	
	n	%
Parda	130	36,7
Preta	16	4,5
Amarela	4	1,1
Indígena	1	0,3
Renda Familiar		
Menos que as Necessidades	87	24,6
Suficiente para as Necessidades	247	69,8
Mais que as Necessidades	20	5,6
Situação Conjugal		
Com Companheiro*	304	85,9
Sem Companheiro**	50	14,1
Trabalha		
Sim	121	34,2
Não	233	65,8
Fuma		
Sim	53	15,0
Não	301	85,0
Consumo de Bebida Alcoolica		
Sim	32	9,0
Não	322	91,0

*Foram incluídas as mães casadas ou com união estável

**Foram incluídas as mães solteiras, divorciadas e viúvas

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Tabela 2 – Características obstétricas e neonatais das mães e dos recém-nascidos. Guarapuava, Paraná, Brasil, 2024.

Variáveis	Frequências	
	n	%
Gravidez Planejada (n=354)		
Sim	144	40,7
Não	210	59,3
Gestações (n=334)		
Primípara	111	33,2
Múltipara	223	66,8
Via de Parto (n=334)		
Vaginal	152	45,5
Cesáreo	182	54,5
Gravidez de Risco (n=334)		
Sim	153	45,8
Não	181	54,2
Complicações no Parto (n=334)		
Sim	58	17,4
Não	276	82,6
Sexo do RN (n=334)		
Feminino	163	48,8
Masculino	171	51,2

RN = recém-nascido
Fonte: Dados da pesquisa, 2024

A incidência de AME foi diminuindo ao longo do tempo em ambos os hospitais. O hospital A apresentou incidência de AME de 72,2%, 38,7% e 13,8%, no primeiro, terceiro e sexto mês de acompanhamento, respectivamente, enquanto no hospital B o índice foi de 67,8%, 34,9% e 13,0%, referente aos mesmos períodos de avaliação. Em relação à experiência hospitalar frente ao AME (Tabela 3), no hospital A, a ausência da oferta de fórmula ao RN apresentou associação

significativa de proteção ao AME (RR=0,09; IC=0,01-0,67). Já no hospital B, a falta de orientação sobre a técnica para o AM (RR=5,25; IC=2,2-12,5) apresentou associação significativa para a interrupção do AME. O início precoce do AM com menos de 30 minutos (RR=3,95; IC=1,51-10,3) e entre 30 a 60 minutos (RR=1,37; IC=0,37-5,13) após o parto apresentou-se como um preditor para a manutenção do AME, comparado aos bebês que iniciaram a amamentação decorrido uma

Tabela 3 – Experiência, percepção de apoio recebido e associação com o aleitamento materno exclusivo em dois hospitais (A e B) de Guarapuava, Paraná, Brasil, 2024.

Hospital A					Hospital B			
Variável	AME (n=160)		p-valor	RR (IC95%)	AME (n=131)		p-valor	RR (IC95%)
	Sim n(%)	Não n(%)			Sim n(%)	Não n(%)		
Conversa sobre AM								
Sim	5 (8,8)	52 (91,2)			3 (9,7)	28 (90,3)		
Não	17 (16,5)	86 (83,5)	0,232*	0,53 (0,21 -1,36)	14 (14,0)	86 (86,0)	0,761*	0,69 (0,21-2,25)
Equipe especialista em AME								
Sim	19 (14,8)	109 (85,2)			9 (11,8)	67 (88,2)		
Não	3 (9,4)	29 (90,6)	0,571*	1,58 (0,50-5,02)	8 (14,5)	47 (85,5)	0,650 [†]	0,81 (0,33-1,98)
Técnica de AM								
Sim	7 (12,7)	48 (87,3)			10 (35,7)	18 (64,3)		
Não	15 (14,3)	90 (85,7)	0,786 [†]	0,89 (0,39-2,05)	7 (6,8)	96 (93,2)	0,000[†]	5,25 (2,2-12,5)
Orientação AME								
Sim	20 (16,0)	105 (84,0)			17 (17,9)	78 (82,1)		
Não	2 (5,7)	33 (94,3)	1,00*	2,8 (0,69-11,4)	0	36 (100,0)	0,166*	-

Tabela 3 – Cont.

