



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

RITTA DE KÁSSIA OLIVEIRA DE SANTANA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES
DE IDADE NO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE**

LAGARTO - SE

2025

RITTA DE KÁSSIA OLIVEIRA DE SANTANA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES
DE IDADE NO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE**

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao
Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio
Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do título de médica

Orientador: Prof. Alexandre Machado de Andrade

LAGARTO-SE

2025

RITTA DE KÁSSIA OLIVEIRA DE SANTANA

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES
DE IDADE NO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE**

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao
Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio
Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como
requisito parcial para obtenção do título de médica

Orientador: Prof. Alexandre Machado de Andrade

Lagarto/SE, ____ de ____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Alexandre Machado de Andrade

1º Examinador

2º Examinador

[illegible]

RESUMO

Introdução: Devido aos inúmeros benefícios, tanto para a criança, quanto para a mãe, a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros 6 meses de vida da criança. Porém, a prevalência do aleitamento materno no Brasil e no mundo encontra-se abaixo do esperado. Nesse sentido, diversas condições extrínsecas e intrínsecas podem influenciar no sucesso da amamentação. **Objetivo:** Analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses, as barreiras encontradas e a existência de orientação profissional durante o processo de amamentação. **Materiais e métodos:** Estudo observacional, transversal, mediante entrevistas por conveniência de mães de crianças de seis meses a dois anos de idade, atendidas em unidades básicas de saúde do município de Lagarto-SE, através da aplicação de um questionário. **Resultados:** Observou-se uma prevalência de 51,5% de AME até os seis meses de idade em crianças em Lagarto-SE. A maioria das mães tinha entre 21 e 36 anos, ensino médio completo ou incompleto e renda familiar de até dois salários mínimos. O AME apresentou associação significativa com casamento ou união estável ($p=0,001$), o número de filhos amamentados ($p = 0,003$), idade gestacional ao nascer ($p = 0,010$), amamentação na primeira hora de vida ($p = 0,039$) e ingurgitamento mamário inicial ($p= 0,038$). Houve associação negativa com a prescrição de fórmula na alta hospitalar ($p < 0,001$), irritação do neonato ao mamar ($p = 0,009$), dificuldade de abocanhar o seio ($p < 0,001$), uso de mamadeira ($p < 0,001$) e chupeta ($p = 0,006$) durante o AME. Não houveram associações significativas entre o AME e variáveis sociodemográficas, via de parto ou apoio dos profissionais de saúde. **Conclusão:** Aproximadamente metade das crianças manteve o AME até os seis meses de vida, resultado concordante com outras pesquisas nacionais, mas ainda distante da meta de 70% até 2030, estabelecida pela OMS. Diversos fatores foram identificados como determinantes ou não para a manutenção do AME. Apesar das limitações metodológicas, este trabalho colabora com o entendimento dos fatores que influenciam o AME em Lagarto-SE e é capaz de embasar políticas públicas e ações de apoio profissional voltadas à promoção e continuidade da amamentação.

DESCRITORES: Aleitamento Materno; Relações Mãe-Filho; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Lactação.

ABSTRACT

Introduction: Due to the numerous benefits for both the child and the mother, the World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding (EBF) during the first six months of a child's life. However, the prevalence of breastfeeding in Brazil and worldwide remains below the desired level. Several intrinsic and extrinsic factors can influence the success of breastfeeding.

Rationale: To analyze the prevalence of exclusive breastfeeding up to six months of age, the barriers encountered, and the presence of professional guidance during the breastfeeding process.

Materials and Methods: Observational, cross-sectional study conducted through convenience interviews with mothers of children aged six months to two years who were attended at primary health care units in Lagarto-SE, using a structured questionnaire. **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding up to six months of age was 51.5% among children in Lagarto-SE. Most mothers were 21 to 36 years old, had completed or incomplete secondary education, and a family income of up to two minimum wages. EBF showed a significant association with marriage or stable union ($p = 0.001$), number of children breastfed ($p = 0.003$), gestational age at birth ($p = 0.010$), breastfeeding within the first hour of life ($p = 0.039$), and initial breast engorgement ($p = 0.038$). Negative associations were found with formula prescription at hospital discharge ($p < 0.001$), infant irritability during breastfeeding ($p = 0.009$), difficulty latching onto the breast ($p < 0.001$), bottle use ($p < 0.001$), and pacifier use ($p = 0.006$) during EBF. No significant associations were observed between EBF and sociodemographic variables, type of delivery, or support from healthcare professionals. **Conclusion:** Approximately half of the children maintained EBF for six months, a result that aligns with other national studies but is still distant from the 70% target set by the WHO for 2030. Several factors were identified as determinants or non-determinants of EBF maintenance. Despite methodological limitations, this study contributes to understanding the factors that influence EBF in Lagarto-SE and provides a basis for public policies and professional actions aimed at promoting and sustaining breastfeeding.

DESCRIPTORS: Breast Feeding; Mother-Child Relations; Maternal-Child Health Services; Lactation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de aleitamento materno exclusivo em Lagarto-SE, 2025.....	23
Tabela 2 – Características sociodemográficas das lactantes em Lagarto-SE, 2025.....	24
Tabela 3 – Características gestacionais e pós gestacionais das lactantes em Lagarto-SE, 2025.....	25
Tabela 4 – Apoio à amamentação pelos profissionais de saúde em Lagarto-SE, 2025	26
Tabela 5 – Variáveis infantis relacionadas ao aleitamento materno exclusivo em Lagarto-SE, 2025.....	27
Tabela 6 – Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e características sociodemográficas das lactantes, em Lagarto-SE, 2025.....	28
Tabela 7 – Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e características gestacionais e pós-gestacionais das lactantes, em Lagarto-SE, 2025.....	29
Tabela 8 – Relação entre aleitamento materno exclusivo e apoio dos profissionais de saúde ao aleitamento materno, em Lagarto-SE, 2025	31
Tabela 9 – Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e variáveis infantis gestacionais e pós gestacionais, em Lagarto-SE, 2025.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

AM - Aleitamento Materno

ENANI - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

RN - Recém-nascido

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO/OMS - World Health Organization/Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1. Geral	13
2.2. Específicos	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1. Composição do leite materno	14
3.2. Tipos de aleitamento materno	14
3.3. Produção do leite materno	15
3.4 Benefícios do aleitamento materno exclusivo	15
3.5. Fatores relacionados à amamentação	17
3.6. Aleitamento materno exclusivo no Brasil	19
4. MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1. Desenho do estudo e procedimentos de coleta de dados	20
4.2. População e amostra	20
4.3. Critérios de inclusão e exclusão	20
4.4. Análise dos dados	21
4.5. Aspectos éticos	21
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO	32
7. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	43
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	43
APÊNDICE B - Questionário	46
ANEXOS	51
ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	51

1. INTRODUÇÃO

Durante os primeiros seis meses de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME), no qual a criança recebe somente leite materno, sem ingestão de outros líquidos (água, chás, sucos) ou alimentos, com exceção de suplementos, vitaminas e medicamentos (FURTADO & ASSIS, 2018; RECH, *et al.*, 2021). Além de fornecer nutrientes fundamentais para o crescimento e desenvolvimento infantil adequado, a amamentação oferece uma série de benefícios para a mãe e o bebê, diminui a desigualdade social e os riscos de mortalidade infantil (LIMA, *et al.*, 2019).

O contato pele a pele pode resultar em melhores índices de aleitamento materno (AM) nos primeiros quatro meses após o parto, maior duração do aleitamento materno, melhor comportamento de afeto e apego da mãe, além da diminuição da dor causada pelo ingurgitamento mamário, sentimento de alívio, segurança e diminuição da ansiedade relacionada a gestação (CAMPOS, *et al.*, 2020). Nas questões emocionais, o neonato desenvolve sentimentos de segurança e proteção (ANDRADE, *et al.*, 2021).

Ademais, para a criança, o AM ajuda no desenvolvimento das estruturas orais, ou seja, no funcionamento adequado das funções de respiração, sucção, mastigação, deglutição e fonoarticulação, além de propiciar o padrão de respiração nasal (ROSA & DELGADO, 2017). Sabe-se que os benefícios do aleitamento materno se estendem até a vida adulta e trazem qualidade de vida a longo prazo. Dessa forma, para a criança, há diminuição do risco de doenças, como: diabetes, obesidade, hipertensão arterial, gastroenterite, entre outras (CIAMPO & CIAMPO, 2018).

Para a mulher, o aleitamento materno traz diversos benefícios, destacando-se a amenorréia lactacional, que favorece ao espaçamento entre as gestações, a diminuição do risco de desenvolver diabetes tipo 2, cânceres de ovário e de mama, além da recuperação do peso mais rápida. Esses efeitos ocorrem, principalmente, devido aos efeitos hormonais da prolactina e ocitocina presentes na lactação, que atuam tanto no metabolismo materno, quanto na involução uterina, contribuindo com a menor incidência de sangramentos pós parto e, consequentemente, anemia (CAMPOS, *et al.*, 2020).

A amamentação é recomendada de forma exclusiva até o sexto mês de vida e de forma complementada até dois anos ou mais, tornando desnecessário o uso de mamadeiras com qualquer tipo de líquido (TELES, *et al.*, 2017). Apesar de todas as evidências científicas comprovando a superioridade do aleitamento materno sobre outras formas de alimentar a criança pequena, a maioria das crianças no Brasil e no mundo não é amamentada por dois anos ou mais e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses (FERREIRA *et al.*, 2018).

De acordo com o quarto relatório técnico do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado entre fevereiro de 2019 e março de 2020, o índice de amamentação exclusiva até os seis meses de vida no Brasil foi de 45,7%. Já nos lactentes menores de quatro meses, de 60%. Além disso, apenas 53% das crianças brasileiras continuaram sendo amamentadas no primeiro ano de vida. Nota-se que a frequência do aleitamento materno é maior no primeiro mês de vida, decrescendo conforme aumento da idade da criança (FERREIRA *et al.*, 2018).

Dentre os fatores que influenciam a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, destacam-se: in experiência das lactantes de primeira viagem, rejeição do bebê ao seio, oferta inadequada de alimentos, introdução de outros líquidos antes dos seis meses de vida, mito do leite fraco e insuficiente, uso de bicos e chupetas, problemas mamários como dor e desconforto e falta de orientação profissional (LIMA *et al.*, 2018). Além disso, há relação entre desmame precoce e: crianças nascidas por cesariana eletiva (VIEIRA *et al.*, 2014); ausência ou deficiências nas consultas de pré-natal (ASEMAHAGN, 2016) e falta de apoio familiar no ato de amamentar (CAMPANHARO *et al.*, 2024).

Segundo Ferreira *et al.* (2018), foi identificado que mulheres com idade inferior a 20 anos e superior a 40 anos também possuem alto risco de desmame precoce. Ademais, a maior escolaridade materna parece ser um fator preditivo para o êxito da prática do AME. Provavelmente, mulheres sem instrução ou com pouca instrução desconhecem a importância do AME até o mínimo de seis meses de vida, pois não sabem do alto valor nutritivo e calórico do leite materno ao recém-nascido nem dos nutrientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento (MARGOTTI, & MARGOTTI, 2017). Nota-se também que famílias beneficiadas de programas sociais têm maiores chances para a continuidade do AME nos primeiros 6 meses de vida (BARBOSA, & CONCEIÇÃO, 2020).

Nesse contexto, nota-se que a abordagem do AM e seus benefícios durante o pré natal é essencial. O pré natal adequado envolve, além de uma quantidade mínima de consultas, um atendimento de qualidade. Se na consulta são esclarecidos os possíveis riscos à saúde materno-infantil e são oferecidas possibilidades de evitá-los, a vivência pós-parto torna-se melhor (FERREIRA, *et al.*, 2018). O pré natal é essencial para o estabelecimento do vínculo e acolhimento das gestantes junto aos profissionais de saúde, de forma a usar o conhecimento científico para identificar e abordar particularidades de cada mulher (ALVES *et al.*, 2020; VICTORA *et al.*, 2023).

Durante o puerpério, o acompanhamento multiprofissional é imprescindível. A ingurgitação das mamas da mulher, o choro de fome do recém-nascido, insuficiência de leite e a interseção familiar levam a mulher ao estresse, influenciando na decisão de continuar ou não o AM. Esse estresse tem efeito negativo nas funções fisiológicas humanas, diminuindo, por exemplo, o reflexo da ejeção do leite (JALAL, *et al.*, 2017). Diante disso, os profissionais não devem apenas orientar sobre as vantagens do AM, mas também abordar as inseguranças e o fortalecimento de toda a rede de apoio à mulher (CHRISTOFFEL, *et al.*, 2022).

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses, características maternas associadas e motivos para desmame precoce no município de Lagarto–SE.

2.2. Específicos

- 1- Comparar as características sociodemográficas, gestacionais, pós gestacionais e relacionadas ao aleitamento entre os grupos de amamentados exclusivamente e não amamentados;
- 2- Analisar as dificuldades encontradas durante a prática de amamentação;
- 3- Descrever a existência do apoio profissional para iniciar e/ou manter a amamentação.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Composição do leite materno

O leite materno é a alimentação ideal para os lactentes, dado que possui as quantidades necessárias de água, carboidratos, lipídeos e proteínas para o desenvolvimento adequado desses indivíduos. É rico em vitaminas A, C, D, E, K e do complexo B, que agem no crescimento, formação óssea, formação do sistema imunológico, desenvolvimento da função nervosa e são antioxidantes. (SAQUETI *et al.*, 2019).

A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina, que é facilmente digerida pelo organismo infantil, diferente da caseína do leite de vaca. O leite materno também é prático, isento de bactérias e repleto de fatores imunológicos que garantem proteção durante a infância (NUNES, 2015). Ademais, o AM é um meio natural de proporcionar vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, além de impactar na economia e na redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015).

O colostro, leite materno produzido nos primeiros dias, contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro (secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto). Além disso, o leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo. No decorrer da mamada, a concentração de gordura no leite aumenta, fazendo com que o leite do final da mamada (leite posterior) seja mais calórico e saciável (BRASIL, 2015; LIMA, 2011).

3.2. Tipos de aleitamento materno

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), o aleitamento materno (AM) pode ser classificado em: AM exclusivo (quando a criança consome apenas leite materno); AM predominante (quando a criança recebe, além do leite materno, outras bebidas à base de água); AM (quando a criança recebe leite materno, independentemente de receber ou não outros alimentos); AM complementado (quando a criança recebe algum alimento sólido ou semissólido para complementar o leite materno); AM misto ou parcial (quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite).

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que a amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida do neonato. Além disso, preconiza que durante os primeiros seis meses de vida, a criança deve manter o aleitamento materno exclusivo (AME), ou seja, não deve

ingerir qualquer tipo de alimento sólido/semissólido ou líquidos durante esse período. A partir dos seis meses, recomenda-se a introdução da alimentação complementar adequada, mantendo-se também o aleitamento materno (AM) por 2 anos ou mais (OMS, 2011).

3.3. Produção do leite materno

A síntese e a secreção do leite são processos bioquímicos e neuroendócrinos complexos, hormonalmente controlados, que envolvem regiões sensíveis da aréola e do mamilo (CIAMPO & CIAMPO, 2018). Durante a amamentação, a sucção estimula a liberação hipofisária de ocitocinas, que por sua vez provoca a redução uterina, liberando a placenta e atuando na redução de mecônio do recém nascido. (SILVA & TONON, 2020).

A ocitocina é liberada em resposta a estímulos como visão, cheiro e choro da criança, motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a saída do leite pode ser comprometida pela dor, desconforto, estresse, ansiedade, medo, insegurança e falta de autoconfiança da mãe. O leite é produzido enquanto a criança mama, sob estímulo da prolactina. De acordo com Victora *et al.* (2023), o equilíbrio entre esses fatores é essencial para garantir a continuidade da amamentação.

O volume de leite produzido varia de acordo com a quantidade e a frequência com que a criança mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite. Ademais, a técnica de amamentação, incluindo a posição da mãe e do bebê e a pega/sucção da criança, são essenciais para determinar a retirada eficiente do leite da mama e também para não machucar os mamilos das lactantes (BRASIL, 2015).

3.4 Benefícios do aleitamento materno exclusivo

Há inúmeras evidências disponíveis sobre os benefícios do AM em curto e a longo prazo, tanto para a criança, quanto para a mãe. A amamentação traz benefícios psicológicos para a criança e para a mãe, fortalecendo os laços afetivos entre eles e desenvolvendo intimidade e troca de afeto. Desperta também sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher (SILVA *et al.*, 2021; VIEIRA *et al.*, 2022; VICTORA *et al.*, 2023). Além disso, o relacionamento afetivo do casal e/ou relações familiares podem ser positivamente influenciados pelo ato do AM (LUMBIGANON *et al.*, 2016).

Em relação à criança, o aleitamento materno protege contra diarreia, pneumonia, síndrome da morte súbita infantil e alergias (VIEIRA *et al.*, 2014). Esses benefícios refletem no fortalecimento do sistema imunológico, menor incidência de infecções e redução da morbimortalidade infantil. Em contraponto, a exposição ao leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca. Por isso é importante evitar o uso desnecessário de fórmulas infantis (BRASIL, 2015).

Ademais, o exercício que a criança faz para retirar o leite da mama auxilia no desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro e, conseqüentemente, o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária. Dessa maneira, o desmame precoce e a troca do seio materno por utensílios como mamadeiras e chupetas estão associados a má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala (FERREIRA *et al.*, 2022; VIEIRA *et al.*, 2022).

A longo prazo, o AM possui efeito positivo no desenvolvimento intelectual da criança. Uma coorte realizada na cidade de Pelotas (RS), encontrou uma associação dose-resposta entre duração da amamentação, QI e nível de escolaridade. Assim, os participantes que foram amamentados por 12 meses ou mais tiveram QI mais elevado, mais anos de escolaridade e rendimento mensal mais elevado quando comparados àqueles que foram amamentados por menos de 1 mês (VICTORA *et al.*, 2015).

Além disso, o AM de longo prazo previne a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes insulino-dependente infantil, reduz infecções de ouvido, melhora o desenvolvimento cognitivo, melhora a visão do RN, reduz a incidência de CA e a taxa de doenças crônicas não transmissíveis (LUMBIGANON *et al.*, 2016).

Para a mãe, sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama, câncer de ovário e osteoporose. Muitos estudos relacionam também o AM com o menor risco de morte por artrite reumatoide e menor incidência de doenças cardiovasculares. Ademais, existem os benefícios da amenorréia pós-parto, o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto através da involução uterina mais rápida (VICTORA *et al.*, 2023; SILVA *et al.*, 2021; ALMEIDA *et al.*, 2020).

Em relação aos aspectos econômicos familiares, está bem estabelecido que não amamentar tem implicações financeiras, podendo onerar uma família significativamente. A aquisição de fórmulas infantis e mamadeiras gera altos custos, além de que a criança não amamentada terá um risco maior de adoecer, podendo necessitar de mais medicamentos e até mesmo internações hospitalares com maior frequência (NUNES, 2015).