Hospital A					Hospital B			
Variável	AME (n=160)		p-valor	RR (IC95%)	AME (n=131)		p-valor	RR (IC95%)
	Sim n(%)	Não n(%)			Sim n(%)	Não n(%)		
Supervisão AME								
Sim	22 (15,0)	125 (85,0)			17 (13,6)	108 (86,4)		
Não	0	13 (100,0)	0,364*	-	0	6 (100,0)	0,218*	-
Orientação AME livre demanda								
Sim	19 (16,0)	100 (84,0)			15 (19,5)	62 (80,5)		
Não	3 (7,3)	38 (92,7)	0,061*	2,18 (0,68-7,00)	2 (3,7)	52 (96,3)	0,198*	5,26 (1,25-22,1)
Imediatamente após o nascimento houve contato pele a pele (mãe e bebê)								
Sim	17 (17,2)	82 (82,8)			12 (19,4)	50 (80,6)		
Não	5 (8,2)	56 (91,8)	0,156*	2,10 (0,81-5,39)	5 (7,2)	64 (92,8)	0,066*	2,67 (0,98-7,15)
A mãe amamentou o bebê pela primeira vez								
< 30 minutos	7 (24,1)	22 (75,9)		2,29 (0,91-5,75)	8 (30,8)	18 (69,2)		3,95 (1,51-10,3)
30 minutos a 1 hora	7 (12,7)	48 (87,3)		1,21 (0,46-3,14)	3 (10,7)	25 (89,3)		1,37 (0,37-5,13)
> 1 hora	8 (10,5)	68 (89,5)	0,187 [†]	1,00	6 (7,8)	71 (92,2)	0,020[‡]	1,00

Tabela 3 – Cont.

Hospital A					Hospital B			
Variável	AME (n=160)		p-valor	RR (IC95%)	AME (n=131)		p-valor	RR (IC95%)
	Sím n(%)	Não n(%)			Sím n(%)	Não n(%)		
Fórmula RN								
Sím	1 (1,9)	53 (98,1)			5 (7,6)	61 (92,4)		
Não	21 (19,8)	85 (80,2)	0,001*	0,09 (0,01-0,67)	12 (18,5)	53 (81,5)	0,074*	0,41 (0,15-1,1)
Alojamento conjunto								
Sím	18 (12,7)	124 (87,3)			12 (10,7)	100 (89,3)		
Não	4 (22,2)	14 (77,8)	0,278*	0,57 (0,22-1,50)	5 (26,3)	14 (73,7)	0,074*	0,41 (0,16-1,02)
A equipe do hospital ofertou mamadeira ou chupeta								
Sím	-	-			-	-		
Não	22 (13,8)	138 (86,3)	-	-	17 (13,0)	114 (87,0)	-	-
Na alta deram fórmula, mamadeira ou chupeta para uso em casa								
Sím	-	-			-	-		
Não	22 (13,8)	138 (86,3)	-	-	17 (13,0)	114 (87,0)	-	-

Tabela 3 – Cont.

Hospital A					Hospital B			
Variável	AME (n=160)		p-valor	RR (IC95%)	AME (n=131)		p-valor	RR (IC95%)
	Sim n(%)	Não n(%)			Sim n(%)	Não n(%)		
Na alta informaram sobre visita de revisão								
Sim	9 (13,4)	58 (86,6)			10 (15,4)	55 (84,6)		
Não	13 (14,0)	80 (86,0)	0,921 [†]	0,96 (0,44-2,12)	7 (10,6)	59 (89,4)	0,416 [†]	1,45 (0,59-3,58)
Deram informações sobre grupo de apoio								
Sim	5 (14,7)	29 (85,3)			3 (15,8)	16 (84,2)		
Não	17 (13,5)	109 (86,5)	0,786*	1,10 (0,43-2,74)	14 (12,5)	98 (87,5)	0,713*	1,26 (0,40-3,98)
Tinha política escrita sobre AM no hospital								
Sim	18 (17,8)	83 (82,2)			12 (15,0)	68 (85,0)		
Não	4 (6,8)	55 (93,2)	0,060*	2,63 (0,93-7,40)	5 (9,8)	46 (90,2)	0,437*	1,53 (0,57-4,09)
Hospital melhorou a experiência com AM								
Sim	17 (13,6)	108 (86,4)			12 (15,0)	68 (85,0)		
Não	5 (14,3)	30 (85,7)	1,00*	0,95 (0,38-2,40)	5 (9,8)	46 (90,2)	0,437*	1,53 (0,57-4,09)

AM = Aleitamento materno; AME = Aleitamento materno exclusivo; RN = recém-nascido
Teste Exato de Fisher; [†]Teste do Qui Quadrado de Pearson; ^{}Teste da Razão da Verossimilhança
Fonte: Dados da pesquisa, 2024

hora após o nascimento. Os demais itens analisados não apresentaram associação significativa para a manutenção do AME ou desmame precoce.