3.5. Fatores relacionados à amamentação

Diversos fatores podem ser associados ao desmame precoce. No Brasil, a falta de informação das nutrizes sobre as práticas de amamentação, a importância do leite humano e seus benefícios para mãe e filho influencia negativamente as taxas de AME, mostrando uma deficiência dos serviços de saúde (MACHADO *et al.*, 2014). Crenças, percepções socioculturais e interferências externas, além de fatores estéticos como flacidez, alterações no tamanho das mamas, aversão ao aleitamento materno, entre outros, reduzem a disposição da mãe em continuar amamentando (SILVA *et al.*, 2016).

A má pega dificulta o esvaziamento da mama, podendo prejudicar a produção do leite e, consequentemente, afetar o ganho de peso da criança, já que ela irá obter apenas o leite anterior, que é menos calórico, em comparação ao leite posterior (BRASIL, 2015). Tal empecilho pode levar a família ao abandono do AME. Nesse sentido, a orientação sobre o processo de amamentação durante o pré natal, logo após o parto e nas consultas da criança, pelos profissionais de saúde, é imprescindível. Além disso, não é aconselhável que as nutrizes saiam da maternidade sem observar atentamente pelo menos uma amamentação (COSTA *et al.*, 2017).

O trabalho de Andrade *et al.* (2022) mostra que mães que tiveram parto a termo e/ou frequentaram 6 ou mais consultas de pré-natal apresentaram chance de amamentar de 1,62 e 2,47 vezes maior, respectivamente. Sabe-se que crianças nascidas antes de 37 semanas de gestação apresentam maior vulnerabilidade fisiológica e nutricional, dado que têm dificuldades na sucção e coordenação da deglutição, necessitando de maior suporte (VICTORIA *et al.*, 2023; SILVA *et al.*, 2024). Por isso, as consultas com os profissionais de saúde são essenciais para orientar e esclarecer eventuais dúvidas relacionadas ao AM, o que pode afetar a efetividade da prática.

Por outro lado, a experiência prévia com amamentação aumenta a prevalência de sucesso no AME, havendo maior risco de interrupção do AM para primíparas mais vulneráveis (FERREIRA *et al.*, 2018). A experiência prévia com amamentação aumenta a prevalência de

sucesso no aleitamento materno exclusivo (AME). Alguns estudos sugerem também que mães que tiveram parto normal apresentaram uma maior prevalência de AM. Em uma metanálise, foi constatado que mães que passaram por um parto cesárea tiveram mais dificuldade de iniciar o aleitamento precocemente, o que poderia explicar tais índices (PRIOR *et al.*, 2012).

Variáveis socioeconômicas estão intimamente associadas ao abandono precoce do AME. Segundo Stephan *et al.* (2012), crianças nascidas de mães com mais idade e melhor renda, portanto com maior experiência e conhecimento acerca da amamentação, tiveram maior chance de serem amamentadas exclusivamente até os seis meses. Isso sugere também que mulheres mais jovens amamentam seus filhos por menos tempo devido a inexperiência ou despreparo, e consequentemente, maior vulnerabilidade às tendências e pressões do meio em relação a interrupção da amamentação.

O estudo de Silva *et al.* (2016) evidenciou que o desmame precoce estava relacionado com baixa escolaridade materna, falta de casa própria e retorno ao trabalho antes dos quatro meses. Vianna *et al.* (2007) também verificaram que as lactantes que trabalhavam fora de casa e receberam licença-maternidade apresentaram maior prevalência de AME do que aquelas que também trabalhavam fora de casa, mas não recebiam tal benefício.

O uso de chupeta e/ou mamadeira é estabelecido como fator de risco para a interrupção do aleitamento materno. Andrade *et al.* (2022) demonstrou que pelo fato da criança não usar chupeta, a mãe apresenta chance de 49% a mais de amamentar. Além disso, o estudo de Fermiano *et al.* (2023) mostrou que bebês que usavam mamadeira apresentaram 45% menos probabilidade de ter recebido AME até os 6 meses de idade em comparação aos seus pares. A mamadeira prejudica o AM pois o fluxo de leite por tal utensílio é imediato, já o leite materno demora até um minuto para ser ejetado pelo peito, podendo gerar impaciência e choro pela criança.

Outro fator que influencia negativamente o AME é a prescrição de fórmula infantil pela maternidade. Foi demonstrado que crianças que receberam prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar apresentaram 54% menos probabilidade de aderir ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, em comparação aos que não receberam. Nota-se que, mesmo diante de diversas evidências e levando em conta que as taxas de AM no Brasil são consideradas insatisfatórias, é muito frequente a prescrição desse tipo de suplementação dentro e fora da maternidade (FERMIANO *et al.*, 2023).

Uma revisão de literatura apontou efeito significativo entre tabagismo materno e duração da amamentação. As explicações possíveis são a diminuição na produção de prolactina e a alteração no sabor do leite materno (SILVEIRA; LAMOUNIER; 2003). Ademais, de acordo com Humphreys, Thompson e Miner (1998), gestantes tabagistas possivelmente sofrem influência negativa na duração do AM por saberem da gama de malefícios causados pelo cigarro, da dificuldade na cessação do hábito e falta de apoio profissional.

3.6. Aleitamento materno exclusivo no Brasil

Embora seja recomendado pela OMS, a maior parte das crianças no Brasil e no mundo não mantém o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses e não é amamentada por dois anos ou mais. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019 revelou uma taxa de AME igual a 45,8% no Brasil.

Entretanto, um trabalho realizado em 2023, através da análise de dados secundários nacionais coletados em 2023 pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, revelou progressivo aumento nas taxas de AME no país. Foi evidenciado que a prevalência de AME no país foi de 56%. Ao comparar as regiões do Brasil, o índice de aleitamento materno exclusivo foi mais alto no Norte (63%) e mais baixo no Nordeste (51%), com o Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentando prevalências de 60%, 56% e 55%, respectivamente (CAMPANHARO *et al.*, 2024).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo e procedimentos de coleta de dados

Trata-se de um estudo observacional, transversal, para avaliação da adesão ao aleitamento materno exclusivo entre mães de crianças com idade de 6 a 24 meses, atendidas em unidades básicas de saúde do município de Lagarto. A pesquisa envolve a aplicação de um questionário (APÊNDICE B) construído com base em outras pesquisas que avaliaram a prevalência do aleitamento materno e variáveis relacionadas (STEPHAN, *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2022; FERMIANO *et al.*, 2023).

O instrumento em questão avalia a adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e os possíveis fatores sociodemográficos, gestacionais e pós gestacionais que podem influenciar o processo de amamentação. O questionário foi dividido em blocos referentes aos dados maternos e blocos referentes ao lactente. Nos casos de mães com gêmeos, as perguntas referentes ao bebê foram aplicadas individualmente para cada criança, utilizando o mesmo identificador materno. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e outubro de 2025.

4.2. População e amostra

Foi selecionada uma amostra por conveniência, composta por lactantes que usufruem dos serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) Leandro Maciel, Dr. Davi Marcos de Lima e Josefa Barbosa Romão do município de Lagarto-SE.

4.3. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas lactantes de bebês entre 6 e 24 meses de vida que são atendidos nos serviços das entidades citadas acima e que aceitaram participar da pesquisa após assinatura do TCLE. Foram excluídas aquelas com motivo médico que impeça aleitamento materno: neoplasia de mama em tratamento, infecção materna por HIV ou HTLV, consumo de drogas ilícitas (LSD, cocaína, heroína, ópio) pela lactante; lactentes com galactosemia, malformação orofacial que não permita aleitamento. Com base nos nascidos vivos do município de Lagarto (1.249) em 2024, considerando 95% de grau de confiança e 5% de margem de erro, o cálculo amostral ideal resultou em 294 participantes.

4.4. Análise dos dados

Todos os dados foram tabulados e avaliados em planilha no programa *Microsoft Excel*®. A análise estatística foi realizada utilizando o programa Jamovi (versão 2.6.26). Procedeu-se com a análise descritiva, utilizando-se a frequência absoluta (n) e relativa (%) de cada categoria nas tabelas. As associações foram feitas através dos testes de qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou exato de Fisher (quando os valores esperados eram menores que cinco nas tabelas de contingência).

O nível de significância foi estabelecido em 5%, com intervalo de confiança (IC) de 95%, considerando p -valor $<0,05$ como estatisticamente significativo. Quando p -valor $<0,05$, estimou-se a razão de chances (OR) e seu intervalo de confiança (IC) de 95%, além do coeficiente V de Cramér para a força de associação.

Nas situações de mães com gêmeos, as análises descritivas maternas e da criança foram conduzidas separadamente. Entretanto, para correlação estatística das variáveis, cada criança foi considerada como uma observação independente, sendo duplicadas as informações maternas, nos casos de gemelares, visto que a unidade de análise deste estudo é o lactente. Com o objetivo de minimizar o viés de dependência que essa duplicação pode ter causado, as análises foram repetidas, excluindo-se as respostas duplicadas referentes às mães dos gêmeos. Evidenciou-se, assim, que a variação do p -valor é discreta e não altera a interpretação dos resultados, o que se justifica pela reduzida quantidade de gestações gemelares ($<5\%$ da amostra).

4.5. Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da UFS, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação sob número de parecer 7.164.813 (ANEXO A). A participação na pesquisa foi condicionada à concordância dos participantes por meio de assinatura do Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Durante a coleta de dados, os questionários foram identificados com números, sem a descrição de nomes, como forma de garantir a anonimidade.

A pesquisa possui risco mínimo, e se resume à utilização do tempo dos entrevistados no processo de validação e eventual desconforto ao ser questionado sobre aspectos do instrumento e dados pessoais e profissionais. Para minimizar ou evitar estas possibilidades de risco, o questionário foi criado com perguntas curtas e direcionadas, com o objetivo de evitar entrevistas

prolixas e cansativas. Ademais, os pesquisadores eram habilitados ao método de coleta dos dados, estando atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto e minimizando-os ao garantir local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

Também existe o risco de vazamento dos dados pessoais, o qual foi minimizado com a realização de coleta e armazenamento dos dados feitos exclusivamente pelos integrantes do grupo de pesquisa. No entanto, a recusa da participação poderia ser feita a qualquer momento, se assim desejasse, inclusive durante o processo de resolução dos questionários.

Ademais, destacam-se como benefícios o seu papel em criar um questionário capaz de gerar informações acerca da adesão ao aleitamento exclusivo, as barreiras encontradas e a existência de apoio profissional em relação a amamentação, a fim de contribuir com a melhoria de políticas públicas em aleitamento materno, aumentando a adesão dos lactentes ao aleitamento materno exclusivo. Nenhum dado pessoal (ex.: nome, e-mail, telefone, endereço, etc.) que identifique o participante da pesquisa foi coletado, de modo a garantir a anonimização dos dados e a não identificação do mesmo.

5. RESULTADOS

No período entre janeiro e outubro de 2025, foram coletadas informações referentes a 204 genitoras e 208 lactentes (incluindo 4 pares de gemelares). Notou-se que 51,4% (n=107) das crianças entrevistadas mantiveram o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. Em contrapartida, 10,6% (n=22) nunca estiveram em AME, 16,3% (n=34) foram amamentadas exclusivamente por menos de dois meses, 14,4% (n=30) entre dois e quatro meses e 7,2% (n=15) por mais de quatro meses mas menos de seis meses (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo em Lagarto-SE, 2025

Tempo de aleitamento materno exclusivo entre as crianças	n	% do Total
Nunca esteve em AME	22	10,6
AME por menos de 2 meses	34	16,3
AME por mais de 2 meses e menos de 4 meses	30	14,4
AME por mais de 4 meses e menos de 6 meses	15	7,2
AME durante 6 meses	107	51,4
Total	208	100

Fonte: Elaboração própria.

AME: aleitamento materno exclusivo; n = frequência absoluta; %: frequência relativa.

Em relação às mães, na Tabela 2, verifica-se que a maioria estava vinculada à Unidade Básica de Saúde Leandro Maciel (44,1%; n=90), seguida pelas UBS Josefa Barbosa Romão (28,4%; n=58) e Dr. Davi Marcos de Lima (27,5%; n=56). A respeito da idade materna, notou-se uma prevalência de entrevistadas entre 21 a 36 anos, com 69,1% (n=141), seguido dos extremos de idade, 37 a 44 anos com 17,2% (n=35) e 17 a 20 anos com 13,7% (n=28).

No que se refere à escolaridade, identificou-se que 34,8% (n=71) das participantes possuía ensino médio completo, enquanto 25,0% (n=51) tinha ensino médio incompleto, 18,6% (n=38) ensino fundamental incompleto e 14,2% (n=29) ensino superior completo. Apenas 5,4% (n=11) relataram ensino fundamental completo, e 2,0% (n=4) ensino superior incompleto. 78,4% (n=160) das participantes se autodeclararam pretas ou pardas e 52,0% (n=106) eram casadas ou viviam em união estável (Tabela 2).

A maioria das mães estava desempregada (77,5%; n=158). Além disso, prevaleceram as menores rendas mensais por família, já que 33,3% (n=68) recebiam menos de um salário mínimo e 53,9% (n=110) possuíam renda entre um e dois salários mínimos. Somente 7,4% (n=15) recebiam entre dois e três salários mínimos e 5,4% (n=11) acima de três salários mínimos. Além

disso, 74,0% (n=151) residiam na zona urbana e 26,0% (n=53) na zona rural (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas das lactantes em Lagarto-SE, 2025

Variável	Categoria	n	%
Unidade Básica de Saúde	Dr Davi Marcos de Lima	56	27,5
	Josefa Barbosa Romão	58	28,4
	Leandro Maciel	90	44,1
Idade	17-20 anos	28	13,7
	21-36 anos	141	69,1
	37-44 anos	35	17,2
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	38	18,6
	Ensino fundamental completo	11	5,4
	Ensino médio incompleto	51	25
	Ensino médio completo	71	34,8
	Ensino superior incompleto	4	2
	Ensino superior completo	29	14,2
Cor da pele	Branca	44	21,6
	Preta/parda	160	78,4
Estado civil	Casada/União estável	106	52
	Solteira/Divorciada	98	48
Trabalho fora do lar	Sim	46	22,5
	Não	158	77,5
Renda familiar (média mensal)	Menos de 1 salário mínimo	68	33,3
	1-2 salários mínimos	110	53,9
	2-3 salários mínimos	15	7,4
	Acima de 3 salários mínimos	11	5,4
Local de residência	Rural	53	26
	Urbano	151	74

Fonte: Elaboração própria.

n = frequência absoluta; %: frequência relativa.

Ainda a respeito dos dados maternos, a Tabela 3 traz que 98% (n=200) das entrevistadas estavam amamentando apenas uma criança e 2% (n=4) amamentavam gêmeos. A maioria (53,4%; n=109) já havia amamentado outros filhos anteriormente. Em relação ao comparecimento de consultas do pré-natal, 94,6% (n=193) realizaram seis ou mais consultas, enquanto 5,4% (n=11) realizaram até cinco. Somente 4,4% (n=9) referiram tabagismo durante a gestação.

Quanto às dificuldades no início da amamentação, 51,4% (n=107) referiram dor nas mamas, 42,8% (n=89) relataram bico do peito machucado, 32,7% (n=68) apresentaram

ingurgitação das mamas com leite empedrado e 19,2% (n=40) apresentaram mastite. Apenas 27,9% (n=57) tiveram acesso à licença maternidade. Quase todas as mães (91,2%; n=186) afirmaram reconhecer os benefícios da amamentação, e apenas 8,8% (n=18) negou ter esse conhecimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Características gestacionais e pós gestacionais das lactantes em Lagarto-SE, 2025

Variável	Categoria	n	%
Nº de bebês amamentando	Uma criança	200	98
	2 gêmeos	4	2
AM prévio de outros filhos	Sim	109	53,4
	Não	95	46,6
Nº de consultas pré-natal	6 ou mais	193	94,6
	Até 5	11	5,4
Tabagismo durante a gestação	Sim	9	4,4
	Não	195	95,6
Dor nas mamas no início do AM	Sim	107	51,4
	Não	101	48,6
Inflamação das mamas no início do AM	Sim	40	19,2
	Não	168	80,8
Bico do peito machucado no início do AM	Sim	89	42,8
	Não	119	57,2
Leite empedrado no início do AM	Sim	68	32,7
	Não	140	67,3
Licença maternidade materna	Sim	57	27,9
	Não	147	72,1
Reconhecimento dos benefícios do AM pela mãe	Sim	186	91,2
	Não	18	8,8

Fonte: Elaboração própria.

AM: aleitamento materno; n = frequência absoluta; %: frequência relativa.

A tabela 4 aborda o apoio à amamentação pelos profissionais de saúde, relatado pelas mães. 76,5% (n=156) das mães relataram receber orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal. A maior porcentagem de apoio ao aleitamento foi relatada durante a maternidade (n=165; 80,9%). Durante as consultas de puericultura, 69,6% (n=142) das mães referiram ter suporte em relação ao AM. A menor porcentagem de orientações relacionadas ao AM foi evidenciada durante as visitas do agente comunitário de saúde (n= 105; 51,5%).

Tabela 4 - Apoio à amamentação pelos profissionais de saúde em Lagarto-SE, 2025

Variável	Categoria	n	%
Apoio à amamentação no pré-natal	Sim	156	76,5
	Não	48	23,5
Apoio à amamentação na maternidade	Sim	165	80,9
	Não	39	19,1
Apoio à amamentação nas consultas do bebê	Sim	142	69,6
	Não	62	30,4
Apoio à amamentação nas visitas do agente comunitário de saúde	Sim	105	51,5
	Não	99	48,5

Fonte: Elaboração própria.

n = frequência absoluta; %: frequência relativa.

Em relação aos lactentes desta pesquisa, a Tabela 5 mostra proporções similares de meninos e meninas, com discreto predomínio de bebês do sexo feminino (52,9%; n=110). Cerca de metade das crianças nasceram de parto cesariano (50,5%; n=105). Além disso, uma significativa proporção dos bebês nasceram a termo (86,1%; n=179). Durante o AME, 30,3% (n=63) utilizaram mamadeira e 37,3% (n=76) usaram chupeta. Ademais, 46 (22,1%) das crianças entrevistadas receberam prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar da maternidade. Por fim, em relação às dificuldades do lactente no início do AM, 25,5% (n=53) das crianças apresentaram irritabilidade durante o ato de amamentar e 34,1% (n=71) possuíam dificuldade para abocanhar o seio materno.