■ DISCUSSÃO

Este estudo apresentou um declínio da manutenção do AME ao longo do tempo e uma incidência de AME até o sexto mês de vida abaixo do recomendado pelos órgãos nacionais e internacionais em ambos os hospitais A e B (13,8% e 13,0%, respectivamente), corroborando com outro estudo realizado em Rio Branco, Acre, em que a manutenção do AME até o sexto mês foi de 16,4%(9). A OMS considera ser um indicador de AME muito bom a prevalência na faixa de 90% a 100%, bom, de 50% a 89%, razoável, de 12% a 49% e ruim, de 0 a 11%(10).

Os padrões de AM e alimentação complementar se diferenciam entre os municípios com maior pobreza e os de menor pobreza. Municípios com melhores condições socioeconômicas possuem práticas alimentares mais adequadas do que aqueles com menores condições. No caso de bebês menores de seis meses, há um aumento da proporção de crianças em aleitamento materno misto (uso do LM e outro tipo de leite) e, segundo os dados, cerca de 30% dos bebês abandonaram o aleitamento materno exclusivo ainda no primeiro mês de vida⁽¹¹⁾.

O aumento do aleitamento misto em crianças residentes de municípios com menores condições financeiras podem ser influenciadas pela desigualdade em relação a mulheres com baixa renda. As mulheres socioeconomicamente vulneráveis enfrentam grandes barreiras estruturais e sociais que as impedem de fazer valer seu direito de amamentar exclusivamente pelo tempo recomendado ou desejado⁽¹¹⁾.

Pesquisa realizada no período da pandemia de COVID-19, em Balneário Gaivota, Santa Catarina, apresentou prevalência de AME de 43,1%. Os autores enfatizam que a maioria dos fatores relacionados à manutenção do AME são comportamentais e modificáveis. É necessário iniciativas no âmbito da promoção da saúde, com o intuito de potencializar tanto a saúde individual quanto coletiva, ao mesmo tempo em que se reduzem as vulnerabilidades e os riscos à saúde resultantes dos múltiplos determinantes sociais⁽¹²⁾.

Nos Estados Unidos, um estudo de coorte apontou uma incidência de 24,7% crianças amamentadas

exclusivamente até o sexto mês de vida. A idade materna avançada, menor índice de massa corpórea (IMC), maior renda, maior escolaridade e não tabagismo influenciaram positivamente para a manutenção desta prática⁽¹³⁾. Já entre os fatores associados com o abandono do AME incluem: uso da chupeta, consumo de álcool e a não amamentação durante a primeira hora de vida⁽⁹⁾. A produção de leite de maneira insuficiente e a recusa inexplicável do bebê ao peito também foram relatados como preditores para o desmame precoce⁽¹⁴⁾.

O resultado do presente estudo indica que a oferta de fórmula infantil interfere negativamente na prática de AME até o sexto mês de vida. Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, uma pesquisa evidenciou que uma parcela significativa de bebês consumiu fórmula antes dos dois meses de idade⁽¹⁵⁾. Sabe-se que o uso de fórmulas pode interferir na produção de LM, uma vez que reduz a demanda de sucção do bebê, o que compromete a lactação e aumenta o risco de desmame precoce. A suplementação com fórmulas durante os primeiros dias de vida pode, assim, prejudicar o estabelecimento adequado do AM⁽¹⁶⁾.

O consumo de leite não materno, outros líquidos ou alimentos sólidos/semi-sólidos antes dos seis meses está associado a um maior risco de doenças respiratórias, otites, doenças gastrointestinais e alergias⁽¹⁷⁾. Além disso, lactentes alimentados com fórmulas antes dos seis meses de idade sofrem de disfunções na regulação do apetite, permitindo que sejam mais facilmente superalimentados do que lactentes amamentados, tornando-os mais predispostos à obesidade infantil. Ademais, o LM tem efeito na prevenção contra doenças infecciosas, diarreias, infecções respiratórias e doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta⁽¹⁸⁾. Em caso de abandono do AME, esta prática pode comprometer a saúde, o crescimento e desenvolvimento ideal da criança, principalmente nos primeiros seis meses de vida.