Tabela 5 – Variáveis infantis relacionadas ao aleitamento materno exclusivo, em Lagarto-SE, 2025

(Continua)			
Variável	Categoria	n	%
Sexo da criança	Feminino	110	52,9
	Masculino	98	47,1
Via de parto	Cesáreo	105	50,5
	Vaginal	103	49,5
Idade gestacional ao nascer	IG <34 semanas	2	1,0
	IG entre 34–36 semanas e 6 dias	27	13,0
	IG ≥ 37 semanas	179	86,1
Amamentação na 1ª hora de vida	Sim	140	67,3
	Não	68	32,7
Uso de mamadeira durante o AME	Sim	63	30,3
	Não	145	69,7
Uso de chupeta durante o AME	Sim	76	37,3
	Não	128	62,7

Tabela 5 – Variáveis infantis relacionadas ao aleitamento materno exclusivo, em Lagarto-SE, 2025

(Continuação)			
Variável	Categoria	n	%
Prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar	Sim	46	22,1
	Não	162	77,9
Bebê irritado durante AM	Sim	53	25,5
	Não	155	74,5
Dificuldade para o bebê abocanhar o seio	Sim	71	34,1
	Não	137	65,9

Fonte: Elaboração própria.

AME: aleitamento materno exclusivo; AM: aleitamento materno; IG: idade gestacional; n = frequência absoluta; %: frequência relativa.

A Tabela 6 representa a associação entre a adesão ao AME por 6 meses e as características sociodemográficas das genitoras. Nota-se que apenas o estado civil variou significativamente ($p=0,001$), mostrando que mães casadas ou em união estável apresentaram 2,45 vezes mais chances de manter o AME por 6 meses do que as solteiras ($OR= 2,45$; $IC95\%= 1,40-4,28$). Entretanto, o V de Cramer= 0,23 mostra uma baixa força de associação entre as variáveis. Ademais, fatores como UBS de origem, idade, escolaridade, cor da pele, renda e local de residência não variaram significativamente entre as populações.

Tabela 6- Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e características sociodemográficas das lactantes, em Lagarto-SE, 2025

(Continua)				
Variável	Categoria	AME durante 6 meses – Sim (n / %)	AME durante 6 meses – Não (n / %)	p-valor
Unidade Básica de Saúde	Dr Davi Marcos de Lima	28 (26,2%)	28 (27,7%)	0,945
	Josefa Barbosa Romão	30 (28,0%)	29 (28,7%)	
	Leandro Maciel	49 (45,8%)	44 (43,6%)	
Idade (anos)	17–20	11 (10,3%)	17 (16,8%)	0,231
	21–36	79 (73,8%)	64 (63,4%)	
	37–44	17 (15,9%)	20 (19,8%)	
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	16 (15,0%)	23 (22,8%)	0,468
	Ensino fundamental completo	7 (6,5%)	4 (4,0%)	
	Ensino médio incompleto	28 (26,2%)	23 (22,8%)	
	Ensino médio completo	41 (38,3%)	31 (30,7%)	

Tabela 6- Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e características sociodemográficas das lactantes, em Lagarto-SE, 2025

(Continuação)

Variável	Categoria	AME durante 6 meses – Sim (n / %)	AME durante 6 meses – Não (n / %)	p-valor
	Ensino superior incompleto	2 (1,9%)	2 (2,0%)	
	Ensino superior completo	13 (12,1%)	18 (17,8%)	
Cor da pele	Branca	19 (17,8%)	27 (26,7%)	0,119
	Preta/parda	88 (82,2%)	74 (73,3%)	
Estado civil	Casada/União estável	67 (62,6%)	41 (40,6%)	0,001*
	Solteira	40 (37,4%)	60 (59,4%)	
Trabalha fora do lar	Sim	19 (17,8%)	28 (27,7%)	0,086
	Não	88 (82,2%)	73 (72,3%)	
Renda familiar mensal	Menos de 1 salário mínimo	38 (35,5%)	31 (30,7%)	0,866
	1–2 salários mínimos	55 (51,4%)	57 (56,4%)	
	2–3 salários mínimos	8 (7,5%)	7 (6,9%)	
	Acima de 3 salários mínimos	6 (5,6%)	6 (5,9%)	
Local de residência	Rural	22 (20,6%)	31 (30,7%)	0,129
	Urbano	85 (79,4%)	70 (69,3%)	

Fonte: Elaboração própria.

AME: aleitamento materno exclusivo; n = frequência absoluta; %: frequência relativa; *: p-valor <0,05 (desfecho estatisticamente significativo).

Na Tabela 7, nota-se relação estatisticamente significativa entre o número de crianças amamentadas e a manutenção do AME por 6 meses ($p=0,003$). Mães com apenas um filho apresentaram uma chance 19,5 vezes maior de manter o AME por seis meses em comparação às mães de gêmeos (IC95%= 1,10–343,0). O V de Cramer (0,21) indica uma fraca associação. Houve também associação significativa entre AME por 6 meses e leite empedrado no início da amamentação ($p=0,038$). As mães que relataram esse problema tiveram 1,86 vezes mais chance de manter o AME (IC95%= 0,98–3,52), embora o valor do V de Cramer (0,14) indique uma associação fraca. As outras variáveis não tiveram relação significativa com a manutenção de AME por 6 meses.

Tabela 7- Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e características gestacionais e pós-gestacionais das lactantes, em Lagarto-SE, 2025

Variável	Categoria	AME durante 6 meses – Sim (n, %)	AME durante 6 meses – Não (n, %)	p-valor
Nº de bebês amamentando	Uma criança	107 (100,0%)	93 (92,1%)	0,003*
	Dois gêmeos	0 (0,0%)	8 (7,9%)	
AM prévio de outros filhos	Sim	57 (53,3%)	54 (53,5%)	0,978
	Não	50 (46,7%)	47 (46,5%)	
Nº de consultas pré-natal	6 ou mais consultas	101 (94,4%)	96 (95,0%)	0,832
	Até 5 consultas	6 (5,6%)	5 (5,0%)	
Tabagismo durante a gestação	Sim	2 (1,9%)	7 (6,9%)	0,094
	Não	105 (98,1%)	94 (93,1%)	
Dor nas mamas no início do AM	Sim	62 (57,9%)	45 (44,6%)	0,053
	Não	45 (42,1%)	56 (55,4%)	
Inflamação das mamas no início do AM	Sim	22 (20,6%)	18 (17,8%)	0,616
	Não	85 (79,4%)	83 (82,2%)	
Bico do peito machucado no início do AM	Sim	50 (46,7%)	39 (38,6%)	0,237
	Não	57 (53,3%)	62 (61,4%)	
Leite empedrado no início do AM	Sim	42 (39,3%)	26 (25,7%)	0,038*
	Não	65 (60,7%)	75 (74,3%)	
Licença maternidade materna	Sim	27 (25,2%)	32 (31,7%)	0,302
	Não	80 (74,8%)	69 (68,3%)	
Reconhecimento dos benefícios do AM pela mãe	Sim	96 (89,7%)	94 (93,1%)	0,464
	Não	11 (10,3%)	7 (6,9%)	

Fonte: Elaboração própria.

AME: aleitamento materno exclusivo; AM: aleitamento materno; n = frequência absoluta; %: frequência relativa; *: p-valor <0,05 (desfecho estatisticamente significativo).

A Tabela 8 descreve a relação entre a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e o suporte dos profissionais de saúde ao aleitamento materno. Foi analisado o apoio dos profissionais de saúde ao aleitamento materno nos seguintes cenários: durante o

pré-natal, na maternidade, nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde. Embora a maioria das participantes que continuaram o AME durante seis meses tenham relatado ter recebido apoio em todas as fases, as proporções foram semelhantes no grupo que não manteve o AME por seis meses. Por isso, não foi observada associação significativa entre tais variáveis ($p > 0,05$).

Tabela 8 - Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e apoio dos profissionais de saúde ao aleitamento materno, em Lagarto-SE, 2025

Variável	Categoria	AME durante 6 meses – Sim (n, %)	AME durante 6 meses – Não (n, %)	p-valor
Apoio à amamentação no pré-natal	Sim	77 (72,0%)	82 (81,2%)	0,117
	Não	30 (28,0%)	19 (18,8%)	
Apoio à amamentação na maternidade	Sim	85 (79,4%)	83 (82,2%)	0,616
	Não	22 (20,6%)	18 (17,8%)	
Apoio à amamentação nas consultas do bebê	Sim	74 (69,2%)	70 (69,3%)	0,982
	Não	33 (30,8%)	31 (30,7%)	
Apoio à amamentação nas visitas do agente comunitário de saúde	Sim	54 (50,5%)	52 (51,5%)	0,883
	Não	53 (49,5%)	49 (48,5%)	

Fonte: Elaboração própria.

AME: aleitamento materno exclusivo; n = frequência absoluta; %: frequência relativa.

Na Tabela 9, evidenciou-se que crianças a termo, ou seja, com idade gestacional (IG) ≥ 37 semanas, tiveram uma maior probabilidade de manter o AME por 6 meses ($p = 0,010$; OR= 3,25; IC95%= 1,37–7,72; V de Cramer= 0,178). Além disso, bebês amamentados na primeira hora de vida apresentaram 85% a mais de chance de continuar o AME ($p = 0,039$; OR= 1,85; IC95%= 1,03–3,33; V de Cramer = 0,133). Entretanto, o uso de mamadeira ($p < 0,001$; OR = 4,95; IC95% = 2,56 – 9,57; V de Cramer= 0,333) e o uso de chupeta ($p = 0,006$; OR= 2,22; IC95%= 1,25 – 3,93; V de Cramer= 0,181) elevaram consideravelmente as chances desmame antes dos 6 meses de vida.

Além disso, a prescrição de fórmula infantil na alta da maternidade aumentou em 11 vezes o risco de descontinuação do AME ($p < 0,001$; OR= 11,04; IC95%= 4,42 – 27,56; V de Cramer= 0,398). Irritação da criança durante a amamentação ($p = 0,009$; OR= 2,35; IC95%= 1,23 – 4,48;

V de Cramer= 0,171) e dificuldades na pega da criança ($p < 0,001$; OR = 3,01; IC95% = 1,65 – 5,48; V de Cramer = 0,244), também foram fatores que limitaram a continuidade do AME (Tabela 9).