Por isso, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de uma mensagem mais clara para gestantes e seus familiares sobre os efeitos nocivos do desmame precoce e da introdução alimentar antes dos seis meses de idade⁽¹⁾. A falta de aconselhamento sobre o AM durante as consultas de pré-natal contribui para o desmame precoce⁽¹⁵⁾. Uma metanálise sobre estratégias de promoção ao AM na África constatou

que o aconselhamento para a amamentação resultou em AME significativamente mais alto no primeiro mês de vida do bebê, sendo que as intervenções em grupo se mostraram mais eficazes em melhorar as taxas de AME do que o aconselhamento individual ou domiciliar sozinho⁽¹⁹⁾.

Intervenções educacionais oferecidas pelos enfermeiros durante o período de internação em ambiente hospitalar podem aumentar a confiança das mães em suas habilidades para amamentar, o que é essencial para a continuidade do AME após a alta hospitalar⁽²⁰⁾. Estudo realizado na região Sul do Brasil durante a pandemia com 756 puérperas, revelou desfecho positivo das atividades de educação em saúde na manutenção da amamentação, uma vez que a prevalência de AME foi de 85%⁽²¹⁾.

Um ponto que merece destaque nesta pesquisa é o início tardio do AM como fator associado à interrupção precoce desta prática. A amamentação nas primeiras horas pós-parto permite ao RN uma melhor adaptação à vida extrauterina, a partir da sua regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica. A *golden hour*, chamada também de hora dourada, é caracterizada pela primeira hora de vida do bebê. Orienta-se que o AM e o contato pele a pele ocorram neste momento, pois o bebê está alerta e com os estímulos de sucção aguçados, estabelecendo o momento ideal para que conheça a mãe e crie o primeiro vínculo com ela, por meio da amamentação⁽²²⁾.

Nesse contexto, a pandemia da COVID-19 ocasionou um impacto significativo na dinâmica das instituições de saúde relacionados à maternidade, que resultaram em barreiras de acesso e dificuldades no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto. Essas dificuldades advindas da pandemia influenciaram diretamente na qualidade dos serviços prestados, incluindo o apoio para a amamentação⁽²³⁾.

A prática do alojamento conjunto é componente-chave para estabelecer práticas ideais de amamentação precoce, pois fornece o espaço físico para iniciar o contato pele a pele precoce, o AM precoce e sob livre demanda⁽²⁴⁾. Amparar as mães para que o início do AM ocorra da melhor forma é uma prática que pode reduzir em até 22% a mortalidade neonatal⁽²⁵⁾. Na Índia, foi evidenciado que quando as mulheres não amamentam seus recém-nascidos dentro de uma hora

após o nascimento, as chances de óbitos neonatais aumentam quase três vezes⁽²⁶⁾.

Quando a lactante é encorajada a amamentar pela equipe do hospital e possui acesso a profissionais que se dedicam ao apoio à amamentação existe uma tendência para resultados positivos do AME para além da internação hospitalar, ou seja, receber suporte para amamentação da equipe do hospital pode influenciar mais tempo na duração do AM⁽²¹⁾.

A assistência inadequada nos hospitais, incluindo a oferta de fórmula e a ausência de suporte ao manejo da amamentação, são fatores que contribuem diretamente para o desmame precoce. Isso aponta para a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, bem como as restrições ao uso de fórmulas em maternidades, como previsto pela IHAC. A implementação dessas práticas tem mostrado resultados positivos na promoção do AME, com aumento da confiança materna e melhora das taxas de amamentação exclusiva⁽²⁴⁾.

Entretanto, é necessário orientar corretamente sobre a técnica de AM, pois sem o conhecimento suficiente, as lactantes estão mais propícias a desenvolver problemas ao amamentar e vulneráveis para a interrupção do AME, conforme evidenciado nos resultados deste estudo. O suporte oferecido pelos enfermeiros durante as primeiras 24 horas após o nascimento é fundamental para o sucesso do AM. A orientação adequada no manejo clínico da amamentação mostra-se determinante para prolongar o período de AME⁽²⁷⁾. Para isso, as informações sobre o posicionamento, pega correta e a avaliação da mamada pelo enfermeiro devem ser incluídas durante a prática assistencial.