Tabela 9- Relação entre aleitamento materno exclusivo durante 6 meses e variáveis infantis gestacionais e pós gestacionais, em Lagarto-SE, 2025

Variável	Categoria	AME durante 6 meses – Sim (n, %)	AME durante 6 meses – Não (n, %)	p-valor
Sexo da criança	Feminino	62 (57,9%)	48 (47,5%)	0,132
	Masculino	45 (42,1%)	53 (52,5%)	
Via de parto	Cesáreo	54 (50,5%)	51 (50,5%)	0,997
	Vaginal	53 (49,5%)	50 (49,5%)	
Idade gestacional ao nascer	IG < 34 semanas	0 (0,0%)	2 (2,0%)	0,010*
	IG entre 34 e 36 semanas e 6 dias	8 (7,5%)	19 (18,8%)	
	IG ≥ 37 semanas	99 (92,5%)	80 (79,2%)	
Amamentação na 1ª hora de vida	Sim	79 (73,8%)	61 (60,4%)	0,039*
	Não	28 (26,2%)	40 (39,6%)	
Uso de mamadeira durante AME	Sim	16 (15,0%)	47 (46,5%)	<0,001*
	Não	91 (85,0%)	54 (53,5%)	
Uso de chupeta durante AME	Sim	31 (29,0%)	48 (47,5%)	0,006*
	Não	76 (71,0%)	53 (52,5%)	
Prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar	Sim	6 (5,6%)	40 (39,6%)	<0,001*
	Não	101 (94,4%)	61 (60,4%)	
Bebê irritado durante AM	Sim	19 (17,8%)	34 (33,7%)	0,009*
	Não	88 (82,2%)	67 (66,3%)	
Dificuldade para o bebê abocanhar o seio	Sim	24 (22,4%)	47 (46,5%)	<0,001*
	Não	83 (77,6%)	54(53,5%)	

Fonte: Elaboração própria.

AME: aleitamento materno exclusivo; AME: aleitamento materno; IG: idade gestacional; n = frequência absoluta; %: frequência relativa; *: p-valor <0,05 (desfecho estatisticamente significativo).

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho possibilitou a identificação das taxas de aleitamento materno exclusivo no município de Lagarto, bem como a análise das características sociodemográficas, gestacionais e pós-gestacionais associadas à manutenção dessa prática até os seis meses de vida. Os achados representam amostra reduzida e não permite a generalização dos resultados para toda a população do município, mas trouxe dados relevantes para a compreensão do fenômeno no grupo estudado. Neste estudo, o AME até os 6 meses de idade em Lagarto-SE esteve presente em mais da metade das crianças entrevistadas (51,5%). Notou-se também uma associação significativa entre manutenção do AME e casamento ou união estável, AM de um único filho, nascimento a termo, AM na primeira hora de vida e ingurgitamento mamário inicial. Porém houve relação negativa entre AME e prescrição de fórmula infantil pela maternidade, irritação do neonato ao mamar, dificuldade na “pega” do seio e uso de utensílios como mamadeira e chupeta.

Ao analisar outros estudos, nota-se que a prevalência de AME durante os primeiros seis meses de vida varia bastante de acordo com os contextos e períodos. Embora o ENANI em 2019 tenha estimado 45,8% de AME por 6 meses, uma coorte de 2024 evidenciou uma taxa de 35,9% (Melo *et al.*, 2024). Ademais, um trabalho de 2023, realizado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, registrou uma taxa nacional de 56%, sendo 51% na região Nordeste (CAMPANHARO *et al.*, 2024). Embora sejam notados avanços regionais, o país ainda está distante de atingir a meta global de pelo menos 70% de AME nos primeiros seis meses de vida até o ano de 2030 (OMS, 2021).

A maioria das entrevistas ocorreu na UBS Leandro Maciel (44,1%), provavelmente devido a maior cobertura e volume populacional atendido nesta unidade, além da localização em uma região central e de fácil acesso para os entrevistadores e participantes. Em relação ao perfil sociodemográfico das mães, a maioria tinha entre 21 e 36 anos (69,1%), correspondendo a fase reprodutiva mais ativa segundo outras pesquisas similares (FERREIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2023; MELO *et al.*, 2024;).

Além disso, prevaleceram as mães com ensino médio completo (34,8%) ou incompleto (25,0%), ou seja, um nível de escolaridade intermediário, que também é visto em outros estudos sobre aleitamento materno (SILVA *et al.*, 2023; CAMPANHARO *et al.*, 2024). Embora o suporte

educacional tende a favorecer o acesso à informação e à compreensão das orientações de saúde, não houve relação significativa entre AME por 6 meses e escolaridade.

A maioria das genitoras eram casadas ou estavam em união estável (52%) e foi revelado que tais mães apresentaram maior prevalência de AME (62,6%) em comparação às mulheres solteiras (37,4%). Assim, nota-se que a presença de um companheiro ou rede de apoio próxima reduz o estresse materno, facilita o manejo das dificuldades no início da amamentação e favorece a autoconfiança da mãe, contribuindo com a continuidade do AME (CAMPANHARO *et al.*, 2024).

Houve uma grande porcentagem de mulheres pretas ou pardas (78,4%), assim como é visto na sociedade brasileira segundo o IBGE (BRASIL, 2023). Além disso, 77,5% das mães não trabalhavam fora do lar e a maior parte das participantes (87,2%) possuía renda familiar de até dois salários mínimos, apresentando características socioeconômicas de uma população de renda baixa. Entretanto, não houve associação significativa entre essas variáveis e AME duradouro.

Notou-se também predominância de mães na zona urbana (74%). Embora não haja diferença estatisticamente significativa ($p = 0,129$), as mães da zona urbana apresentaram maior proporção de AME até os seis meses (79,4%) em comparação às da zona rural (20,6%). Em contraponto, o estudo de Ferreira *et al.* (2022) identificou maior prevalência de AME em áreas rurais, sugerindo que fatores locais como o nível de urbanização, práticas culturais e acesso aos serviços de saúde, podem influenciar os índices de AME.

Em relação às características gestacionais e pós-gestacionais das genitoras, a maioria das mães amamentavam apenas uma criança (98%), já haviam amamentando outros filhos previamente (53,4%) e realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal (94,6%). As análises revelaram relação significativa entre manutenção do AME por seis meses e número de filhos amamentados ($p = 0,003$), visto que nenhuma das mães que amamentavam gêmeos conseguiu manter o AME por seis meses. Isso mostra que a presença de múltiplos bebês dificulta a continuidade do AME, possivelmente devido à maior demanda física, emocional e à necessidade de suporte adicional (ANDRADE *et al.*, 2022).

Além disso, destaca-se neste estudo a baixa prevalência de tabagismo na gestação (4,4%) e

o elevado reconhecimento dos benefícios do AME pelas mães entrevistadas (91,2%), achados consistentes com pesquisas anteriores semelhantes (SILVA *et al.*, 2024; VICTORIA *et al.*, 2023). Nota-se também que a maior parte das mulheres não obteve licença maternidade (72,1%). Embora alguns trabalhos relacionem a ausência de licença maternidade com o maior risco de interrupção do AME, este estudo não identificou associação estatisticamente significativa (NASCIMENTO *et al.*, 2021; ANDRADE *et al.*, 2022).

A respeito das dificuldades encontradas no início da amamentação, 51,4% das mães relataram dor nas mamas, 42,8% apresentaram bico do peito machucado, 32,7% leite empedrado e 19,2% inflamação das mamas. Dentre esses fatores, a presença de leite empedrado no início do AM esteve relacionada à maior prevalência de AME até os seis meses (39,3%) em comparação às que não mantiveram (25,7%), com $p = 0,038$. Isso sugere que, embora haja ingurgitamento mamário no início, o apoio profissional e a orientação através de técnicas de amamentação adequadas, favorecem a superação desse obstáculo e a manutenção do AME por maior tempo (FERMIANO *et al.*, 2023).

Segundo Santos *et al.* (2023), para que as ações de estímulo ao AM sejam bem sucedidas, o suporte fornecido durante o pré-natal deve ser continuado em domicílio, especialmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Ao analisar o apoio dos profissionais de saúde ao AM neste estudo, observa-se que houve maior incentivo à amamentação na maternidade (80,9%), seguido pelo pré-natal (76,5%) e pelas consultas do bebê (69,6%). Entretanto, apenas 51,5% tiveram suporte durante as visitas do ACS. Apesar de altos índices de incentivo profissional ao AM no pré natal, maternidade e consultas de puericultura, não houveram associações estatisticamente significativas entre o AME durante seis meses e o apoio profissional nos contextos avaliados ($p > 0,05$).

Em relação ao perfil dos lactentes, observou-se proporções semelhantes entre os sexos (52,9% feminino e 47,1% masculino) e as vias de parto (50,5% cesáreo e 49,5% vaginal). Entretanto, esses fatores não apresentaram associação significativa com a manutenção do AME, como também foi observado por Ferreira *et al.* (2022) e Costa *et al.* (2023). Isso sugere que o apoio materno e a adoção de práticas favoráveis à amamentação parecem exercer maior influência sobre a continuidade do AME, quando comparados às características biológicas.

A maioria das crianças nasceu a termo (86,1%) e apenas 14% prematuras, sendo que destas, 1% nasceram com idade gestacional inferior a 34 semanas. Nesse sentido, foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre IG ao nascer e manutenção do AME por seis meses ($p = 0,010$), mostrando que lactentes nascidos a termo apresentaram maior prevalência de AME em comparação aos prematuros. A respeito disso, Silva *et al.* (2024) traz que recém-nascidos pré-termo estão associados ao menor tempo de AME devido à imaturidade neurológica e dificuldades de sucção e coordenação entre sucção, deglutição e respiração.

Mais da metade dos bebês (67,3%) foram colocados no seio na primeira hora de vida. Essa ação apresentou associação significativa com a continuidade do AME ($p = 0,039$), assim como evidenciado por outros estudos, que reconhecem a importância da amamentação na primeira hora de vida, para o estímulo da produção de ocitocina e prolactina, além de promover o vínculo entre mãe e filho e reduzir o risco de descontinuidade do aleitamento materno (SANTOS *et al.*, 2023; VICTORA *et al.*, 2023).

A maioria das crianças não utilizou mamadeira (69,7%) nem chupeta (62,7%) durante o período de aleitamento materno exclusivo. Entretanto, o uso desses utensílios apresentou relação significativa com a cessação do AME antes dos seis meses de idade (mamadeira $p < 0,001$; chupeta $p = 0,006$). É bem estabelecido na literatura que o uso de bicos artificiais está relacionado à confusão de sucção e à redução da frequência de mamadas, o que pode levar à diminuição da produção de leite e à cessação precoce do aleitamento (CAMPANHARO *et al.*, 2024; SOUZA *et al.*, 2023).

Ademais, foi evidenciado que 22,1% das crianças receberam prescrição de fórmula na alta da maternidade. De acordo com Silva *et al.* (2020), tal conduta tem sido relacionada a práticas hospitalares desnecessárias e à falta de preparo de profissionais de saúde para apoiar as dificuldades da amamentação logo após o parto, levando ao desmame precoce. De forma semelhante, no presente estudo, a prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar ($p < 0,001$) esteve associada a menor prevalência de AME até os seis meses de idade.

Outra variável relacionada ao desmame precoce foi a presença da irritabilidade do lactente no início da amamentação ($p = 0,009$), que pode estar vinculada à dificuldade do bebê em abocanhar o seio, fator que também se associou fortemente ao não alcance do AME até os seis

meses de vida ($p < 0,001$). Em concordância com esses dados, Christoffel *et al.* (2022) relata que problemas de pega e sucção são causas frequentes de dor e fissuras no seio, levando ao desestímulo materno. Nesse sentido, o apoio da equipe de saúde é essencial para a superação dessas dificuldades.

Nesse estudo, alguns achados são concordantes com os de artigos similares, porém outros divergem em determinados aspectos, mostrando a influência do contexto local, bem como de fatores culturais e particularidades regionais sobre a prática do aleitamento materno exclusivo em Lagarto-SE. Vale ressaltar que a pesquisa apresenta algumas limitações. Embora tenha obtido um amplo número de entrevistas, este estudo não atingiu a amostra alvo estimada, devido a inúmeros fatores, como a limitação de tempo e recursos humanos, recusas de participação por indisponibilidade materna e nos casos em que as crianças não estavam acompanhadas pelas genitoras na UBS.

Além disso, por se tratar de um estudo transversal e utilizar amostra por conveniência, os resultados encontrados podem não ser plenamente representativos da população geral. Porém, devido às restrições de tempo e recursos financeiros, este tipo de estudo torna a coleta de dados viável e facilita o acesso à população alvo. Por fim, sabe-se que há o risco das respostas do questionário não serem completamente fidedignas, uma vez que é natural o esquecimento de acontecimentos ocorridos há determinado tempo, podendo introduzir viés de memória.

Apesar dessas limitações, esta obra contribui significativamente para o conhecimento sobre a prevalência de AME em Lagarto-SE, oferecendo informações importantes sobre fatores sociodemográficos, gestacionais e pós gestacionais maternos e infantis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo, podendo embasar políticas públicas e projetos de incentivo a amamentação na região estudada.

7. CONCLUSÃO

Aproximadamente metade das crianças deste estudo mantiveram o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, assim como se observa em pesquisas nacionais recentes, embora ainda distante do alvo de 70% estabelecido pela Organização Mundial da Saúde para 2030. Observou-se que fatores maternos, como casamento ou união estável, amamentação de filho único e ingurgitamento mamário inicial tiveram relação positiva com a manutenção do AME. Além disso, o aleitamento materno na primeira hora de vida também esteve associado de forma significativa e positiva com a continuidade do AME.

Em contrapartida, a presença de prematuridade, irritação do lactente ao mamar, dificuldades para abocanhar o seio, uso de mamadeira e chupetas durante o AME e prescrição de fórmula infantil pela maternidade estiveram relacionadas a descontinuidade precoce do AME. Destacou-se também a relevância do apoio ao aleitamento materno em todas as fases que compreendem e sucedem a gestação, incluindo o pré-natal, a estadia na maternidade, as consultas de puericultura e as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, visando a continuidade da amamentação.

Vale destacar que o sexo do bebê e a via de parto não apresentaram associação significativa com a continuidade do AME, sugerindo que outros fatores como o suporte materno e a implementação de práticas favoráveis à amamentação possuem maior influência sobre tal prática. Embora haja limitações neste estudo, incluindo o desenho transversal, a amostra por conveniência e a possibilidade de viés de memória, ele contribui de forma significativa para o conhecimento dos fatores que influenciam a manutenção do AME em Lagarto-SE. Os achados podem subsidiar políticas de promoção da amamentação e ações de profissionais de saúde visando aumentar os índices de AME, promovendo melhorias na saúde da lactante e da criança na região.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. M. *et al.* Aleitamento materno em tempos de COVID-19: uma scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20200595, 2022.
- ALMEIDA, I. S. S. de *et al.* Aleitamento materno: fatores de influência para a adesão das mães. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 4, e2697, 2020. DOI: 10.25248/reas.e2697.2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2697>. Acesso em: 3 nov. 2025.
- ALVES, Y. R. *et al.* A amamentação sob a égide de redes de apoio: uma estratégia facilitadora. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 24, n. 1, e20190017, 2020.
- ANDRADE, L. D. de *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 610–618, 2022. DOI: 10.9771/cmbio.v20i4.42450. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/42450>. Acesso em: 4 nov. 2025.
- ASEMAHAGN, M. A. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in Azezo District, Northwest Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 11, n. 22, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971749/>. Acesso em: 24 abr. 2024.
- BARBOSA, K. I. P.; CONCEIÇÃO, S. I. O. Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo. **Revista Cuidarte**, [S. l.], v. 11, n. 1, e811, 2020. DOI: 10.15649/cuidarte.811.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 165 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 3 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, [S. l., S. d.].
- CAMPANHARO, L. *et al.* Disparidades no Aleitamento Materno no Brasil: um estudo ecológico sobre o aleitamento exclusivo e seus determinantes. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 9, p. 1984-1993, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p1984-1993. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3472>. Acesso em: 28 out. 2025.

- CAMPOS, P. M. *et al.* Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 41, n. esp., e20190154, 2020.
- CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* Exclusive breastfeeding and professionals from the family health strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 75, n. 3, e20200545, 2022.
- CIAMPO, L. A. D.; CIAMPO, I. R. L. D. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 40, n. 6, p. 354-359, 2018.
- COSTA, C. C. M. L. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em um município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 787-797, dez. 2017. DOI: 10.1590/S1519-38292017000400010.
- DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 354-359, jun. 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10798271/>. Acesso em: 3 nov. 2025.
- FERMIANO, C. A. M. M. *et al.* Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados em um município do extremo sul catarinense. **Saúde e Pesquisa**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–11, 2023. DOI: 10.17765/2176-9206.2023v16n1.e11261. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11261>. Acesso em: 3 nov. 2025.
- FERREIRA, A. S. *et al.* Aleitamento materno e fatores associados em diferentes contextos sociais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 987-995, 2022.
- FERREIRA, H. L. O. C. *et al.* Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 683-690, mar. 2018.
- FURTADO, L. C. R.; ASSIS, T. R. Diferentes fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno: uma revisão da literatura. **Movimenta**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 303-312, 2018.
- HUMPHREYS, A. S.; THOMPSON, N.; MINER, K. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. **Health Education Research**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 331-341, 1998. DOI: 10.1093/her/13.3.331.
- JALAL, M. *et al.* The relationship between psychological factors and maternal social support to breastfeeding process. **Electron Physician**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 3561-3569, 2017. DOI: 10.19082/3561.

- LIMA, A. P. E. *et al.* Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 40, e20180406, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180406.
- LIMA, A. P. C.; NASCIMENTO, D. S.; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health and Biological Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 189-196, 2018. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p189-196.2018.
- LIMA, J. F. O. Composição mineral do leite humano em diferentes estágios de lactação. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- LUMBIGANON, P. *et al.* Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Bethesda, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4.
- MACHADO, C. R. B. *et al.* Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 772-779, out. 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000500003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/Bv8LDj9J8z7b48cK8fM75Wj/>. Acesso em: 3 nov. 2025.
- MARGOTTI, E.; MARGOTTI, W. Fatores relacionados ao aleitamento materno exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. 114, p. 860-871, jul. 2017.
- NUNES, L. M. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Boletim Científico de Pediatria**, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 55-58, 2015. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234034bcped_v4_n3_a2.pdf. Acesso em: 3 nov. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Breastfeeding. [2011]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/15-01-2011-exclusive-breastfeeding-for-six-months-best-for-babies-everywhere>. Acesso em: 8 abr. 2025.
- PRIOR, E. *et al.* Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 95, n. 5, p. 1113-1135, maio 2012.
- RECH, R. S. *et al.* Fatores associados ao início da prática do aleitamento em uma maternidade de Lima, Peru. **CODAS**, [S. l.], v. 33, n. 6, e20200173, 2021. DOI: 10.1590/2317-1782/20202020173.

ROSA, J. B. S.; DELGADO, S. E. Conhecimento de puérperas sobre amamentação e introdução alimentar. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 1-9, 2017.

SAQUETI, B. *et al.* Revisão sobre as vitaminas presentes no leite materno. **Encontro Internacional de Produção Científica**, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/3985>.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2024.

SILVA, E. *et al.* Benefícios do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento infantil: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**, Bahia, v. 1, n. 2, p. 151, [2016]. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/151>.

SILVA, R. S.; BARROS, S. C. C.; SILVA, C. P. Aleitamento materno: uma revisão bibliográfica. **Humanidades e Tecnologia (FINOM)**, Paracatu, v. 30, n. 1, p. 195-218, 2021. Disponível em: https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1646/1209. Acesso em: 3 nov. 2025.

SILVA, S. L. G. *et al.* Aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 110-125, 2024. DOI: 10.34117/bjdv10n1-008. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/66367>. Acesso em: 3 nov. 2025.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Influence of pacifier's use and of mother's smoking on breastfeeding: review of literature. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 120-128, 2003.

STEPHAN, A. M. S.; CAVADA, M. N.; VILELA, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas em área de abrangência de unidade de saúde da família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 431-438, set. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000300008>. Acesso em: 3 nov. 2025.

TELES, M. A. B. *et al.* Conhecimento e práticas de aleitamento materno de usuárias da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. 2302-2308, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Escola de Nutrição. **ENANI – Escola de Nutrição Anna Nery**. [2024]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrrj.br/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

VIANNA, R. P. T. *et al.* A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 23, n. 10, p. 2403-2409, 2007. DOI: 10.1590/S0102-3112007001000015.

VIEIRA, A. G. S. *et al.* Benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-bebê. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 4, e10168, 2022. DOI: 10.25248/reas.e10168.2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10168>. Acesso em: 3 nov. 2025.

VIEIRA, G. O. *et al.* Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 270-277, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/jped/v91n3/pt_0021-7557-jped-91-03-00270.pdf. Acesso em: 21 abr. 2024.

VICTORA, C. G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Global Health**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. e199-205, 2015.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet**, [S. l.], v. 401, n. 10375, p. 472-485, fev. 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36764313/>. Acesso em: 3 nov. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO Av. Gov. Marcelo Déda - São José CEP: 49400-000 Lagarto – SE / FONE: 79 3632-2072 E-mail: cephu@ufs.br	
---	--	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O título da pesquisa é “Prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade no município de Lagarto-SE”. O objetivo desta pesquisa é analisar a adesão ao aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses, características maternas associadas e motivos para desmame precoce entre mães de lactentes atendidas no serviço primário. O pesquisador responsável é o Prof. Alexandre Machado de Andrade, que é professor do Departamento de Medicina, da Universidade Federal de Sergipe, do campus Lagarto.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a.

As informações serão obtidas através de um questionário respondido presencialmente, enquanto espera a consulta, com 26 questões objetivas de múltipla escolha sobre a adesão ao aleitamento materno, as barreiras encontradas na perspectiva das lactantes e sobre a necessidade de auxílio técnico durante o processo de amamentação. Em cada questão, você deverá analisar e responder de acordo com as alternativas da respectiva questão. O tempo estimado para responder todas as questões será entre 10-15 minutos.

Reconhecemos que toda pesquisa, envolvendo Seres Humanos, está passível de oferecer riscos aos participantes da mesma. A Resolução CNS nº 510 de 2016, em seu Artigo 2º, Inciso XXV, cita: “risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente”. Destacamos que sua participação envolve riscos mínimos e estes se resumem à utilização do seu tempo ao responder o questionário e eventual desconforto ao ser questionado sobre aspectos do instrumento e de seus dados pessoais. Por outro lado, destacamos como benefícios o seu papel em participar de um estudo que irá gerar informações acerca da adesão ao aleitamento materno, barreiras encontradas e necessidade de auxílio técnico durante o processo de amamentação, a garantia do anonimato em suas considerações acerca do questionário e a brevidade na realização da comparação. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados posteriormente, mas sem divulgação de suas respostas individuais.

Assim, você está sendo consultado sobre seu interesse e disponibilidade de participar dessa pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade. Sua participação no estudo é voluntária e se restringe a esta etapa.

Você não receberá pagamentos por ser participante. Se houver gastos com transporte ou alimentação, eles serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, deixamos claro que o participante terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os pesquisadores firmam compromisso de divulgar os resultados da pesquisa, assim que ela se encerrar, caso seja de interesse dos participantes. A divulgação deverá ser feita de forma acessível e clara para todos os participantes.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador Prof. Alexandre Machado de Andrade pelo e-mail: andrade.am@academico.ufs.br ou pelo telefone (79) 3632-2080.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/ Hospital Universitário de Lagarto (CEP UFS Lag/HUL), situado na Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro, Lagarto/SE, telefone (79) 3632-2189, de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00hs ou pelo e-mail: cephulag@ufs.br.

No caso de aceitar fazer parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: Alexandre Machado de Andrade

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa: Ritta de Kássia Oliveira de Santana

Assinatura: _____

Local/data: _____

APÊNDICE B - Questionário**QUESTIONÁRIO SOBRE A ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS 6 MESES PÓS-PARTO E CARACTERÍSTICAS
ASSOCIADAS****Unidade Básica de Saúde:**

- () Leandro Maciel
- () Dr. Davi Marcos de Lima
- () Josefa Barbosa Romão

Número de identificação na pesquisa:

1ª PARTE: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**1. Qual sua idade?**

- () 20 anos ou menos
- () 21-36 anos
- () 37 anos ou mais

2. Qual sua escolaridade?

- () Ensino Fundamental incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo

3. Qual a cor da sua pele?

- () Branca
- () Preta/parda

4. Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteira
- ☐ Casada / União estável
- ☐ Divorciada
- ☐ Viúva

5. A senhora trabalha fora do lar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Qual a média de renda salarial (mês) da sua família?

- ☐ Menos de 1 salário-mínimo
- ☐ 1-2 salários-mínimos
- ☐ 2-3 salários-mínimos
- ☐ acima de 3 salários-mínimos

7. Qual o seu local de residência?

- ☐ Urbano
- ☐ Rural

2ª PARTE: DADOS GESTACIONAIS

1. Quantos meses de vida tem a sua criança atualmente?

- ☐ 6-12 meses
- ☐ 12-18 meses
- ☐ 18-24 meses

2. Qual o sexo da sua criança?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3. A senhora está/estava amamentando uma criança ou gêmeos?

- ☐ Uma criança

- ☐ 2 gêmeos
- ☐ 3 gêmeos
- ☐ Acima de 3 gêmeos

4. Quantos filhos a senhora tem?

- ☐ Um filho
- ☐ Mais de um filho

5. A senhora já amamentou anteriormente outro(s) filho(s)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. A senhora teve quantas consultas pré-natal durante a gestação?

- ☐ <5 consultas
- ☐ ≥6 consultas

7. A senhora fumou durante a gestação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. Qual foi o tipo de parto da gravidez da sua criança?

- ☐ Vaginal
- ☐ Cesáreo

9. A sua criança nasceu prematura?

- ☐ Sim, nasceu com 7 meses ou menos (< 34 semanas de idade gestacional)
- ☐ Sim, nasceu com 8 meses (34 a 36 semanas e 6 dias de idade gestacional)
- ☐ Não, ela não nasceu prematura (> 37 semanas de idade gestacional)

3ª PARTE: DADOS PÓS GESTACIONAIS E RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

1. Por quanto tempo sua criança se alimentou apenas de leite materno?

- ☐ Ela nunca se alimentou apenas de leite materno
- ☐ Menos de 2 meses
- ☐ 2 a 4 meses
- ☐ Mais de 4 meses e menos de 6 meses
- ☐ Por 6 meses
- ☐ Mais de 6 meses

2. Nos primeiros 60 minutos após o parto, o seu bebê mamou?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. A senhora observou dificuldade no bebê para pegar (abocanhar) o seu peito de forma correta nos primeiros dias da amamentação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Nos primeiros dias de amamentação, a senhora sentiu alguma das dificuldades abaixo? (MÚLTIPLAS RESPOSTAS)

- ☐ Dor nas mamas
- ☐ Inflamação nas mamas
- ☐ Bico do peito machucado
- ☐ Bebê irritado durante a mamada
- ☐ Mamas ingurgitadas (leite empedrado)

5. Sua criança usou chupeta enquanto estava em aleitamento materno exclusivo?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Sua criança usou mamadeira enquanto estava em aleitamento materno exclusivo?

- ☐ Sim

() Não

7. Sua criança recebeu prescrição de fórmula infantil na alta hospitalar?

() Sim

() Não

8. A senhora teve licença maternidade?

() Sim

() Não

9. A senhora reconhece os benefícios da amamentação?

() Sim

() Não

10. A senhora foi apoiada pelos profissionais de saúde para iniciar/manter a amamentação? (MÚLTIPLAS RESPOSTAS)

() Sim, no pré-natal

() Sim, na maternidade

() Sim, nas consultas do bebê

() Sim, nas visitas do agente de saúde

() Não, não recebi nenhuma orientação profissional

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade no município de Lagarto-SE

Pesquisador: ALEXANDRE MACHADO DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81935824.0.0000.0217

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.164.813

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UFS-Lag/HUL n: 0050/2024

Projeto de TCC

Orientador: ALEXANDRE MACHADO DE ANDRADE

Projeto vinculado ao Departamento de Medicina