A intervenção rápida e o suporte oferecido pelo enfermeiro da área hospitalar em situações recorrentes que interferem negativamente à amamentação, como as fissuras mamilares, ingurgitamento e mastite, ajudam a reduzir a dor e o desconforto da mãe, permitindo que ela mantenha o AM com segurança e sem interrupções. Este profissional possui qualificação para identificar e tratar essas complicações de maneira não invasiva e educativa, o que é vital para evitar o desmame precoce⁽²⁷⁾.

O enfermeiro desempenha papel fundamental no incentivo e na manutenção do AME, atuando como educador, facilitador e apoio emocional para a mãe e sua família. A orientação oferecida pelos

enfermeiros favorece o esclarecimento de dúvidas comuns sobre a amamentação, bem como pode reduzir consideravelmente o risco de desmame precoce, contribuindo para o bem-estar da criança e da mãe. Vale ressaltar que mães emocionalmente apoiadas por profissionais de saúde têm maior autoconfiança para lidar com os desafios da amamentação e são mais propensas a mantê-la exclusivamente por um período maior⁽²⁸⁾.

No âmbito das políticas públicas de saúde, o enfermeiro é um importante agente no fomento do AME, integrando estratégias e ações de promoção da saúde que envolvam não só o binômio mãe-filho, mas também o ambiente familiar e a comunidade. Desse modo, há necessidade de maior investimento na capacitação dos profissionais que atuam no contexto do AM, no que diz respeito às práticas de aconselhamento em amamentação e maior envolvimento da família e rede de apoio⁽⁸⁾.

O uso de materiais e dispositivos didáticos são capazes de instrumentalizar e reforçar as orientações fornecidas pelos profissionais de enfermagem referente ao manejo clínico do AM no ambiente hospitalar. Inovar nas estratégias de educação em saúde para elevar a adesão e manutenção do AM por mais tempo pode contribuir substancialmente para superar diversas barreiras a essa prática no contexto da saúde de mães e filhos⁽²⁰⁾.

Na literatura científica identificou-se uma associação negativa entre a oferta gratuita do leite artificial e a manutenção do AME. Revisão sistemática aponta que a comercialização de substitutos do LM por fabricantes de fórmulas infantis, em particular por meio do fornecimento de amostras gratuitas ou de baixo custo e materiais promocionais nos estabelecimentos de saúde, continua sendo uma barreira importante para a amamentação exclusiva⁽²⁹⁾.

Além disso, não foi encontrada uma incidência expressiva da manutenção do AME até o sexto mês no hospital em que dispõe de uma unidade de BLH (Hospital A), o que leva a uma reflexão sobre o potencial papel desta estratégia no apoio e promoção do AM. As ações desempenhadas pelos BLH são uma maneira de evitar o declínio da amamentação. Além de realizarem funções específicas de manipulação do LM ordenado, devem cumprir também atividades

educativas de promoção e apoio ao AM, podendo ser considerados locais de referência em amamentação para gestantes e nutrízes e promovendo acolhimento, apoio e aprendizagem, disseminando conhecimento e fortalecendo a prática de AM⁽³⁰⁾.

Assim, o trabalho do enfermeiro na manutenção do AME é uma estratégia fundamental, pois colabora para superar as dificuldades da amamentação, melhorar os indicadores de saúde materno-infantil e promover um desenvolvimento saudável na primeira infância, o que contribui para a manutenção do AME. O suporte oferecido por esses profissionais se revela essencial para o sucesso do AME, possibilitando minimizar os sentimentos de estresse e ansiedade e garantir que cada vez mais mães e bebês desfrutem dos benefícios associados à prática do AME.

Este estudo possui limitação quanto à lembrança das participantes de sua experiência hospitalar, considerando que a entrevista foi realizada quatro semanas após a internação. Assim, é possível que as participantes não tenham lembrado com precisão dos eventos ocorridos no hospital em alguns casos, o que poderia potencialmente induzir a um erro aleatório ou viés de memória, se as mães que estavam amamentando no momento tendessem a relatar mais apoio positivo ao AM. Entretanto, um mês representa um período de recordação relativamente curto, em comparação com outros estudos observacionais de amamentação que analisam as participantes meses ou anos depois.

Outra limitação importante deste estudo é o uso de uma amostra não probabilística, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados para a população em geral e podem não ser representativos de outras regiões ou contextos com práticas assistenciais distintas.

Por fim, esses resultados expandem o entendimento sobre o papel crítico dos enfermeiros frente à assistência hospitalar na promoção da saúde infantil e materna e contribuem para o aprimoramento das políticas de saúde pública, que visam atingir metas globais, como as estabelecidas pela OMS para o AME até 2030. Ainda, fornecem evidências em apoio a uma abordagem holística e integral para a criação de ambientes hospitalares adeptos ao AM. Desse modo, os profissionais de saúde precisam ser constantemente capacitados, para entender a complexidade que envolve

a prática de AM, bem como a realidade da população que atende.

■ CONCLUSÃO

A incidência de AME no sexto mês de vida do recém-nascido mostrou-se aquém do preconizado pela OMS (13,0% e 13,8%). Observa-se um decréscimo substancial na incidência de AME ao longo dos tempos de seguimento, o que reforça a necessidade de intervenções para obter melhores resultados no desfecho do estudo. Vale ressaltar que a pandemia da COVID-19 possa ter impactado na qualidade do processo de amamentação, bem como na atuação dos profissionais de saúde frente ao incentivo do AME.

Conclui-se que a ausência de orientação sobre a técnica de AM e o início tardio da oferta de LM (> 1 hora após o nascimento) se associaram com a interrupção do AME, enquanto a ausência da oferta de fórmula infantil mostrou-se como um fator de proteção para a manutenção do AME até o sexto mês de vida.

Portanto, os achados deste estudo poderão contribuir para a implementação de estratégias que promovam o AME, bem como incentivar os ambientes hospitalares a buscarem o título de Hospital Amigo da Criança. Por outro lado, cabe uma reflexão sobre as ações desenvolvidas pelos BLH, assumindo um importante papel na orientação e promoção do AM. Essa atuação fortalece a rede de apoio ao AME, promovendo um cuidado integral ao binômio mãe-bebê e contribuindo significativamente para a melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 [cited 2023 Mar 01]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
3. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2019[cited 2023 Mar 01]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-19.22>
4. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI 2019. Resultados preliminares: indicadores de aleitamento materno no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2020[cited 2023 Mar 01]. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-4-aleitamento-materno/>
5. Baier MP, Toninato APC, Nonose ERS, Zilly A, Ferreira H, Silva RMM. Breastfeeding until the sixth month of life in municipalities in the Parana Mothers Network. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e51623. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51623>
6. World Health Organization (WHO). National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative 2017 [Internet]. WHO: 2017[cited 2023 Mar 01]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255197/9789241512381-eng.pdf?sequence=1>
7. Conceição FOVA, Zanin L, Araújo Neto AP, Pinheiro FS, Flório FM. Factors associated with early weaning in the human milk bank of a university hospital. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2023[cited 2023 Mar 01];23:e20210450. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RYQf3TZMhB6FKBt9pwDqzJK/>
8. Christoffel MM, Gomes ALM, Julio CLA, Barros JF, Rodrigues EC, Góes FGB, et al. Exclusive breastfeeding and professionals from the family health strategy. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(3):e20200545. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0545>
9. Martins FA, Ramalho AA, Andrade AM, Opitz SP, Koifman RJ, Silva IF. Breastfeeding patterns and factors associated with early weaning in the Western Amazon. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002134>
10. Nascimento JC, Silva NL, Lima MCBM, Lima MFS, Oliveira GS. Prevalência do aleitamento materno exclusivo nas regiões brasileiras em 2015. *Carpe Diem: Rev Cult Cientif UNIFACEX* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 10];16(2):252-69. Available from: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/1020>
11. Souza GR, Ribeiro-Silva RC, Felisbino-Mendes MS, Silva NJ, Andrade RDCS, Pedrosa J, et al. Time trends and social inequalities in infant and young child feeding practices: national estimates from Brazil's Food and Nutrition Surveillance System, 2008-2019. *Public Health Nutr*. 2023;26(9):1731-42. <https://doi.org/10.1017/S1368980023001039>
12. Fermiano CAMM, Schäfer AA, Soratto J, Meller FO. Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors in a city in southern Santa Catarina, Brazil. *Saud Pesq*. 2023;16(1):e-11261. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n1.e11261>

13. Haas DM, Yang Z, Parker CB, Chung J, Parry S, Grobman WA, et al. Factors associated with duration of breastfeeding in women giving birth for the first time. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):722. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05038-7>
14. Amaral SA, Bielemann RM, Del-Ponte B, Valle NCJ, Costa CS, Oliveira MS, et al. Maternal intention to breastfeed, duration of breastfeeding and reasons for weaning: a cohort study, Pelotas, RS, Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;29(1):e2019219. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100024>
15. Almeida MAM, Rossato SL, Ferrari AP, Gomes CB, Tonete VLP, Parada CMGL, et al. The determinants of complementary feeding introduction vary according to the type of food and infants' ages: a cohort study-clab, Brazil. *Matern Child Health J*. 2022;26(6):1384-400. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03360-8>
16. Li R, Hamner HC, Chen J, Elam-Evans LD. Impact of early formula supplementation on breastfeeding duration, National Immunization Survey, 2019 births. *J Perinatol*. 2023;43(9):1176-8. <https://doi.org/10.1038/s41372-023-01658-9>
17. Mathias JG, Zhang H, Soto-Ramirez N, Karmaus W. The association of infant feeding patterns with food allergy symptoms and food allergy in early childhood. *Int Breastfeed J*. 2019;14:43. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0241-x>
18. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*. 2010;125(6):e1386-93. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2549>
19. Chipojola R, Khwepeya M, Gondwe KW, Rias YA, Huda MH. The influence of breastfeeding promotion programs on exclusive breastfeeding rates in Sub-Saharan Africa: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact*. 2022;38(3):466-76. <https://doi.org/10.1177/08903344221097689>
20. Souza EFC, Pina-Oliveira AA, Shimo AKK. Effect of a breastfeeding educational intervention: a randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3335. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3081.3335>
21. Maliska ICA, Oliveira SN, Andrade ZB, Wilhelm LA, Velho MB. Rooming-in practices and satisfaction with care according to discharge on exclusive breastfeeding. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20230082. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0082en>
22. World Health Organization (WHO). Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions. 2022 [Internet]. Geneva: WHO, 2022 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-22.6>
23. Silva CF, Bezerra ICS, Soares AR, Leal ASLG, Faustino WM, Reichert APS. Implications of the COVID-19 pandemic on breastfeeding and health promotion: perceptions of breastfeeding women. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(8):2183-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05882023>
24. 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):402-17. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
25. Brito APA, Caldeira CF, Salvetti MG. Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03691. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023303691>
26. Phukan D, Ranjan M, Dwivedi LK. Impact of timing of breastfeeding initiation on neonatal mortality in India. *Int Breastfeed J*. 2018;13:27. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0162-0>
27. Ruiz MT, Oliveira KF, Azevedo NE, Paschoini MC, Rodrigues WF, Oliveira CJF, et al. Breastfeeding prevalence in newborns of mothers with COVID-19: a systematic review. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(suppl 1):e20220173. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0173>
28. Moraes GGW, Christoffel MM, Toso BRGO, Viera CS. Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03702. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019038303702>
29. Becker GE, Zambrano P, Ching C, Cashin J, Burns A, Policarpo E, et al. Global evidence of persistent violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: a systematic scoping review. *Matern Child Nutr*. 2022;18(Suppl 3):e13335. <https://doi.org/10.1111/mcn.13335>
30. Oliveira MMB, Silva IA. Social representations of donors on human milk donation in a university hospital. *Cienc Cuid Saúde*. 2020;19:e47104. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.47104>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato
Curadoria de Dados: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato
Pesquisa: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Roberta Rossa, Kelly Cristina Michalczyzyn
Metodologia: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Marialda Moreira Christoffel, Rosana Rosseto de Oliveira, Sonia Silva Marcon
Administração de projeto: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato
Supervisão: Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato
Design da apresentação de dados: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Eleandro do Prado, Marialda Moreira Christoffel, Rosana Rosseto de Oliveira, Sonia Silva Marcon
Redação do manuscrito Original: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Roberta Rossa, Kelly Cristina Michalczyzyn, Eleandro do Prado, Marialda Moreira Christoffel, Rosana Rosseto de Oliveira, Sonia Silva Marcon
Redação – revisão e edição: Angélica Yukari Takemoto, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Roberta Rossa, Kelly Cristina Michalczyzyn, Eleandro do Prado, Marialda Moreira Christoffel, Rosana Rosseto de Oliveira, Sonia Silva Marcon

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor Correspondente:

Angélica Yukari Takemoto
angelica.takemoto@hotmail.com

Recebido: 05.04.2024

Aprovado: 09.12.2024

Editor associado:

Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira