

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
***CAMPUS* PASSO FUNDO**
CURSO DE MEDICINA

JULIA HELENA GLESSE

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES
RELACIONADOS EM CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE**

PASSO FUNDO, RS

2024

JULIA HELENA GLESSE

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES
RELACIONADOS EM CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE**

Trabalho de Curso de graduação apresentado ao curso de
Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS), *campus* Passo Fundo – RS, como requisito
parcial para obtenção do título de Médica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello

Coorientadora: Prof.^a Med.^a Daniela Dal Maso

PASSO FUNDO, RS

2024

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Glesse, Julia Helena

PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E
FATORES RELACIONADOS EM CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE / Julia Helena Glesse. -- 2024.
90 f.

Orientadora: Doutora Renata dos Santos Rabello
Co-orientadora: Médica Especialista Daniela Dal Maso
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo,RS, 2024.

1. Aleitamento materno. 2. aleitamento materno
exclusivo. 3. atenção primária à saúde. 4. saúde da
criança. 5. saúde materno-infantil. I. Rabello, Renata
dos Santos, orient. II. Maso, Daniela Dal, co-orient.
III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

JULIA HELENA GLESSE

**PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES
RELACIONADOS EM CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE**

Trabalho de Curso de graduação apresentado ao curso de
Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS), *campus* Passo Fundo – Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para obtenção do título de Médica.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 18/06/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello - UFFS
Orientadora

Prof.^a Med.^a Luciana Veronese Corazza
Avaliadora

Prof.^a Med.^a Laura Guimarães Sandoval
Avaliadora

Dedico este trabalho aos meus amados pais, que se esforçam incansavelmente por mim e me possibilitaram chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, princípio e fonte de minha motivação e esforço, que eu possa honrá-lo em todos os momentos de minha vida.

À minha família, meu pai Carlos Glesse, minha mãe Marli Zang e meus irmãos Eliakim e Eliese, por todo o amor, zelo, apoio e abdicção de momentos de convivência para que eu pudesse construir esse trabalho. Vocês são inestimáveis.

Ao meu namorado, Paulo Dambros Filho, meu maior suporte em todas as horas, meu grande amor, meu melhor amigo, meu descanso e fonte inesgotável de alegria em minha vida.

À minha querida orientadora Renata dos Santos Rabello, que prontamente aceitou me acompanhar nesse desafio e esteve comigo em todo o processo, tornando-se uma grande amiga.

À minha coorientadora e Médica Pediatra Daniela Dal Maso, exemplo de pessoa e profissional, que me acolheu no meio do caminho e jamais me desamparou.

A todos os meus estimados amigos que estiveram presentes nessa jornada, direta ou indiretamente, compartilhando experiências, frustrações e, sobretudo, vitórias.

Aos professores da disciplina de Trabalho de Curso I, II e III, sempre disponíveis a auxiliar, em especial a professora Ivana Loraine Lindemann, que terá sempre um lugar no meu coração pela amizade e por dispor de seu tempo em meu favor.

Às colegas e professoras envolvidas no projeto guarda-chuva, do qual foram obtidos os dados utilizados no presente trabalho, pela dedicação e troca de experiências.

À monitora da disciplina, Marcela Alles, pelo suporte e carinho no exercício de sua função, por sempre estar à disposição e fazer questão de me acompanhar.

“Comovo-me em excesso, por natureza, e por ofício, acho medonho alguém viver sem paixões”
(Graciliano Ramos – Memórias do Cárcere, 1953).

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) realizado como requisito parcial para obtenção de título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo – Rio Grande do Sul, elaborado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da instituição e com o Regulamento do TC. O trabalho é intitulado *Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores relacionados em crianças acompanhadas na Atenção Primária em Saúde* e foi desenvolvido pela acadêmica Julia Helena Glesse, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello e coorientação da Prof.^a Med.^a Daniela Dal Maso. Este volume é constituído pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico, desenvolvidos nas disciplinas de Trabalho de Curso I (TCI), Trabalho de Curso II (TCII) e Trabalho de Curso III (TCIII). Durante a disciplina de TCI, no primeiro semestre de 2023, foi elaborada a primeira parte do trabalho, condizente ao Projeto de Pesquisa. Ainda, a segunda parte, realizada no segundo semestre de 2023 na disciplina de TC II, diz respeito ao Relatório de Pesquisa contendo todos os detalhes dos ocorridos durante a execução do trabalho, desde a revisão e finalização do projeto de pesquisa até o término da coleta de dados e das análises. Por fim, a última parte foi produzida na disciplina de TC III, durante o primeiro semestre letivo de 2024, tratando-se do Artigo Científico, organizado com base nos principais resultados encontrados.

RESUMO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) consiste na prática de alimentar crianças apenas com leite materno até os 6 meses de idade. Sua relevância é indiscutível, mas esse modelo de nutrição ainda é bastante negligenciado e, por isso, o estudo do padrão existente pode possibilitar medidas de incentivo e orientação a respeito dessa temática. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de AME e os fatores que o influenciam observando a Atenção Primária em Saúde de um município do norte gaúcho, além dos alimentos e/ou bebidas oferecidos com maior frequência aos lactentes. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, cujo período de realização foi de agosto de 2023 a julho de 2024, envolvendo crianças menores de 2 anos de idade, acompanhadas na Atenção Primária no município de Passo Fundo – Rio Grande do Sul, nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, durante o período da pesquisa. As informações foram coletadas por meio de entrevista presencial com a mãe da criança, a partir da aplicação de um questionário desenvolvido para o próprio estudo. As variáveis dependentes observadas nesse estudo são a duração do AME em meses completos e a realização dessa prática conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (até os 6 meses de idade). Ainda, fatores relacionados à mãe, ao bebê e à gestação foram avaliados. Realizou-se a estatística descritiva através das distribuições absolutas e relativas de frequências, estimou-se a incidência dos desfechos e seu intervalo de confiança de 95% (IC95). Ademais, verificou-se a distribuição dos desfechos a partir das variáveis preditoras, empregando-se o teste de qui-quadrado, considerando como estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$. A amostra foi composta por 257 pacientes, apresentando predominantemente entre 19-25 anos (40,5%), cor branca (53,7%), somente um filho (38,9%) e gestação do último filho não planejada (62,1%). Em relação aos filhos das entrevistadas, a maioria tinha ≥ 6 meses (54,9%), peso ao nascer adequado (83,3%) e estava em aleitamento materno (AM) na época da pesquisa (67,6%), sendo que, desses, apenas 18,3% estavam em AME no mesmo período. Além disso, os principais alimentos e/ou bebidas oferecidos antes dos 6 meses foram água (60,5%), leite em pó (58,6%) e chá (57,8%). A fórmula infantil foi introduzida antes do 6º mês em 89,3% dos casos. Ainda, a duração predominante do AME foi de até no máximo 1 mês de idade (47%; IC95 40-54%) e apenas 14% das crianças (IC95 9-19%) realizaram essa modalidade de nutrição pelo tempo adequado (até os 6 meses). Os resultados encontrados são muito inferiores aos índices preconizados como meta, além de mais baixos que a média global, nacional, regional e local. Os fatores que demonstraram influência na duração do AME foram AM na 1ª hora de vida

($p=0,003$), internação em Unidade de Terapia Intensiva ao nascimento ($p=0,006$ e $p=0,011$ – significância em ambos os desfechos), peso ao nascer ($p=0,004$), AM no período da entrevista ($p<0,001$), uso de fórmula ($p<0,001$ em ambos os desfechos) e estado civil materno ($p=0,039$). A partir dos achados descritos, o presente estudo pode ser útil para basear a criação e implementação de estratégias visando o aumento da prevalência de AME na região.

Palavras-chave: aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; atenção primária à saúde; saúde da criança; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Exclusive Breastfeeding (EBF) consists of the practice of feeding children only with breast milk up to 6 months of age. Its relevance is unquestionable, but this nutrition model is still quite neglected. Therefore, studying the existing patterns can enable measures to encourage and guide this topic. Thus, the present study aims to evaluate the prevalence of EBF and the factors that influence it by observing Primary Health Care in a municipality in northern Rio Grande do Sul, as well as the foods and/or drinks most frequently offered to infants. This is a cross-sectional, descriptive, and analytical study conducted from August 2023 to July 2024, involving children under 2 years of age, followed up in Primary Health Care in the municipality of Passo Fundo – Rio Grande do Sul, at the São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José, and Parque Farroupilha Basic Health Units during the study period. Information was collected through face-to-face interviews with the child's mother, using a questionnaire developed specifically for the study. The dependent variables observed in this study are the duration of EBF in complete months and the practice of EBF according to World Health Organization guidelines (up to 6 months of age). Additionally, factors related to the mother, baby, and pregnancy were evaluated. Descriptive statistics were performed using absolute and relative frequency distributions, the incidence of outcomes and their 95% confidence interval (CI95) was estimated. Furthermore, we verified the distribution of outcomes based on predictor variables using the chi-square test, considering p-values <0.05 as statistically significant. Our sample consisted of 257 patients, predominantly aged 19-25 years (40.5%), white (53.7%), having only one child (38.9%), and an unplanned pregnancy for the last child (62.1%). Regarding the children of the interviewees, the majority were ≥ 6 months old (54.9%), had an appropriate birth weight (83.3%), and were breastfeeding at the time of the study (67.6%), with only 18.3% being exclusively breastfed during the same period. Additionally, the main foods and/or drinks offered before 6 months were water (60.5%), powdered milk (58.6%), and tea (57.8%). Infant formula was introduced before the 6th month in 89.3% of cases. Furthermore, the predominant duration of EBF was up to a maximum of 1 month (47%; CI95 40-54%) and only 14% of children (CI95 9-19%) practiced this form of nutrition for the appropriate duration (up to 6 months). The results found are significantly below the recommended target rates, as well as below the global, national, regional, and local averages. The factors that showed an influence on the duration of EBF were breastfeeding in the first hour of life ($p=0.003$), hospitalization in an Intensive Care Unit at birth ($p=0.006$ and $p=0.011$ – significant in both outcomes), birth weight ($p=0.004$), breastfeeding at the time of the interview ($p<0.001$), formula use ($p<0.001$

in both outcomes), and maternal marital status ($p=0.039$). Based on the described findings, this study can be useful to support the creation and implementation of strategies aimed to increase the prevalence of EBF in the region.

Keywords: breastfeeding; exclusive breastfeeding; primary health care; child health; maternal and child health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de ética em pesquisa com seres humanos
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
EPDS	Escala autoaplicada de depressão pós-parto de Edimburgo
FI	Fórmula Infantil
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
MTA	Mulher Trabalhadora que Amamenta
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Trabalho de Curso
TCLE/TALE	Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 PROJETO DE PESQUISA.....	16
2.1.1 Tema	16
2.1.2 Problemas	16
2.1.3 Hipóteses	16
2.1.4 Objetivos	16
2.1.4.1 Objetivo geral	16
2.1.4.2 Objetivos específicos	17
2.1.5 Justificativa	17
2.1.6 Referencial Teórico	17
2.1.6.1 Tipos de aleitamento.....	18
2.1.6.2 Importância do aleitamento materno	19
2.1.6.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	21
2.1.6.4 Epidemiologia do Aleitamento Materno Exclusivo	22
2.1.6.5 Fatores relacionados ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo	24
2.1.7 Metodologia	29
2.1.7.1 Tipo de estudo	29
2.1.7.2 Local e período de realização	29
2.1.7.3 População e amostragem	30
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados.....	30
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	32
2.1.7.6 Aspectos éticos	32
2.1.8 Recursos	32
2.1.9 Cronograma	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO VIA ENTREVISTA	40
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	52
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	63
3 ARTIGO CIENTÍFICO	66
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é o padrão ideal de nutrição para crianças, e seu fornecimento exclusivo até os seis meses de vida é recomendado e estimulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (KLIEGMAN *et al.* 2022). A recomendação se dá com o objetivo de alcançar desenvolvimento pleno e saúde, já que, além de nutrientes que fornecem energia, o leite humano também fornece muitos fatores bioativos e componentes imunológicos (anticorpos, enzimas, proteínas, vitaminas, oligossacarídeos e outros), responsáveis por fortalecer o sistema imunológico do bebê e defende-lo de patógenos comuns da infância. Ainda, uma nutrição adequada na infância é crucial para um crescimento saudável e traz inúmeros benefícios a longo prazo, reduzindo a incidência de doenças crônicas na vida adulta (LYONS *et al.*, 2020).

Desde muito tempo constata-se as vantagens do aleitamento materno exclusivo (AME) e os estudos que corroboram esse fato são incontáveis. Apesar disso, muitas pesquisas também demonstram que as taxas de AME ainda são baixas globalmente, quando se observam, por exemplo, as Metas Mundiais de Nutrição de 2025 da OMS (BRASIL, 2022; WHO, 2014). De acordo com dados de domínio público divulgados pelo Ministério da Saúde, o índice de AME até os seis meses no Brasil está continuamente crescendo, mas em uma velocidade baixa (BRASIL, 2022). Nesse sentido, apesar do AME ser o padrão-ouro de alimentação para as crianças, muitos fatores podem impedir que ele seja suficientemente estabelecido, muitas vezes sendo necessário complementar o AM com outros líquidos e alimentos ou com fórmulas infantis. Entretanto, esse comportamento pode apresentar riscos e prejuízos à criança, porque os alimentos complementares não são capazes de recriar o efeito promovido pelo AME (LYONS *et al.* 2020).

Avaliando os números globalmente, a prevalência do AME é baixa em todos os países, independente da renda, sendo que as partes leste e sul da África apresentaram as maiores taxas desse comportamento (por volta de 85%), destoando das demais regiões (VICTORA *et al.*, 2016; BOCCOLINI *et al.*, 2017). No Brasil, os indicadores de AME e de AM no geral têm crescido gradualmente, mas ainda existem muitos obstáculos a serem superados (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013). Diferentes estudos mostram taxas variadas de AME no país, com algumas regiões e estados apresentando melhores resultados do que outros. Em muitos estudos, a região Norte apresentou as melhores taxas e a região Nordeste, as piores. Ainda, uma revisão sistemática avaliando as regiões do Brasil constatou prevalência de AME aos 6 meses de 3,9% em Bauru-SP e de 8,5% em Pernambuco (PEREIRA; FREIRE; GONÇALVES, 2021; VENANCIO *et al.*, 2010; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Desse modo, faz-se necessário abordar os desafios e fatores relacionados que impedem um estabelecimento adequado do AME, que incluem o contexto social, cultural, demográfico e biológico, demonstrado em muitos estudos (FOSU-BREFO; ARTHUR, 2015; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; DAMIÃO, 2018; PEREIRA; FREIRE; GONÇALVES, 2021).

Tendo em vista que o AM deve ser continuamente incentivado e que a mãe deve se sentir confortável a respeito de suas dúvidas, inseguranças e dificuldades (CAPUCHO *et al.*, 2017), é importante que a Atenção Primária, utilizando-se de ações e medidas implementadas ao longo dos anos, possa fornecer o apoio necessário à díade mãe-filho. Dessa maneira, com intervenções adequadas, será possível melhorar a qualidade de vida das crianças e alcançar os objetivos globais relacionados ao AME, aumentando a sua prevalência (BRASIL, 2022; STEPHAN; CAVADA; VILELA, 2012).

Em suma, embora haja a promoção de políticas públicas e a conscientização progressiva quanto à sua importância, ainda se mostra necessária uma avaliação mais individual das populações, para que se possa identificar e intervir em fatores que continuam a impedir o estabelecimento dessa prática repleta de benefícios (VICTORA *et al.*, 2016; HANSON *et al.*, 2007). Desse modo, utilizando-se os dados encontrados no presente estudo, existe a possibilidade de direcionar ações específicas visando a superação de barreiras e o aumento nas taxas de AME na região estudada, contribuindo para a melhoria na saúde e qualidade de vida do binômio mãe-filho.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores relacionados em crianças acompanhadas na Atenção Primária em Saúde de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

2.1.2 Problemas

Qual a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças acompanhadas na Atenção Primária em Saúde do município de Passo Fundo – RS?

Como se caracteriza o perfil sociodemográfico, comportamental e de saúde do binômio mãe-filho?

Quais os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde do binômio mãe-filho relacionados ao AME?

Quais os principais alimentos e/ou líquidos introduzidos antes dos seis meses de vida?

2.1.3 Hipóteses

A prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) será de aproximadamente 45% na Atenção Primária em Saúde de Passo Fundo - RS.

A amostra será composta majoritariamente por crianças nascidas a termo, com peso adequado e amamentadas nas primeiras horas de vida. Quanto à outra parte do binômio, haverá predominância de mães brancas, entre 20 e 25 anos, desempregadas, multíparas, com ensino fundamental incompleto, não tabagistas e que não planejaram a gestação.

Os fatores relacionados ao AME serão nascimento a termo, peso ao nascer acima de 2500g, sem necessidade de internação em unidade neonatal, gravidez planejada, multíparas, com recebimento de informações sobre o aleitamento materno e que realizaram o pré-natal.

Os principais alimentos e líquidos introduzidos antes dos seis meses de vida serão água, chás, caldos e papas salgadas.

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças acompanhadas na Atenção Primária em Saúde do município de Passo Fundo – RS.

2.1.4.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil sociodemográfico, comportamental e de saúde do binômio mãe-filho.

Identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde do binômio mãe-filho relacionados ao aleitamento materno exclusivo.

Constatar quais os principais alimentos e/ou líquidos introduzidos antes dos seis meses de vida.

2.1.5 Justificativa

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu alguns objetivos para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (AM) no mundo até 2025. Ainda, a promoção do AM contribui para o estabelecimento de muitos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU). Além disso, é uma prática respaldada pelo artigo 277 da Constituição Brasileira de 1988, que prevê ser dever da família, da sociedade e do Estado garantir a sua realização e manter a díade mãe e bebê a salvo de toda forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão. No entanto, apesar dos esforços e dos muitos estudos comprovando e reiterando sua importância, as taxas de AM ainda são baixas e, ainda menores, tendo em vista a sua exclusividade até os seis primeiros meses de vida.

Desse modo, tendo em vista que o aleitamento materno exclusivo pode sofrer influência de muitos fatores externos, mostra-se fundamental delinear os empecilhos que impactam no cumprimento de metas e garantia de direitos, impactando, assim, na qualidade de vida das crianças e de suas mães. Por fim, esse delineamento pode ser útil como ferramenta para o desenvolvimento de medidas de intervenção que visem alcançar as taxas recomendadas na região estudada.

2.1.6 Referencial Teórico

De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) do Ministério da Saúde, os números referentes ao aleitamento materno (AM) se elevaram no Brasil nos últimos anos. Em 2020, o índice de amamentação exclusiva até os seis meses era de 45,7%. Comparando com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1986 (PNDS), houve aumento de quase 16 vezes nessa taxa. Ainda comparando o ENANI com a PNDS, tendo em vista os resultados de 2006 desta, houve aumento de 8,6 vezes na prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças com menos de seis meses (AME) em relação àquele. Entretanto, espera-se que essa realidade possa se ampliar ainda mais, já que os benefícios do AM atingem não somente o binômio mãe-filho, mas toda a sociedade. A amamentação pode reduzir em até

13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos e também o risco de desenvolver câncer de mama, que diminui 6% a cada ano que a mulher amamenta (BRASIL, 2022).

O leite materno (LM) é o alimento ideal para recém-nascidos, pois além de ser exclusivo da espécie, formado de modo a responder completamente as demandas biológicas do bebê, ainda previne infecções e corrobora o desenvolvimento do sistema imune, dos órgãos e de uma microbiota intestinal saudável (NUZZI *et al.*, 2021; LYONS *et al.* 2020). Existem algumas situações em que o AME está contraindicado ou impossibilitado, como, por exemplo, quando a mãe estiver infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sem tratamento, quando a criança possui galactosemia ou alguma malformação congênita, entre outras razões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022). Contudo, esses casos não são tão comuns quanto aqueles em que o AME é interrompido pela falta de informação, suporte e outros fatores que poderiam ser prevenidos ou, ao menos, amenizados (RESTREPO-NIETO *et al.*, 2023).

Nesse sentido, ter uma nutrição apropriada na infância é fundamental para um crescimento saudável e para o desenvolvimento imunológico, metabólico, neurológico e cognitivo. Além disso, traz benefícios a longo prazo, podendo ser associada com menor incidência de doenças crônicas durante a vida adulta (principalmente doenças metabólicas, que estão entre principais causas de mortalidade da população brasileira). Esse padrão de nutrição adequada é sobretudo importante nos primeiros 6 meses de vida, período em que o bebê ainda está em adaptação e maturação de órgãos e sistemas, necessitando de muitos nutrientes. Ainda, o AM está relacionado com menor risco de desenvolvimento de várias doenças, para ambas as partes da díade mãe-filho (KLIEGMAN *et al.* 2022).

A amamentação também está ligada a diminuição da incidência de doenças gastrointestinais e à redução das taxas de mortalidade quando comparadas com as taxas de crianças cuja alimentação é feita com fórmula infantil (FI). No que tange à composição de microbiota intestinal, o leite materno contém anticorpos da mãe que são responsáveis por prevenir a adesão de patógenos, evitando infecções e promovendo crescimento e desenvolvimento saudável dos lactentes (LYONS *et al.* 2020).

2.1.6.1 Tipos de aleitamento

Existem algumas maneiras de alimentar uma criança no início da vida. O padrão-ouro até os seis meses de idade é, sem dúvida, o AME, que consiste em nutrição composta somente de LM (direto do peito ou ordenhado), podendo eventualmente incluir medicações, suplementos

minerais ou vitamínicos (SHITIE *et al.*, 2016; BOCCOLINI *et al.*, 2017). Entretanto, essa nem sempre é a realidade, porque seu estabelecimento pode ser influenciado por muitos fatores. As demais formas de nutrição são empregadas quando o AME não é possível ou é contraindicado, podendo ocorrer de forma não exclusiva, mista/parcial, complementada, predominante ou artificial. No aleitamento não exclusivo, o lactente recebe, além do LM, outros alimentos, como no período de introdução alimentar. Na amamentação mista/parcial, há o consumo de outros tipos de leite, inclusive de FI. Já no aleitamento complementado, a criança recebe, além do LM, alimentos sólidos ou semissólidos para complementar nutricionalmente o AM, enquanto na amamentação predominante há consumo de LM, água, bebidas à base de água e sucos de fruta. O aleitamento artificial, por sua vez, se caracteriza pela ausência do LM, com oferecimento apenas de outros tipos de leites e FI (MENDES *et al.*, 2024; SILVA *et al.*, 2019; SILVA; SOUZA, 2005; HAISMA *et al.*, 2003).

Quando o AM não é viável, pode-se recorrer à fórmula infantil artificial como forma de substituição, pois ela deve ser capaz de prover nutrientes essenciais ao recém-nascido. O mesmo ocorre em situações em que o LM não é suficiente, sendo a fórmula uma opção inteligente para realizar a complementação. Contudo, nem mesmo as fórmulas mais recentes são capazes de mimetizar completamente o efeito e os benefícios do leite materno para o bebê (ARORA *et al.* 2000; CARVER *et al.* 2003). Apesar da maioria das fórmulas infantis ser principalmente derivada do leite bovino, há diferenças na composição e nas frações de gorduras, proteínas, vitaminas e minerais que não podem ser superadas suficientemente quando comparadas ao leite humano (MARTIN *et al.* 2016).

Entre os defeitos da fórmula infantil pode-se citar a falta de bactérias benéficas provenientes do LM. Mesmo com o acréscimo de probióticos e prebióticos à sua composição, existe dificuldade em assegurar que esses componentes sobreviverão ao organismo da criança e se surtirão, de fato, benefícios para a sua saúde (LYONS *et al.* 2020). Ainda, as fórmulas carecem de propriedades antioxidantes que são próprias do LM e essenciais para a saúde infantil (SHOZI; SHIMIZU, 2019).

2.1.6.2 Importância do aleitamento materno

A informação de que o AM é o padrão ideal de nutrição para todas as crianças - exceto em casos específicos de algumas doenças – e que possui um papel precípua na saúde infantil e materna já está consolidada na literatura mundial há muito tempo (VICTORA *et al.*, 2016).

O LM constitui uma defesa multifatorial extensa para a criança por ser capaz de diminuir as taxas de incidência de septicemia neonatal, meningite, infecções do trato urinário

(HANSON, 2007), diarreia, alergias, asma, síndrome do intestino irritável, doença de Crohn, otite média, enterocolite necrosante, obesidade, diabetes *mellitus* do tipo 2 (DM2), síndrome da morte súbita infantil e muitas outras patologias que podem ser desenvolvidas tanto na infância como na vida adulta e que favorecem a morbidade e mortalidade (LYONS *et al.* 2020). Ainda, há pesquisas que sugerem que crianças amamentadas por períodos mais longos apresentam inteligência superior àquelas amamentadas por períodos mais curtos ou que não recebem AM (VICTORA *et al.*, 2016).

Para as mães, o AM incorre em um menor risco de ocorrências como mastite (HANSON, 2007), hemorragias e depressão pós-parto e também favorece uma involução uterina mais rápida e um maior período de amenorreia (favorecendo o espaçamento natural de gestações). Ainda, considerando todas as gestações, o acúmulo de 12 a 23 meses de lactação é associado com a diminuição da ocorrência de DM2, hipertensão, hiperlipidemia, doenças cardiovasculares e redução do risco de câncer de ovário e mama (KLIEGMAN *et al.*, 2022). Em relação a este último, estima-se que o AM previna, atualmente, cerca de 20000 mortes anuais decorrentes da doença (VICTORA *et al.*, 2016).

A constituição do LM varia muito e é resultante de questões demográficas e genéticas, do estilo de vida da mãe e de exposições à diferentes situações, como em casos de doenças. O LM tende a mudar de composição ao longo do período de aleitamento para ser capaz de atender às demandas próprias do organismo do bebê (LYONS *et al.* 2020) e possui diversos fatores anti-inflamatórios e antioxidantes capazes de evitar muitas doenças (HANSON, 2007). Além disso, as comunidades bacterianas presentes no LM são responsáveis por estabelecer e moldar a microbiota intestinal no início da vida, determinando, inclusive, padrões futuros (PANNARAJ *et al.* 2017).

Os benefícios do LM se estabelecem de forma rápida e de maneira progressiva, ou seja, quanto antes for iniciado e quanto mais tempo durar, maiores as repercussões. Sendo assim, recomenda-se que a criança possa ser amamentada o mais precocemente possível após o parto, porque começar o AM em até 1 h após o nascimento diminui a mortalidade infantil em 22%, comparando com casos em que o início se dá apenas após 3 dias (BAHL *et al.* 2005). Além disso, está indicada a amamentação exclusiva (somente com LM) ao menos nos primeiros 6 meses de vida da criança e que o AM seja continuado, de forma mista, até cerca de 2 anos de idade, para que possa obter seu efeito completo. Esse esquema favorece o estabelecimento de um bom desenvolvimento físico, neurológico e motor para a criança (VICTORA *et al.*, 2016; VITOR *et al.*, 2010).

2.1.6.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Desde 1988, com a Constituição Federal e, posteriormente, em 1990, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Brasil vem buscando promover e cumprir os direitos e a proteção integral da criança. Aos poucos, com a constante busca por evolução, empecilhos de longa data vão ficando para trás: houve importante diminuição nas taxas de mortalidade infantil e na infância (abaixo de 1 ano e abaixo de 5 anos, respectivamente), bem como controle da morbimortalidade, intensa diminuição da desnutrição e melhores índices de AM (BRASIL, 2018). No entanto, nem todos os aspectos apresentam uma mudança linear, e ainda muitos aprimoramentos são necessários para se estabelecer um padrão ideal (BRASIL, 2022). Ainda, o crescimento nas taxas de parto cesáreo e nascimentos pré-termo (antes das 37 semanas de gestação), juntamente com o aumento da prevalência de obesidade na infância, de óbitos evitáveis e de doenças por condições sanitárias precárias, demonstram a extensa gama de fatores que impactam negativamente a vida e o desenvolvimento das crianças. Apesar dos avanços na saúde infantil e nos investimentos para políticas públicas centradas na saúde da criança, mostra-se notável a importância de alavancar os esforços e promovê-los a grupos ainda desassistidos - como crianças com deficiências e condições raras, indígenas, quilombolas e ribeirinhas - a fim de corroborar o cumprimento de metas, como aquelas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 e pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2018).

Sendo assim, considerando as lacunas existentes para a garantia de direitos e tendo em vista que o incentivo ao AM na promoção da saúde tanto da mãe como da criança é uma das principais ações da Atenção Primária (STEPHAN; CAVADA; VILELA, 2012), fez-se necessária a criação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Essa política foi instituída em 2015 pela portaria GM/MS n.º 1.130 e esteve fundamentada no conhecimento de especialistas com o objetivo de transpor as complexas barreiras existentes e nortear gestores em saúde. A PNAISC foi formulada considerando as ações de aleitamento materno desenvolvidas no país ao longo dos anos e as evidências científicas sobre seu impacto na redução da morbimortalidade infantil, no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e na idade adulta (BRASIL, 2022).

Essa política está organizada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos e visa, sobretudo, promover e proteger a saúde da criança e o AM, usufruindo de atenção e cuidados integrais e integrados desde a gestação até os nove anos de vida, mas principalmente na primeira infância e em populações mais vulneráveis (BRASIL, 2018). Os princípios orientadores da PNAISC pretendem a garantia do direito à vida e à saúde, à prioridade absoluta da criança, ao

acesso universal à saúde, à equidade em saúde, ao cuidado integral, ao ambiente facilitador à vida, à atenção humanizada e à gestão participativa. Os sete eixos estratégicos componentes da PNAISC buscam orientar gestores e profissionais a respeito das ações e serviços de saúde voltados para a criança para, articulando forças e recursos, assegurar os direitos propostos. O objetivo, portanto, é estabelecer medidas que possibilitem a atenção integral e desenvolvimento pleno, saudável e harmonioso da criança, bem como a redução de vulnerabilidades e fatores de risco que contribuem para a ocorrência de doenças e de morte prematura de crianças. Entre os sete eixos citados, os que melhor dizem respeito à questão do AM são os de número II e VII, determinados a seguir:

- Eixo estratégico II: AM e complementação saudável, com promoção, proteção e apoio iniciados na gestação, observando os benefícios da amamentação para a díade mãe-filho, a família e a sociedade em geral; Ações envolvidas: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e mobilização social em aleitamento materno;
- Eixo estratégico VII: Monitorar e prevenir óbitos infantis, fetais e maternos, a fim de identificar e impedir causas de morte evitáveis (BRASIL, 2022).

Por fim, uma revisão sistemática demonstrou que o Brasil já possui os meios necessários para ampliar os índices de AM. São eles: a disposição política, a legislação e as medidas existentes, o financeiro, o treinamento e capacitação de profissionais e gestores, as ações de promoção ao AM, entre outros fatores. Desse modo, o bom êxito no âmbito de AM corresponde a uma responsabilidade de toda a sociedade, e não somente da mulher/mãe (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2012).

2.1.6.4 Epidemiologia do Aleitamento Materno Exclusivo

Considerando uma perspectiva global, um estudo analisando países de alta, média e baixa renda encontrou que a prevalência de AME não chegou a 50% em nenhum dos países observados, sendo as maiores taxas pertencentes à países de baixa renda. No geral, a maioria dos indicadores do AM diminuía ao passo que aumentava a riqueza nacional. A África – principalmente sua parte leste e sul – foi o continente com maior taxa de AME no estudo,

superando a América Latina e o leste e centro da Europa. Também países do sul da Ásia apresentaram altos níveis de AM. Ainda, em países de renda baixa e média, cerca de 63% das crianças abaixo dos 6 meses não recebiam AME, de acordo com suas pesquisas nacionais. Os maiores índices encontrados nessa pesquisa foram de 85% em Ruanda e 76% no Sri Lanka e o estudo mostrou que aumentar os níveis de AME deveria ser uma prioridade comum, tendo em vista seu impacto positivo já consolidado (VICTORA *et al.*, 2016).

Delimitando a perspectiva a nível de Brasil, uma pesquisa baseada em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) obtidos em 2013 revelou que os indicadores de AME no Brasil tendem a crescer com um ritmo estável. A prevalência do AME entre crianças com menos de seis meses cresceu de 2,9% para 37,1% no período entre 1986 e 2006, com acréscimo em torno de 1,7 pontos percentuais a cada ano, mas esse aumento tende a decair conforme a progressão da idade. Essa informação classificou o Brasil como exitoso no contexto de instituição de políticas e programas incentivadores do AM, existentes em três diferentes níveis de intervenção: individual (abrangendo o binômio mãe-filho), local (envolvendo serviços de saúde, comunidade e local de trabalho) e estrutural (aspectos socioculturais) (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013; ROLLINS *et al.*, 2016). Contudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica as taxas de AME em ruim (0 - 11%), razoável (12 - 49%), boa (50 - 89%) e muito boa (90 - 100%), portanto, de acordo com essa agência, o Brasil estava em uma situação apenas razoável (BOCCOLINI *et al.*, 2017). Outro estudo, realizado alguns anos depois, demonstrou que a prevalência do AME nos menores de 6 meses foi de 41% ao avaliar as capitais do país e o DF. Ao analisar as macrorregiões, novamente a região Norte possuía a maior taxa (45,9%) e a Nordeste a menor (37,0%). As demais regiões apresentaram taxas intermediárias, sendo elas: Centro-Oeste 45,0%; Sul 43,9%; Sudeste 39,4%. Delimitando a análise para as capitais, o maior índice, de 56,1%, foi apresentado por Belém. Já o menor, de 27,1%, pertenceu à Cuiabá. Tendo em vista os parâmetros da OMS, as taxas de 23 das capitais analisadas estavam classificadas como “razoável”, enquanto apenas 4 – as de Belém, Campo Grande, DF e Florianópolis – foram classificadas como “boa” (VENANCIO *et al.*, 2010).

Nesse sentido, apesar da tendência crescente dos indicadores, ainda existiam grandes obstáculos a serem superados para alavancar a velocidade de crescimento e conquistar os níveis almejados (VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013). Posteriormente, uma pesquisa que utilizou dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 2017, constatou que o índice de AME no país correspondia a 56,6%, sendo o Estado de Minas Gerais aquele com mais registros e de prevalência mais precisa, com percentual de 54,2% e o Estado de Alagoas aquele com menor taxa, configurando 40,2%. Avaliando por macrorregiões, o Norte

obteve a mais alta frequência de AME (68,6%) e o Nordeste, a mais baixa (45,9%), correspondendo à única região com taxa menor do que a orientada pela OMS. Ademais, todos os estados da região Sul apresentaram valores dentro do recomendado (PEREIRA; FREIRE; GONÇALVES, 2021). Ainda, em uma revisão sistemática realizada com mulheres na cidade de Juíz de Fora, em Minas Gerais, encontrou-se que somente 6,2% delas fizeram AME com seus filhos (MARTINS *et al.*, 2019). No entanto, em um outro estudo, realizado em uma cidade no estado de São Paulo, cerca de três quartos das mulheres incluídas alegaram ter feito AME, superando os níveis nacionais (SANTOS *et al.*, 2020).

Limitando a observação dos índices para o estado do Rio Grande do Sul, um estudo compreendendo as cidades de Porto Alegre, Canoas, São Leopoldo, Caxias do Sul e Flores da Cunha, indicou que 60% das crianças da região serrana receberam LM exclusivamente até os 6 meses de idade. Na região metropolitana, todavia, constatou-se que apenas 30% apresentaram essa característica (VITOR *et al.*, 2010). Em Bento Gonçalves, também da região serrana, a taxa apresentada foi de 55,1% (BECHE; HALPERN; STEIN, 2009). Na capital do Estado, Porto Alegre, dados obtidos durante a campanha nacional de imunização de 2008 demonstraram uma prevalência de AME de 41% (CAMPAGNOLO *et al.*, 2012).

Os níveis de AM no Brasil, embora constantemente em crescimento, continuam abaixo de seu potencial. É necessário verificar os desafios que ainda existem e os fatores a eles relacionados, que acabam por impedir um estabelecimento satisfatório do AME. Isto posto, é importante que se busque informações mais amplas que considerem fatores comportamentais, percepções de mundo dos envolvidos, dados sobre ações efetivadas e bem-sucedidas na Atenção Primária, visão dos pacientes a respeito das condutas e orientações dos profissionais de saúde, segurança das mães ao decorrer da gravidez e amamentação, ambas constituintes do ciclo reprodutivo. Todo esse conjunto ampliado de informações pode ser útil para a construção de análises mais abrangentes sobre os mecanismos envolvidos no estabelecimento suficiente do AME. Dessa maneira, será possível reforçar as ações já implementadas e propor novas intervenções voltadas diretamente aos problemas atuais e persistentes que impedem o melhor desempenho do AME. Assim, com as mudanças adequadas, objetivos mundiais podem ser alcançados e a qualidade de vida das crianças, melhorada (RINALDI; CONDE, 2019; PEREIRA; FREIRE; GONÇALVES, 2021).

2.1.6.5 Fatores relacionados ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo

O estabelecimento bem-sucedido do AM depende de muitas variáveis. Muitos estudos mostram que o sucesso do AM também está relacionado a fatores de diferentes naturezas,

envolvendo questões subjetivas, sensoriais e afetivas, sejam elas conscientes ou não (CRESTANI *et al.* 2012; CAPUCHO *et al.*, 2017). Uma pesquisa realizada em Juíz de Fora, no estado de Minas Gerais, demonstrou que o contexto social, cultural, demográfico e biológico pode impactar fortemente o estabelecimento e manutenção do AM (MARTINS *et al.*, 2019).

Os aspectos que podem impactar o início e a manutenção do AME são muitos, como por exemplo, para a mãe: a condição financeira, a escolaridade, o retorno ao mercado de trabalho, o propósito e a auto eficiência em amamentar; e, para a criança: o baixo peso ao nascer e a prematuridade, que pressupõe uma imaturidade metabólica e digestiva inclusive no que tange ao reflexo de pega e sucção, diminuindo o estímulo feito à mãe e podendo comprometer a produção de leite, uma vez que essa produção é também dependente de um processo de "oferta e procura". Dessa forma, quanto menos o bebê é amamentado, menos leite será produzido, sendo esta uma resposta fisiológica. Sendo assim, o nascimento antes do tempo ideal é responsável por prejudicar níveis de AME, embora nesses casos o AM seja fortemente recomendado como o primeiro regime de nutrição, a fim de proporcionar maior desenvolvimento dos sistemas afetados para que o organismo possa corresponder ao de bebês nascidos a termo (MONTEIRO *et al.*, 2020; LYONS *et al.*, 2020).

Muitos outros estudos, além dos fatores já citados, ainda sugerem a associação entre o AME e aspectos como idade da mãe, número de filhos, tipo de parto, orientações recebidas a respeito do AME e acesso à atenção primária à saúde (FOSU-BREFO; ARTHUR, 2015; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; DAMIÃO, 2018; PEREIRA; FREIRE; GONÇALVES, 2021).

No âmbito relacionado à renda, um estudo verificou que 70,4% das mulheres participantes que recebiam menos de três salários mínimos interromperam precocemente o AME. Entre as que tinham renda acima desse limite, 65,7% apresentaram o mesmo desfecho. Portanto, as taxas apresentadas foram semelhantes, apesar da disparidade no âmbito financeiro (VITOR *et al.*, 2010). No que tange à renda, quando inferior a um salário mínimo estava associada a uma menor prevalência de AME (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018) e o mesmo desfecho foi observado em outros estudos (MARTINS *et al.*, 2019). Entretanto, uma outra pesquisa demonstrou que o AM foi um dos poucos bons comportamentos de saúde constatados em países de baixa e média renda, estando menos prevalente em países mais ricos (VICTORA *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao grau de escolaridade, um estudo encontrou que 71,4% das participantes com nível universitário realizaram o AME por menos de seis meses e as taxas de AME feito pelo tempo adequado foram de 36,4% entre mulheres com o segundo grau. Ainda,

a maioria das mulheres com grau universitário ofereceram AM por tempo inferior em relação às demais escolaridades (VITOR *et al.*, 2010). Outra pesquisa constatou que a baixa escolaridade esteve associada à altos índices de interrupção precoce do AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Considerando esse resultado, pode-se supor que uma alta escolaridade da mãe sugere maior capacidade de compreender as orientações fornecidas durante o pré-natal, contribuindo para o êxito da amamentação (MARTINS *et al.*, 2011). No entanto, maior escolaridade também facilita a inserção da mulher no mercado de trabalho, podendo agir como fator de limitação ao AME, já que o retorno ao trabalho implica em barreiras à amamentação continuada (MARTINS *et al.*, 2019). Em decorrência disso, pode haver introdução precoce de alimentação complementar com leite artificial em mamadeira, por exemplo, situação que favorece o fenômeno de confusão de bico e a interrupção do AME por esse motivo (SANTOS *et al.*, 2020). Contudo, existem estudos que não encontraram associação entre nível de escolaridade materna e tempo de AM (MARTINS *et al.*, 2019).

Voltando a análise à existência de emprego da mãe, um estudo constatou que 69,2% das participantes caracterizadas como donas de casa ofertaram AME por menos tempo do que o indicado. Ainda, das que tinham emprego fora de casa, 34,8% realizaram AME conforme o recomendado (VITOR *et al.*, 2010). Outro estudo demonstrou que mães denominadas donas de casa apresentaram, inclusive, uma certa prevalência de amamentação mista. Nessa perspectiva, mesmo com a disponibilidade para o AME, por estarem em casa, muitas mães optaram por ofertar outros alimentos. Essa informação é útil para comprovar que o estabelecimento ou não do AME está atrelado a diversos fatores e não apenas à disponibilidade e presença materna (CRESTANI *et al.*, 2012). Ademais, uma outra pesquisa indicou que a prevalência do AME em crianças menores de seis meses foi duas vezes maior para mães donas de casa e ainda cerca de quatro vezes maior para aquelas em licença maternidade, quando comparada com mulheres que trabalhavam fora. Isso corrobora o pensamento de que separar a díade mãe-filho em decorrência do retorno ao emprego é fator de risco para desmame e introdução de alimentos complementares precocemente (CHUANG *et al.*, 2010; CAMPAGNOLO *et al.*, 2012). Portanto, mostra-se fundamental fornecer amparo legal às mães trabalhadoras, assegurando licença maternidade remunerada, creches, ambientes para ordenha no local de trabalho e flexibilização de horários, disponibilizando pausas para amamentação (CHUANG *et al.*, 2010). Dessa maneira, é essencial que se mantenham e aprimorem as ações que asseguram licença maternidade e paternidade, a fim de promover e proteger o AME até o tempo adequado (SANTOS *et al.*, 2020).

Tendo em vista a complementação do AM (aleitamento misto), também são muitos os fatores determinantes que orientam a escolha entre amamentar exclusivamente ou oferecer

fórmulas infantis. Esses fatores variam desde o apoio familiar, falta de bancos de leite, emprego, complicações durante a gestação e parto até questões fisiológicas (LYONS *et al.* 2020). Além disso, cabe considerar que famílias com alto nível socioeconômico costumam possuir maior nível de instrução, facilitando a melhor assimilação das recomendações e benefícios do AM. Por outro lado, essas famílias com melhor nível socioeconômico têm maiores condições de arcar com custos de substitutos do leite materno, chupetas e mamadeiras (MARTINS *et al.*, 2011).

Ainda, cabe ressaltar que a oferta de uma alimentação complementar não balanceada e composta por alimentos não saudáveis pode alterar o paladar da criança, esse pode ser um fator relacionado ao desmame precoce, uma vez que pode causar desinteresse do bebê pelo LM. Além disso, oferecer líquidos, como água, chás e sucos, de forma conjunta ao AM ainda antes dos seis meses – apesar de ser uma prática comum – também pode acarretar um menor consumo e produção de LM. Nesse contexto, o desmame precoce ocasiona um menor ganho de peso para a criança, um maior risco de diarreias, entre outros desfechos negativos (BRASIL, 2014). Ademais, sabendo que o tempo adequado para introdução de outros alimentos que não o leite materno é a partir dos seis meses de vida (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015), a adição de alimentos complementares antes desse tempo favorece contato com patógenos provenientes de alimentos mal manipulados ou de utensílios como mamadeiras. Além disso, existe risco de rejeição a proteínas não humanas ou alergia a compostos presentes em produtos alimentícios industrializados, sobretudo em decorrência da ingestão insuficiente de anticorpos (fornecidos pelo LM), bem como pela imaturidade digestiva da criança. Contudo, os prejuízos afetam não somente a criança, mas também a outra parte do binômio. A complementação realizada de maneira precoce ou inadequada pode acarretar à mãe ingurgitamento mamário, mastite, retorno precoce da fertilidade, disfunção no vínculo com o filho e consequências econômicas (SMITH; BECKER, 2016).

Outras características maternas como idade e número de filhos podem ser indícios da experiência com o AM e com seu estabelecimento suficiente, havendo associação entre mais filhos e altos índices de AME (GUSMÃO *et al.*, 2013). Em outro estudo, contudo, não houve significância estatística ao avaliar a idade materna e o tempo de AME (MARTINS *et al.*, 2019). Analisando a literatura, não ser o primeiro filho também constitui fator de aumento na frequência do AME, uma vez que mães primíparas podem sentir maior insegurança e falta de preparo no cuidado de seus primogênitos (CAMPAGNOLO *et al.*, 2012).

Ainda existem alguns fatores encontrados na literatura que influenciam a prevalência do AM que são o tipo de parto (cesáreo ou normal/vaginal) e a idade gestacional ao nascimento.

Nesse sentido, o parto cesáreo e o nascimento prematuro/pré-termo estão relacionados de forma negativa ao desfecho do AM (SANTOS *et al.*, 2019). Nos casos de parto cesáreo, é importante observar que, por se tratar de uma cirurgia, age como um evento traumático ao corpo, podendo interferir na capacidade das mães de nutrirem seus bebês com LM ainda nas primeiras horas após o parto, tendo em vista que todo o mecanismo empenhado pode alterar as respostas endócrinas maternas (MARTINS *et al.*, 2019). Por todos os fatores que envolvem o parto normal, constata-se que ele favorece o início do AM pouco tempo depois do nascimento. Dessa forma, também é suposto que ele seja capaz de promover a manutenção do AM de forma exclusiva até a idade recomendada, ao facilitar a implementação inicial (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Em relação ao tempo de nascimento, sabe-se que a criança nascida antes do tempo e com baixo peso apresenta inúmeras dificuldades no AM, tais como: imaturidade do sistema digestivo, sucção deficiente do LM no peito, maior probabilidade de internações longas e conseqüente prejuízo no vínculo entre mãe-filho, entre outros obstáculos. É importante ressaltar, ainda, que o início precoce do aleitamento, ainda nas primeiras horas após o nascimento, proporciona ao bebê melhora na saúde e crescimento apropriado (ESTEVES *et al.*, 2014). Em relação à gestação, pesquisas sugerem que uma baixa quantidade de consultas pré-natal configura fator de risco ao AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015), mas essa não é uma relação universalmente existente (MARTINS *et al.*, 2019).

Um fator bastante estudado é a exposição ao tabagismo. Um estudo constatou que a exposição da mãe ao tabaco durante a gestação, mesmo de forma passiva, esteve associada ao desmame precoce ou a um período menor de amamentação do que o recomendado pela OMS. As repercussões do tabagismo passivo durante a gravidez incluem mecanismos de redução dos níveis de prolactina e, portanto, menor oferta de leite materno, mudanças de aspecto gustativo e na composição do leite e tendência à interrupção precoce do AM. Mulheres expostas ao tabaco na gestação param de amamentar mais cedo do que as não fumantes/não expostas, além de apresentarem maior risco de complicações como mastite a partir do desmame (DO NASCIMENTO *et al.*, 2022). Em um estudo realizado no estado de São Paulo, 28,5% das mães que compunham a pesquisa relataram ter interrompido o AME antes do tempo previsto (6 meses) e entre os fatores que estiveram relacionados encontrou-se o uso de tabaco como propiciador da interrupção. O tabaco favorece complicações fetais durante a gravidez, elevando as chances de prematuridade, baixo peso ao nascer e anomalias congênitas. Ademais, também constitui um problema durante a amamentação, porque além da exposição à fumaça do cigarro, pode haver ingestão de nicotina pela criança, por meio do LM. Além disso, a exposição ao tabaco pode impactar o padrão de sono/vigília da criança e elevar o risco de doenças

respiratórias e quadros alérgicos, aumentando o número de internações hospitalares, que também contribuem para o desmame precoce (SANTOS *et al.*, 2020).

No mesmo estudo, a maioria das mães da amostra afirmou ter sido orientada sobre o AM no decorrer do pré-natal e no puerpério. Apenas 9,2% das que não fizeram AME referiram não ter recebido orientações. Sabe-se que quanto menores os níveis de AME, maior a chance de haver introdução de outros alimentos em um momento inadequado. Ainda, as características mais presentes entre as mães que relataram não ter feito AME até os 6 meses foram cor branca, com ensino médio, com companheiro, desempregada, de baixa renda e com mais de dois filhos (SANTOS *et al.*, 2020).

Apesar dos muitos fatores responsáveis por impactar negativamente o AME, muitas crianças nascidas no tempo adequado, na faixa de peso ideal e que não apresentaram complicações no nascimento também receberam aleitamento misto em algumas pesquisas. Desse modo, pode-se inferir que o tipo de aleitamento implementado depende não somente de condições biológicas da díade mãe-filho, mas também de diversos mecanismos como a experiência com a maternidade, os sentimentos presentes, o apoio familiar e social recebido pela mãe e outros. Nesse sentido, é de extrema importância que uma visão mais abrangente e cuidadosa seja estabelecida (CRESTANI *et al.*, 2012), além da realização de ações de incentivo ao AME, como a educação continuada em saúde e orientações dos profissionais às mães, para prevenir o desmame antes do recomendado. Nesse sentido, a Atenção Primária e a equipe que a compõe são responsáveis por estabelecer vínculo, confiança e acolhimento das gestantes/mães, a fim de monitorar e identificar empecilhos para a manutenção do AME, que podem variar desde condições socioeconômicas e escolaridade até questões de estilo de vida (SANTOS *et al.*, 2020).

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal descritivo e analítico. Ainda, é um recorte da pesquisa “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no período de agosto de 2023 a julho de 2024 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) São José, São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta e Parque Farroupilha, locais de atuação prática de discentes da Universidade Federal da Fronteira Sul,

campus Passo Fundo, que compõem a rede de assistência à saúde de Passo Fundo, município do norte gaúcho.

2.1.7.3 População e amostragem

A amostra que será utilizada nesse recorte será a mesma estimada para o projeto originário, cujos detalhes de seleção estão descritos a seguir: a população a ser estudada abrangerá mulheres que utilizam o Sistema único de Saúde na cidade de Passo Fundo - Rio Grande do Sul. Na constituição da amostra serão classificadas como elegíveis as usuárias que tenham filhos com até 2 anos de idade e que estejam sendo acompanhados em serviço de puericultura no território das unidades de saúde estabelecidas para o estudo, durante o período estipulado. Se houver mulheres com alguma deficiência cognitiva que seja fator de impedimento para o consentimento da participação na pesquisa, estas serão classificadas como inelegíveis. Para o cálculo de tamanho da amostra observou-se intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais (5%) e prevalência esperada do desfecho de 45%. De acordo com esses critérios, estimou-se a necessidade de um “n” de 246 mulheres, além de um acréscimo de 10% em razão da possibilidade de perdas e recusas, resultando assim, em uma amostra necessária de 271 participantes. A seleção de participantes ocorrerá de forma não probabilística, uma vez que todas as mulheres cadastradas e acompanhadas nas unidades de saúde designadas e que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar da pesquisa.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

A pesquisa de origem teve início em novembro de 2022, com a emissão do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo - RS, e da aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS). Assim, a estratégia de captação das usuárias elegíveis, junto a gestão das respectivas Unidades de Saúde, se deu através da obtenção da lista de mulheres cadastradas e em acompanhamento de puericultura. A partir disso, o objetivo é identificar os próximos atendimentos para que a equipe de pesquisadores possa otimizar o acesso às participantes para convite e realização do estudo. Posteriormente, depois do estabelecimento do primeiro contato com o contexto da pesquisa e, em caso de aceite de participação, são realizadas entrevistas presenciais, nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados, da qual a autora do presente estudo faz parte.

Ainda, caso haja o aceite, o estudo será realizado apenas após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE\TALE) pela participante. Para participantes com idade inferior a 18 anos, o estudo será realizado após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação da usuária e do Termo de Assentimento para menores alfabetizados. Todos os atos devem ocorrer de forma voluntária e a assinatura deve apresentar duas vias, das quais uma ficará com a participante (ou responsáveis) e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, será aplicado o instrumento por meio de entrevista face a face. O instrumento utilizado para coleta de dados será um questionário (ANEXO A) estruturado em blocos: (A) Identificação e características demográficas; (B) Hábitos de vida e presença de comorbidades; (C) Informações do pré-natal, parto e última gestação; (D) Saúde da mulher; (E) Saúde da Criança. Ademais, há um bloco contendo a Escala autoaplicada de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS). Para este recorte de pesquisa serão utilizadas variáveis pertencentes aos blocos A, B, C e E.

Para avaliação da variável dependente (aleitamento materno exclusivo) será criada uma variável dicotômica no banco de dados, a partir da análise de 26 perguntas obtidas no bloco E do instrumento de coleta de dados a fim de obter as informações necessárias para determinar o período durante o qual ocorreu o aleitamento materno exclusivo. As perguntas usadas serão: “Qual idade ATUAL do seu bebê?”, com respostas considerando meses e dias e com bebês menores de 6 meses sendo desclassificados; “O bebê atualmente mama no peito?”, com os seguintes desdobramentos (a) “*SE NÃO*, o bebê, em algum momento mamou no peito?”, em caso de resposta negativa, a criança será desconsiderada da análise; (b) “*SE NÃO MAMOU*: Por que não mamou?”; (c) “*SE SIM*, Até que idade mamou no peito?”, em caso de período abaixo de 6 meses, o participante será desclassificado. Em seguida, serão avaliadas as perguntas “O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin?” e “*SE SIM*, Com que idade ele começou a tomar fórmula?”, se iniciou antes dos 6 meses, não compõe desfecho positivo. As próximas 19 perguntas a serem avaliadas são opções do questionamento “Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?”, portanto, dizem respeito à ingestão de outros alimentos/líquidos que não o leite materno e a respectiva idade de início do consumo. Sendo assim, em caso de alguma opção positiva antes dos 6 meses, configura desfecho negativo. As opções listadas são: água, leite em pó, leite de vaca, chá, suco, refrigerantes, papa de frutas, papa salgada, caldos, sopa, iogurte, bolacha, pão, ovo, carne, massa, legumes, arroz e outro (no caso de algum elemento não presente na lista). Desta forma, a equipe da pesquisa

classificará o binômio mãe-filho de duas maneiras: “realizou aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses” e “ não realizou”.

Ainda, as variáveis independentes em relação à parte materna do binômio mãe-filho analisadas neste recorte de pesquisa serão: idade, cor, escolaridade, trabalho, número de filhos e tabagismo; no que diz respeito às variáveis relativas à criança: se houve amamentação na primeira hora de vida, peso ao nascer e se o bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu; e aspectos gestacionais: se a gestação foi planejada, se ocorreu acompanhamento pré-natal e se houve recebimento de informações sobre o aleitamento materno.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados coletados serão duplamente digitados em um banco de dados elaborado no programa Epidata, versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística descritiva da prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) com intervalo de confiança de 95% será feita através do programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre), levando em consideração o número de crianças que tiveram AME em relação ao número total de crianças da amostra. Em se tratando das variáveis numéricas restantes, serão aferidas as medidas de posição - média e mediana - e de dispersão - desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil. Já para as variáveis categóricas serão executadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para avaliar a relação entre a variável dependente (aleitamento materno exclusivo) e as variáveis independentes (características demográficas, comportamentais e epidemiológicas) será utilizado o teste de Qui-quadrado, com significância estatística de 5%.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto guarda-chuva denominado “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, segundo parecer de número: 5.761.013 (ANEXO B).

2.1.8 Recursos

Os recursos financeiros utilizados para a execução do projeto estão dispostos no Quadro 1 a seguir, sendo a equipe de pesquisadores responsável por todos os custos.

Quadro 1 – Orçamento

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
------	---------	------------	----------------	-------------

Canetas	Caixa de caneta	1	R\$12,00	R\$12,00
Impressões	Impressão	400	R\$0,25	R\$100,00
Vale-transporte	Vale-transporte	100	R\$5,50	R\$550,00
Pastas	Pasta	1	R\$5,00	R\$5,00
Pranchetas	Prancheta	1	R\$15,00	R\$15,00
Total				R\$682,00

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

2.1.9 Cronograma

Revisão de literatura: 14/08/2023 a 31/07/2024.

Coleta de dados: 14/08/2023 a 31/12/2023.

Processamento e análise de dados: 02/01/2024 a 31/03/2024.

Redação e divulgação dos resultados: 01/04/2024 a 31/07/2024.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. DE S.; OLIVEIRA, M. I. C. DE; RITO, R. V. V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1077–1088, abr. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018234.10752016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3FSQTRcvwrTWCzsvd6FXbHk/#>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- ARORA, Samir *et al.* Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. **Pediatrics**, v. 106, n. 5, p. e67–e67, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.106.5.e67>. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/106/5/e67/63200/Major-Factors-Influencing-Breastfeeding-Rates?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 6 abr. 2023.
- BAHL, R. *et al.* Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 6, p. 418–426, 1 jun. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15976892/>. Acesso em: 7 mai. 2023.
- BECHE, N.; HALPERN, R.; STEIN, A. T. Prevalência do aleitamento materno exclusivo em um município serrano do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. AMRIGS**, p. 345–353, 2009. ID: lil-566936. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-566936>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. DE; OLIVEIRA, M. I. C. DE. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005971. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26759970/>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 108, 17 nov. 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000029. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jjBjBwy3Rm6sJfZBfNgRQqD/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 21 abr. 2023.
- BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Guia alimentar para a população brasileira**. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica Brasília; 2. ed.; 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 16 abr. 2023.
- BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança**. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdeda-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2023.
- BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a->

z/s/saude-da-crianca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc. Acesso em: 15 mai. 2023.

CAMPAGNOLO, P. D. B. *et al.* Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, v. 25, p. 431–439, 1 ago. 2012. DOI: 10.1590/S1415-52732012000400001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/H9prwNTmf5kFgsq7V9x6sFd/?lang=pt&stop=previous&format=html>. Acesso em: 29 mai. 2023.

CAPUCHO, L. B. *et al.* Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, n. 1, p. 108–113, 9 out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/17725>. Acesso em: 30 abr. 2023.

CARVER, Jane D. Advances in nutritional modifications of infant formulas,,,. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 77, n. 6, p. 1550S1554S, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/77.6.1550S>. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/77/6/1550S/4689888>. Acesso em: 6 abr. 2023.

CHUANG, C. H. *et al.* Maternal return to work and breastfeeding: A population-based cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 4, p. 461–474, 1 abr. 2010. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19819449/>. Acesso em: 11 mai. 2023.

CRESTANI, A. H. *et al.* Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 24, p. 205–210, 2012. DOI: 10.1590/s2179-64912012000300004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23128167/>. Acesso em: 12 abr. 2023.

DAMIÃO, J. DE J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol**, p. 442–452, 2008. ID: lil-493100. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-493100>. Acesso em: 30 mai. 2023.

DO NASCIMENTO, J. W. A. *et al.* Exposição ao tabagismo passivo na gestação e suas consequências na amamentação: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e35111225626, 27 jan. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25626>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25626/22624>. Acesso em: 20 jun. 2023.

FOSU-BREFO, R.; ARTHUR, E. Effect of timely initiation of breastfeeding on child health in Ghana. **Health Economics Review**, v. 5, n. 1, 20 mar. 2015. DOI: 10.1186/s13561-015-0044-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25853006/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GUSMÃO, A. M. DE *et al.* Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3357–3368, nov. 2013. DOI:

10.1590/S1413-81232013001100025. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/tcLWppCwdpyR3BVxZSBxMwQ/#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

HAISMA, H. *et al.* Breast milk and energy intake in exclusively, predominantly, and partially breast-fed infants. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 57, n. 12, p. 1633–1642, 1 dez. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601735>. Disponível em:
<https://www.nature.com/articles/1601735>. Acesso em: 1 mai. 2023.

HANSON, L. Å. Session 1: Feeding and infant development Breast-feeding and immune function. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 66, n. 3, p. 384–396, 16 jul. 2007. DOI: 10.1017/S0029665107005654. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17637091/>. Acesso em: 14 mai. 2023.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. 467, p. 30–37, 4 nov. 2015. DOI: 10.1111/apa.13133. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26192560/>. Acesso em: 21 mai. 2023.

KLIEGMAN, Robert M; MARCDANTE, Karen J; SCHUH, Abigail M. **Nelson essentials of pediatrics**. 9. ed. Philadelphia, Pa: Elsevier, 2022.

LYONS, K. E. *et al.* Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. **Nutrients**, v. 12, n. 4, p. 1039, 9 abr. 2020. DOI: 10.3390/nu12041039. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231147/>. Acesso em: 16 abr. 2023.

Leite materno: índices de amamentação crescem no Brasil. **Casa Civil**. Disponível em:
<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/leite-materno-indices-de-amamentacao-crescem-no-brasil>. Acesso em: 7 abr. 2023.

MARTIN, Camilia R; LING, Pei-Ra; BLACKBURN, George L. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. **Nutrients**, v. 8, n. 5, p. 279–279, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu8050279>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/8/5/279>. Acesso em: 5 abr. 2023.

MARTINS, C. DA C. *et al.* Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Rev. baiana saúde pública**, 2011. ID: lil-602445. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-602445#:~:text=%C3%89%20consensual%20a%20recomenda%C3%A7%C3%A3o%20de%20aleitamento%20materno%20exclusivo,diversas%20caracter%C3%ADsticas%20maternas%20e%20de%20assist%C3%A2ncia%20ao%20parto>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MARTINS, T. C. *et al.* FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E TOTAL EM CRECHES MUNICIPAIS DE JUIZ DE FORA-MG, BRASIL. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, p. e43583, 26 nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.43583>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43583>. Acesso em: 12 jun. 2023.

- MENDES, F. H. S. *et al.* Fatores associados a manutenção e interrupção do aleitamento materno exclusivo: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, p. e2913244962–e2913244962, 9 fev. 2024. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44962>>. Acesso em: 9 mai. 2023.
- MONTEIRO, J. R. S. *et al.* FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROS. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 1, p. 50–65, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/643>. Acesso em: 27 mai. 2023.
- NUZZI, Giulia *et al.* Breast milk: more than just nutrition! **Minerva pediatrics**, v. 73, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23736/s2724-5276.21.06223-x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33880902/#:~:text=Compared%20with%20formula%20feeding%2C%20breastfeeding,inflammatory%2C%20respiratory%20and%20allergic%20disease.> Acesso em: 6 abr. 2023.
- PANNARAJ, Pia S *et al.* Association Between Breast Milk Bacterial Communities and Establishment and Development of the Infant Gut Microbiome. **JAMA Pediatrics**, v. 171, n. 7, p. 647–647, 2017. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.0378. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2625334>. Acesso em: 12 abr. 2023.
- PEREIRA, T. *et al.* Exclusive breastfeeding and underweight in children under six months old monitored in primary health care in Brazil, 2017. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2021. DOI: 10.1590/1984-0462/2021/39/2019293. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/FRNbgRqqNQPQSRHVyQcSjNp/?lang=en#>. Acesso em: 26 jun. 2023.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: the “Breastfeeding Gear” Model. **Advances in Nutrition**, v. 3, n. 6, p. 790–800, 1 nov. 2012. DOI: 10.3945/an.112.002873. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2161831322010730?via%3Dihub>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- RESTREPO-NIETO, N. *et al.* A strategy to improve exclusive breastfeeding through prenatal and postnatal information and communication: A quase-experimental randomized study. **Universidad y Salud**. Nov. 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/375889970_A_strategy_to_improve_exclusive_breastfeeding_through_prenatal_and_postnatal_information_and_communication_A_quasi-experimental_randomized_study>. Acesso em: 6 mai. 2023.
- RINALDI, A. E. M.; CONDE, W. L. A influência das informações da Pesquisa Nacional de Saúde sobre a estimativa atual e a trajetória do aleitamento materno exclusivo no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00190118. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/dW4PPXhNg5nGmm6bGrn8Pcq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ROLLINS, N. C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491–504, jan. 2016. DOI: 10.106/S0140-6736(15)01044-2. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext). Acesso em: 12 jun. 2023.

SANTOS, E. M. DOS. Avaliação do aleitamento materno em crianças até 2 anos assistidas na atenção básica do Recife-PE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n.3, mar. 2019. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-do-aleitamento-materno-em-criancas-ate-2-anos-assistidas-na-atencao-basica-dorecifepe/16351?id=16351&id=16351&id=16351#:~:text=Resumo%3A%20Objetivo%3A%20O%20presente%20estudo%20teve%20por%20objetivo>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, N. C. DOS *et al.* Motivos associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade em lactentes acompanhados em Estratégias de Saúde da Família da cidade de Registro, São Paulo. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 10, n. 4, p. 62–70, 6 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i4.987>. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/987/613. Acesso em: 15 jun. 2023.

SHOJI, Hiromichi; SHIMIZU, Toshiaki. Effect of human breast milk on biological metabolism in infants. **Pediatrics International**, v. 61, n. 1, p. 6–15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.13693>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ped.13693>. Acesso em: 5 abr. 2023.

SHITIE, A.; TILAHUN, A.; OLIJIRA, L. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers of infants age 6 to 12 months in Somali region of Ethiopia. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22051-0>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-22051-0>. Acesso em: 1 maio 2023.

SILVA, A. P. DA; SOUZA, N. DE. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 3, p. 301–310, jun. 2005. DOI: 10.1590/S1415-52732005000300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/jswXDrFsWvVnxRjyfYTGh8t/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 9 jun. 2023.

SILVA, J. L. P. DA *et al.* FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018004190017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ycDnYSdRWvx8QzWyGXYPpf/>. Acesso em: 2 jun. 2023.

SILVA, M. A. *et al.* Relação entre os tipos de aleitamento materno e o consumo de vitamina A e ferro em crianças de 6 a 12 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4009–4018, 1 nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qtC6NbFpmKhDdXBXHztV79ts/#>. Acesso em: 21 abr. 2023.

SMITH, H. A.; BECKER, G. E. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 30 ago. 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD006462.pub4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27574798/>. Acesso em: 2 jun. 2023.

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**, v. 21, n. 3, p. 431–438, set. 2012. DOI: **10.5123/S1679-49742012000300008**. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000300008&script=sci_arttext. Acesso em: 22 mai. 2023.

VENANCIO, S. I. *et al.* A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, v. 86, p. 317-324, 2 agos 2010. DOI: 10.1590/S0021-75572010000400012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279746715_A_pratica_do_aleitamento_materno_na_s_capitais_brasileiras_e_Distrito_Federal_situacao_atual_e_avancos. Acesso em: 16 mai. 2023.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**, v. 9, n. 1, p. 40–46, fev. 2006. DOI: 10.1079/phn2005760. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16480532/>. Acesso em: 23 mai. 2023.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1205–1208, 1 dez. 2013. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004676. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pVH98rRQWZ8mTbWR5vsJWyF/#>. Acesso em: 12 mai. 2023.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>. Acesso em: 4 mai. 2023.

VITOR, R. S. *et al.* Aleitamento materno exclusivo: análise desta prática na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 1, p. 44–48, 2010. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180411194433id_/http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/12-475_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

WHO. **Global nutrition targets 2025: policy brief series**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.2>. Acesso em: 22 abr. 2023.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO VIA ENTREVISTA

 UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS CURSO DE MEDICINA		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. Pesquisadora responsável: Shana Ginar da Silva – shana.silva@uufs.edu.br		
0.a	ID do questionário	NQUES _____
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	Nº do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista: ____/____/____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL ____
BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1.	Qual o seu nome completo? _____	
2.	Qual é a sua idade? _____ ANOS COMPLETOS	IDA __
3.	Você tem telefone para contato? TEL (_) _____ - _____ <i>SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É</i>	TEL (_) _____ - _____
4.	Você poderia me informar o seu endereço? <i>ANOTAR COMPLETO (RUA, Nº, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)</i>	
5.	Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR __
6.	Qual seu estado civil? (1) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV __
6a	<i>SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO:</i> O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho? (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL_
6b	<i>SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO:</i> Você tem contato com o pai da criança? (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI_
7.	Qual a sua escolaridade? (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC ____
8.	Você trabalha atualmente? (1) Sim <i>SE SIM, trabalha com o que? _____</i> (2) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB ____ ATIVIDADE _____
9.	Quantas pessoas moram no seu domicílio? _____ <i>INCLUIR A PARTICIPANTE</i>	NDOM ____
10.	Qual sua renda familiar total (em reais R\$)? <i>CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA</i>	REND _____
11.	Quantos filhos(as) você tem? ____	FIL ____
12.	Quantas gestações você já teve além da última? ____ <i>SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00</i>	GESTA ____

13.	Você já sofreu abortos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT ____
13a	<i>SE SIM, quantos foram?</i>	NABORT__
14.	A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer? (1) Sim (2) Não	PLA ____
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES		
15.	Você atualmente é fumante? (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei.	FUMA ____
15a	Na sua última gestação você fumou? (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGEST_
16.	Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (2) Não	BEBE ____
16a	Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST_
17.	Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim. (2) Não	AF__
17a	<i>SE SIM, quantas vezes por semana? ____ EM DIAS</i>	AFVEZ_
17b	<i>SE SIM, Quanto tempo por dia? ____ EM MINUTOS</i>	AFTEMP ___
17c	<i>SE SIM, Qual tipo de atividade física você faz atualmente? _____</i>	TIPOAF_
Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....		
18.	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da última gravidez? (1) Sim (2) Não	AFANTES_
18a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	TIPOAFANTES__
18b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AFANTESV_
18c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AFANTEST_
19	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS PRIMEIROS MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF1TRI_
19a	<i>SE SIM, Qual(is)?</i>	TIPOAF1TRI__
19b	<i>SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes</i>	AF1TRIV_
19c	<i>SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos</i>	AF1TRITEMP_
20	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular <u>DOS 4 AOS 6 MESES</u> da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF2TRI_

20a	SE SIM, Qual(is)?	TIPOAF3TRI ___
20b	SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes	AF2TRIV_
20c	SE SIM, Quanto tempo em cada vez? _____ minutos	AF2TRITEMP_
21	Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS 7 MESES ATÉ O FINAL da gravidez? (1) Sim (2) Não	AF3TRIM_
21a	SE SIM, Qual(is)? _____	TIPOAF3TRI ___
21b	SE SIM, Quantas vezes por semana? _____ vezes	AF3TRIV_
21c	SE SIM, tempo em cada vez? _____ minutos	AF3TRITEMP_
22	Quem disse como a Sra. deveria se exercitar durante a gestação? (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (6) Outro: _____ (7) Não fez exercício na gravidez	AFACONS_ AFOUTRO ___
Agora vamos falar de algumas comorbidades...		
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:		
23	Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE_ DM_
24	Diabetes (<i>não considerar diabetes gestacional</i>) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS_
25	Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES_
26	Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI_
27	Triglicérido alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI_
28	Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE_
29	Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE_
30	Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV_
31	HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER_
32	Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	LCAN_ _
32a	SE SIM, em que local do corpo?	
33	ATUALMENTE, você utiliza algum método contraceptivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe informar	MET_
33a	SE SIM, Qual método contraceptivo você usa? (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro. Se outro qual? _____	TIPOMET_ OUTROMET_
34	Qual seu peso atual (em kg)? ____ , ____ (9) não sabe/não lembra	PESO_ _ _ , _ _
35	Qual a sua altura (em cm)? ____ (9) não sabe/não lembra	ALT_ _ _ _

BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO		
36	Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? __	IDADULTFIL_
36a	Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez? __ SEMANAS (9) Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36b	Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez? <i>AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE</i>	REATGEST_
37	Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT__
38	SE SIM, Quantas consultas de pré-natal você fez? _____ (9) Não sabe/não lembra	PRECONS__
39	Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal? (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal. (5) Não sabe/não lembra	PRETRI__
40	Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal? (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (5) Não realizei pré-natal (4) Outro _____	SERVPRE_
41	Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP__
42	Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA_____
43	Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE__
44	Durante pré-natal, realizaram coleta de urina? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA_____
45	Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL__
46	Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar? (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO_____
47	Você foi orientada a elaborar um plano de parto? (1) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP_____
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	Qual foi a data do parto? / /	DATAPART_
49	Qual a idade atual do seu filho(a)? ano meses	IDADEFIL_
50	Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento? _____ semanas	IG_____
51	Qual foi o tipo de gestação? (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_
Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?		
52	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não	DMG_____
52a	Já tinha diabetes ANTES da gestação? (1) Sim (2) Não	DMANTES_
53	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	HASG_____
53a	Já tinha pressão alta ANTES de engravidar? (1) Sim (2) Não	PANTESG_
54	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	PRECLAMP_____
55	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_
56	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	SH_____
57	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	ITU_____
58	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	

59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	IST_
60	Outro: _____ Se sim, qual?	OUTRAMORB_
61	Qual foi seu peso <u>AO FINAL</u> gestação? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOFINAL_
62	Qual era o seu peso <u>ANTES</u> de engravidar? _____ (9) Não sei/não lembro	PESOANTES_
63	Qual foi seu tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIPOPART_
64	<i>EM CASO DE CESÁREA, Quando foi decidido que o parto seria cesárea?</i> (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto (4) Não sei/Não lembro	DECICES_
65	<i>EM CASO DE CESÁREA, Qual foi o motivo para fazer cesárea?</i> (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES_
66	Qual foi o local do parto? (1) Hospital Público/SUS (2) Hospital Privado (3) Hospital via Convênio (4) Domiciliar	LOCPARTO_
67	Qual foi a sua satisfação com o parto? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Muito bom	SATISFPART_
67a	<i>SE MUITO RUIM/RUIM, qual foi o principal motivo?</i>	MSATISFPAR_
68	Você <u>utilizava</u> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CONTPREGES_
68a	<i>SE SIM, Qual método você utilizava quando engravidou?</i> (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro: _____	METPREGEST_ METPREGESO_
68b	<i>SE NÃO, Qual o motivo de não usar método contraceptivo?</i> (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: _____	MOTNAOMET_ OMOTNAOMET_

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto?	
69	Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP_
70	Escolher a posição do parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPOSPART__
71	Ter uma doula? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOULA_
72	Receber auxílio para dor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOR_
73	Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPELOS_
74	Ter um plano de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPLANPART_
75	Negar a realização do corte na vagina? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VEPISIO_
76	Você sabe o que é/ já ouviu falar em violência obstétrica? (1) Sim (2) Não	VSABEVO_____
76a	<i>SE SIM, O que você entende por violência obstétrica?</i>	EVO_____
77	Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO_____
77a	<i>SE SIM, Você sabia o que fazer diante da violência sofrida?</i> (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	<i>SE SIM, Quais as providências você tomou?</i>	VPROVID_
77c	<i>SE NÃO, Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?</i>	VSABERIA_
78	Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	VNASCULT_____
CASO O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO: → <i>SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94</i>		
79	Qual foi sua a posição do parto ? (1) Deitada (com as pernas afastadas) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra:	VPOSIPART_ OVPOSIPART__
80	Você escolheu a posição do seu parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIPA_
81	<i>SE NÃO, Quem escolheu sua posição de parto?</i> (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____ (5) Não sei/não lembro	VQUEMPOSI_ OVQUEMPOSI_
82	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe? (1) Sim (2) Não	VSUBIBAR_
83	Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_

83a	<i>SE SIM, Você foi informada que esse corte seria feito?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCORT_
83b	<i>SE SIM, Foi feita anestesia para a realização do corte?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTCORT_
84	Durante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSAIR_
85	A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto? (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITADOR_
85a	<i>SE SIM, Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor?</i> (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	<i>SE SIM, depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATEND_
	Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor?	
86	Bola (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBOLA_
87	Massagem (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG_
88	Banquinho (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBANCO_
89	Outro:	OUTRO_
90	Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento? (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMENT_
90a	<i>SE SIM, você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido?</i> (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATEND_
91	Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	<i>SE SIM, O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde?</i> (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROFDIF_
93	Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	Alguém familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto? (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Não, não era permitido em virtude da covid19 (5) Outro: _____	VACOMP_ OUTVACOMP_
	Sobre cuidados <u>ANTES</u> do parto:	
95	Foi feita lavagem intestinal? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VLAVINT_
96	Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos? (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra	VRASPEL_
97	Alguém profissional rompeu sua bolsa? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	ROMPB_
98	Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV_
99	Alguém profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM_
100	Alguém profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREND_
101	Alguém profissional debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA_

102	Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ_____
103	Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele? (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (4) Outro: _____ (5) Não sabe/não lembra	VPELEBEB_____ VPELEBBO_____
104	Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS_____
105	Você teve COVID-19 durante a gestação? (1) Sim (2) Não	COVIDGEST_
106	SE SIM, teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?	COMPLCOV_
BLOCO D - SAÚDE DA MULHER		
107	Qual foi a idade da sua menarca (primeira menstruação)? __ ANOS (9) Não sabe/não lembra	IDADMENARC_
108	Qual a idade da sexarca (idade da primeira relação sexual)? __ ANOS (9) Não sabe/não lembra	IDADSEX_
110	Durante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL_
111	SE SIM, Quem conversou com você sobre esses assuntos? (1) Família. Qual membro? _____ (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro: _____	QUEMSEXUAL_ FAMSEX_____ OUTROSEX_____
112	Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSAUDE_
113	Como você considera a qualidade do seu sono? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSONO_
114	Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPAPA_
114a	SE SIM, nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES_
114b	SE SIM, de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?	FORMAPAPA_
114c	SE NÃO, por que você não fez o exame ginecológico preventivo?	MOTNAOPAPA_
115	Atualmente, você está grávida? (1) Sim (2) Não	GRAVIDA_____
115a	SE SIM, de quantas semanas? __ SEMANAS	G2SEM_____
116	Você já participou de algum programa de planejamento familiar? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PARTPLAN_
117	Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos (Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONMETPRO_
118	Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	SATISFMET_
118a	SE NÃO, porquê não está satisfeita?	INSAMET_

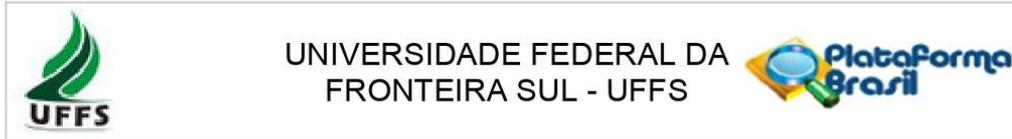
119	Você considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar? (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente.	ACESSUSMET_
120	Algun profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's? (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSIST_
121	Algun profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde? Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico. (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	ACONSCUID_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental....		
122	Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico? (1) Sim (2) Não	DIAPSI_
	SE SIM, qual?	
122b	Transtorno Depressivo Maior não relacionada à gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDM_
122c	Transtorno Depressivo na Gestação (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDG_
122d	Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação) (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TDPP_
122e	Transtorno Ansioso (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TA_
122f	Transtorno Afetivo Bipolar (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TAB_
122g	Transtorno Esquizoafetivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TE_
122h	Transtorno Obsessivo-compulsivo (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TOC_
122i	Transtorno de Personalidade (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	TPERS_
122j	TDAH (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro (1) Outro: _____	TDAH_ OUTROTRANS_
123	Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir desde o último parto? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDORM_
124	Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão? (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDEPRE_
125	Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/não lembro	FAMTMC_
126	Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas? (1) Sim (2) Não	DEPSUBST_
127	SE SIM, faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD? (1) Sim (2) Não	ACOMPCAPS_
BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA		
Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....		
128	Qual idade ATUAL do seu bebê? ____ m ____ d	IDAB_

129	Qual foi o peso do bebê ao nascer a NASCER ? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESNASC _____
130	Qual é o peso ATUAL do bebê? _____ g (9) Não sei/não lembro	PESOATUAL_
131	Qual foi o comprimento do bebê ao NASCER ? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPNASC_
132	Qual é o comprimento ATUAL do seu bebê? _____ cm (9) Não sei/não lembro	COMPATUAL_
133	O seu bebê nasceu prematuro? (1) Sim (2) Não	PREMAT _____
134	O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu? (1) Sim (2) Não	UTI_
134a	SE SIM, por qual motivo? (9) Não sei/não lembro	MOTIVOUTI_
135	APGAR no 1': _____ (9) Não Sabe/não lembra	APGARI_
136	APGAR no 5': _____ (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5_
137	O bebê atualmente mama no peito? (1) Sim (2) Não	MAMAPEIT _____
137a	SE NÃO, o bebê, em algum momento mamou no peito? (1) Sim (2) Não	MAMOU_
137b	SE NÃO MAMOU: Por que não mamou? _____	MOTIVNMAMA_
137c	SE SIM, Até que idade mamou no peito? __ ano __ meses (99) ainda mama	IDADEMAMOU_
138	O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin? (1) Sim (2) Não	FORM _____
138a	SE SIM, Com que idade ele começou a tomar fórmula? __ ano __ meses	IDADFORM_
	Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?	
139	Água _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	AGUA_
140	Leite em pó _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEITEPO_
141	Leite de vaca _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEITEVAC_
142	Chá _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CHA_
143	Suco _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	SUCO_
144	Refrigerante _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	REFRI_
145	Papa de frutas _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAPAFRUT_
146	Papa salgada _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAPASALG_
147	Caldos _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CALDO_
148	Sopa _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	SOPA_
149	Iogurte _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	IOGURT_
150	Bolacha _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	BOLACH_
151	Pão _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	PAO_
152	Ovo _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	OVO_
153	Carne _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	CARNE_
154	Massa _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	MASSA_
155	Legumes _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	LEGUM_
156	Arroz _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	ARROZ_
157	Outro? _____ m _____ d. (00) Nunca ingeriu (99) Não sei/não lembro	OUTROAL_
Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou:		
PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA		
AO NASCER		
158	BCG ID (1) Sim (2) Não (4) Não sei/não lembro/ sem carteirinha	BCG_

159	Hepatite B (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HEPBNASC_
	<i>AOS 2 MESES (PENTA = Hepatite B + Triplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>	
160	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HEPB2_
161	DTP/DTPa (Triplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	DTPA2_
162	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HIB2_
163	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	ROTA2_
164	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	VOP2_
165	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	PNEMO2_
	<i>AOS 3 MESES</i>	
166	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirainha	MENINGOC3_
167	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	MENINGOB3_
	<i>AOS 4 MESES, REFORÇOU: (PENTA = Hepatite B + Triplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>	
168	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HEPB4_
169	DTP/DTPa (Triplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	DTPA4_
170	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HIB4_
171	Rotavírus (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	ROTA4_
172	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	VOP4_
173	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	PNEUMO4_
	<i>AOS 5 MESES, REFORÇOU:</i>	
174	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirainha	MENINGOC5_
175	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	MENINGOB5_
	<i>AOS 6 MESES, REFORÇOU: (PENTA = Hepatite B + Triplice Bacteriana + Haemophilus Influenzae)</i>	
176	Hepatite B (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HEPATB6_
177	DTP/DTPa (Triplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	DTPA6_
178	Hib (Haemophilus influenzae) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	HIB6_
179	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	VOP6_
180	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	PNEUMO6_
	<i>AOS 7-11 MESES</i>	
181	Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	FEBRE7_
	<i>AOS 12 MESES, REFORÇOU:</i>	
182	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	PNEUMO12_
183	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	MENINGOC12
184	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirainha	MENINGOB12
	Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....	
185	1 semana (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	SEM_
186	1 mês (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES1_
187	2 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES2_
188	4 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES4_
189	6 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES6_
190	9 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES9_
191	12 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES12_
192	18 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES18_
193	24 meses (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES24_

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS		
Título da pesquisa: Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.		
ID do Questionário		NQUES__ _ _ _ _
Nº do entrevistador(a)		
Data da entrevista: ___/___/___		
Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __	
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)		
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS...		
1	Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	RIR__
2	Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia. (0) Como sempre senti (1) Talvez, menos que antes (2) Com certeza menos (3) De jeito nenhum	PRA __
3	Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	CUL__
4	Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (0) Não, de maneira alguma (1) Pouquíssimas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, muitas vezes	ANS__
5	Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo (3) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	PAN__
6	Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia (3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	ESM__
7	Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	DOR__
8	Eu tenho me sentido triste ou arrasada (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	TRI__
9	Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado (3) Sim, quase o tempo todo (2) Sim, muitas vezes (1) De vez em quando (0) Não, nenhuma vez	CHO__
10	A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça (3) Sim, muitas vezes, ultimamente (2) Algumas vezes nos últimos dias (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente (0) Nenhuma vez	MAL__

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62903222.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.761.013

Apresentação do Projeto:

Transcrição: Resumo:

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por um período de intensas mudanças físicas e emocionais nas quais são vivenciadas de formas distintas a partir das experiências e linhas de cuidado pelo qual passam as mulheres e suas famílias. O período gestacional, assim como o nascimento e puerpério são eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população, pois permite a construção de indicadores que subsidiam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde materna e infantil. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado entre dezembro de 2022 e julho de 2025 com mulheres que possuam filhos de até 2 anos, independentemente da idade e assistidas na atenção básica no município de Passo Fundo, RS. Os dados serão coletados a partir de entrevistas face a face com as participantes nas dependências das unidades de saúde em ambiente reservado. As variáveis analisadas serão constituídas por características sociodemográficas, de hábitos de vida, presença de comorbidades, assistência pré-natal, dados clínicos da última gestação, violência obstétrica, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da criança. Na análise dos dados será empregada a estatística descritiva incluindo médias,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.802-112

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 5.761.013

mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bivariada será utilizado o teste de qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada será aplicada a regressão logística com ajuste para potenciais fatores de confusão. Espera-se que as associações evidenciadas nessa pesquisa possam subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sobretudo por meio do fortalecimento de ações na atenção primária no município de Passo Fundo, RS. Almeja-se ainda, exercer e consolidar, a missão institucional da Universidade Federal da Fronteira Sul que é contribuir para a produção do conhecimento científico e desenvolvimento regional integrado possibilitando a atuação de redes intersetoriais e colaborativas na região.

Comentário: adequado

Transcrição: Hipótese:

1) Será observada uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer; 2) A proporção de mulheres que realiza aleitamento materno exclusivo será de 50%; 3) As principais causas de morbidade materna serão a pré-eclâmpsia, 6% e diabetes gestacional com 9,5%. 4) Cerca de 50% das mulheres não realizará de forma adequada o rastreamento para câncer de mama e de colo de útero conforme preconizado pelas diretrizes nacionais; 5) Cerca de 70% das gestantes e puérperas estarão com a cobertura vacinal de acordo com as diretrizes nacionais; 6) Mulheres mais velhas e com alta escolaridade terão maior acesso ao planejamento familiar; 7) A prevalência do tabagismo e uso de álcool será de 40% entre as participantes e as práticas de atividade de lazer será prevalente em 30% das mulheres; 8) A prevalência esperada para os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares serão 60% para sedentarismo, 30% consumo de bebida alcoólica e 24% de dislipidemia; 9) A proporção de mulheres que relata ter sofrido violência obstétrica será de 25%; 10) A frequência de depressão pós-parto na amostra analisada será de 20%;

Comentário: adequado

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição: Objetivo Primário: Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Comentário: adequado

Transcrição: Objetivo Secundário:

- Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).
- Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.
- Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. • Avaliar a prevalência de realização do rastreio para câncer de mama e de colo de útero
- .• Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal. • Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.
- Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no lazer.
- Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
- Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.

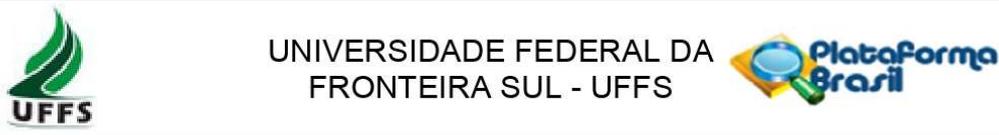
Comentário: adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição: Riscos:

Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

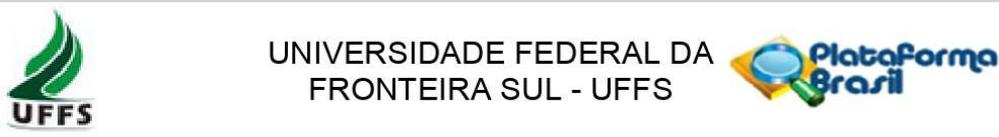
pesquisadora. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação dos participantes. Quanto aos riscos, há o risco de exposição acidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Comentário: adequado

Transcrição: Benefícios:

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil. A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

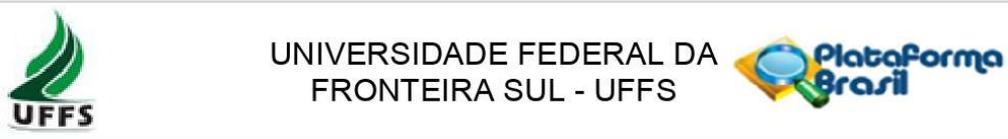
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Transcrição: Desenho: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica. O estudo será realizado com mulheres atendidas na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS no período de dezembro de 2022 a julho de 2025. A 1ª etapa será conduzida nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul. Posteriormente serão incluídas as demais Unidades de Saúde do município. A população a ser estudada compreenderá mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, RS. Para composição da amostra serão consideradas elegíveis usuárias que possuam filhos de até 2 anos de idade, com idade maior ou igual a 12 anos e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis. Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um “n” de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de n=271 mulheres. A seleção das participantes será do tipo não probabilística. Todas as mulheres em atendimento nas respectivas UBS’s e que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar do estudo.

Transcrição: Metodologia da proposta

Após a emissão do termo de ciência e concordância pela Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, e da aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), a estratégia de captação das elegíveis, junto à gestão das respectivas Unidades de Saúde consistirá na obtenção da lista de mulheres cadas-tradas e em

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

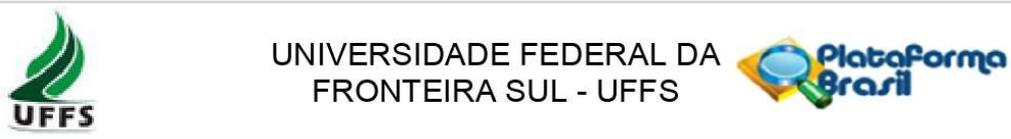


Continuação do Parecer: 5.761.013

acompanhamento de puericultura. Em posse da lista, será identificado os agendamentos das próximas consultas para que a equipe de pesquisa possa otimizar o acesso as participantes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com apresentação do estudo, e, em caso de aceite para participação, as entrevistas, face a face, serão realizadas nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados. Vale ressaltar que caso haja o aceite, o estudo só será realizado após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido. Para as participantes com idade entre 12 e 17 anos, o estudo só será realizado após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores e o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados. Ainda para o grupo etário de participantes com idade maior ou igual 18 anos será obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse ato deve ser voluntário, e a assinatura deve se dar em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, será realizada a aplicação do instrumento via entrevista face a face. O instrumento de coleta de dados será um questionário desenvolvido para o próprio estudo estruturado em sete blocos, sendo: A) características sociodemográficas (B) hábitos de vida (C) informações do pré-natal (D) dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica (F) Saúde da Mulher. (G) Saúde da Criança. Dessa forma, entende-se que o estudo contribuirá na produção do conhecimento da área e no planejamento das ações e estratégias de cuidado junto as equipes das unidades de saúde, pois, além de ampliar o conhecimento sobre saúde materno-infantil, abrirá espaço para discussões das diversas interfaces presente na saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico puerperal. A devolutiva dos resultados para às instituições envolvidas será por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por 5 anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

Transcrição: Critério de Inclusão: Mulheres que possuam filhos de até 2 anos de idade, que tenham, no momento da pesquisa, idade maior ou igual a 12 anos e nas quais os filhos estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha.

Comentário: adequado

Transcrição: Critério de Exclusão: Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis

Comentário: adequado

Transcrição: Metodologia de Análise de Dados:

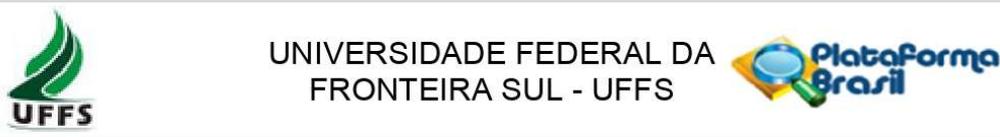
Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva da prevalência dos desfechos de interesse com intervalo de confiança de 95%. Para as demais variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil) enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%). A prevalência dos desfechos de interesse de acordo com as variáveis independentes, será realizada pelo teste Qui-quadrado. Para verificação da associação será calculada medida como a razão de prevalências (RP) e odds ratio (OR) e seus IC95%. Como tratam-se de variáveis categóricas, tanto na análise bruta como na ajustada serão utilizadas Regressões como a de Poisson ou Logística. Na análise multivariada uma série de fatores de ajuste serão incluídos no modelo de análise. No modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,20$. Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Comentário: adequado

Transcrição: Desfecho Primário:

Espera-se uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer;

Comentário: adequado

Tamanho da Amostra no Brasil: 271

Cronograma de execução: Coleta de Dados 01/12/2022 01/11/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: adequado

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos) adequado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS - IDADE 17 ANOS: adequado

Instrumento de coleta: adequado

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, emitido em 19 de Junho de 2020, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

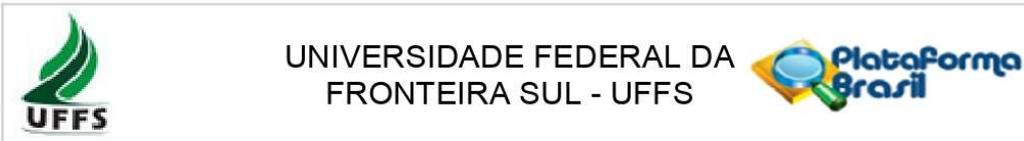
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.761.013

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

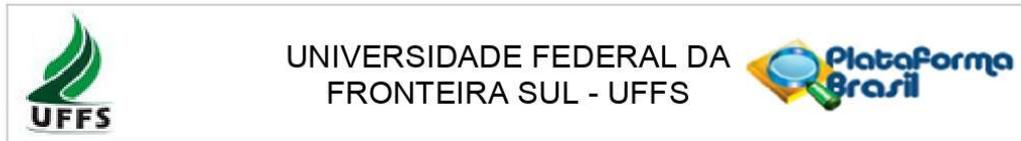
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011061.pdf	01/11/2022 10:39:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.pdf	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSAVEIS_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS

Continuação do Parecer: 5.761.013

Justificativa de Ausência	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
---------------------------	----------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 17 de Novembro de 2022

Assinado por:
Izabel Aparecida Soares
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

Apresentação

A presente pesquisa, intitulada “Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores relacionados em crianças acompanhadas na Atenção Primária em Saúde de Passo Fundo, Rio Grande do Sul”, objetiva analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e a relação com fatores diversos em crianças acompanhadas na Atenção Primária a Saúde (APS).

Apreciação

O projeto foi desenvolvido na disciplina de Trabalho de Curso I, durante o primeiro semestre de 2023, tendo sido continuado no segundo semestre do mesmo ano (Trabalho de Curso II) e finalizado no primeiro semestre de 2024 (Trabalho de Curso III). Em todos os períodos, o projeto esteve sob orientação da Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello, além de ter sido coorientado pela Prof.^a Med.^a Daniela Dal Maso a partir do segundo semestre de 2023. Ainda, o presente estudo trata-se de um recorte da pesquisa denominada “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”, que já havia sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) quando da escrita do projeto, conforme anexo B do mesmo.

Coleta de dados

A coleta de dados do projeto maior ao qual essa pesquisa está vinculada teve início em dezembro de 2022 e fim em agosto de 2023, com uma amostra de 272 participantes. A acadêmica e autora do presente trabalho, ainda antes de escrevê-lo, já atuava como voluntária na coleta de dados. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário confeccionado especialmente para a pesquisa, conforme anexo A do presente projeto. As entrevistas foram realizadas presencialmente por discentes do curso de medicina, previamente treinados para essa função. A pesquisa ocorreu em Unidades Básicas de Saúde do município de Passo Fundo (Donária/Santa Marta, Farroupilha, São Luiz Gonzaga e São José), abrangendo mulheres que possuíam filhos com idade inferior a 24 meses, os quais estavam em acompanhamento de puericultura nos territórios envolvidos.

Ajustes

Para melhor delimitação do estudo e facilitação do processo de análise dos dados, os critérios de exclusão utilizados não foram apenas os descritos na seção “População e

amostragem” do presente projeto (2.1.7.3). Portanto, além de mães com alguma deficiência cognitiva que impedisse o consentimento na participação da pesquisa (nesses casos, a entrevista não foi realizada), foram excluídas da amostra as entrevistas realizadas mais de uma vez com a mesma mãe (total de 14 casos), além de questionários em que os dados necessários para a análise não constavam (total de 1). Sendo assim, a amostra final foi composta por 257 participantes.

Ainda, a partir da preparação para a análise de dados, observou-se que algumas modificações eram necessárias para melhor delimitar o estudo. Nesse sentido, a composição das variáveis dependentes foi alterada nos seguintes aspectos: as crianças com menos de 6 meses de idade no momento da coleta passaram a fazer parte da constituição dos desfechos; contudo, se a criança participante - independentemente da idade - estivesse em AME no momento da pesquisa, não foi incluída na formação dos desfechos principais. A idade da criança foi considerada apenas em meses completos. A categorização “desfecho positivo” e “desfecho negativo” não foi utilizada para a análise dos dados. Nesse sentido, esses desfechos foram classificados numericamente (quantidade de meses em que o AME foi realizado) – em um primeiro momento – e qualitativamente (se o AME foi realizado conforme as recomendações mundiais) – em um segundo momento; outra mudança foi retirar da composição do desfecho a opção b de uma das perguntas (“*SE NÃO MAMOU*: Por que não mamou?”), uma vez que não era necessária para esse propósito. Em relação aos alimentos e/ou bebidas ofertadas à criança, considerou-se apenas as respostas numéricas (mês de início do consumo), portanto, a opção “outro” não foi incluída, por ser uma variável qualitativa.

Sendo assim, para avaliação das variáveis dependentes (duração do AME e AME conforme orientações da Organização Mundial da Saúde) foi criada uma variável numérica (AME por 0-1 mês, 2-5 meses e 6 ou mais meses) e uma variável dicotômica, a partir da análise das 24 perguntas do bloco E, descritas anteriormente (de acordo com anexo A, perguntas 128, 137, 137 a, 137 c, 138, 138 a e 139-156).

Em relação às variáveis independentes, além dos blocos A, B, C e E do questionário, também perguntas do bloco D foram incluídas na análise dos dados. Ainda, a categorização etária e de escolaridade diferiu daquela estabelecida nas hipóteses do presente trabalho, ocorrendo da seguinte maneira, para melhor se adequar à literatura: até 18 anos de idade, entre 19-25, entre 26-30 e acima de 31; ensino fundamental, ensino médio e ensino superior, sem distinção entre período de instrução completo ou incompleto.

Análise dos dados

Após a coleta, membros da equipe de pesquisa realizaram a dupla digitação dos dados no EpiData, conversão e limpeza do banco no PSPP, finalizando essa etapa em agosto de 2023. A análise estatística foi iniciada no mês de novembro de 2023 após a finalização do banco de dados e contou com: descrição da amostra, verificação da prevalência do desfecho observado com intervalo de confiança de 95% (IC95) e a distribuição desse desfecho conforme as variáveis independentes (através do teste qui-quadrado, considerando um erro α de 5 %, sendo que os valores estatisticamente significativos foram aqueles em que $p < 0,05$). Dessa forma, foi obtida uma estatística descritiva da prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua possível relação com fatores diversos, como sociodemográficos e de saúde. As variáveis categóricas foram abordadas tendo em vista as frequências absolutas e relativas, entretanto, a estimativa de medidas de posição e dispersão das variáveis numéricas foi inviável no estudo, em detrimento da organização dos dados.

Resultados

Após a conclusão da análise de dados, por fim, o artigo científico foi redigido, seguindo o formato proposto pela “Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil” (cujas regras de submissão estão disponíveis no endereço eletrônico <<http://rbsmi.org.br/journal/7>>. Último acesso em 06/06/2024). Contudo, o artigo científico não foi completamente formatado segundo as normas da revista citada, pois isso será feito após contemplar as observações da banca.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES RELACIONADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND RELATED FACTORS IN PRIMARY HEALTH CARE

TÍTULO ABREVIADO: ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E FATORES
RELACIONADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Julia Helena Glesse¹

julia.glesse@estudante.uffs.edu.br

Daniela Dal Maso²

dani_dalmaso@hotmail.com

Renata dos Santos Rabello³

renata.rabello@uffs.edu.br

¹⁻³ Universidade Federal da Fronteira Sul. Rua Capitão Araújo, 20. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP 99.010-200.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo (AME), além de identificar os fatores diversos que impedem seu pleno estabelecimento, bem como os principais alimentos/bebidas introduzidos antes dos 6 meses de idade. **Métodos:** Estudo transversal, executado entre 2022 e 2023, abrangendo mulheres com 12 anos de idade ou mais e com filhos de até 2 anos, em acompanhamento na Atenção Primária do município de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul (Brasil). Para a análise, foram consideradas variáveis independentes sociodemográficas, comportamentais, de saúde, gestacionais e relativas à criança, assim como variáveis dependentes: duração do AME e AME conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde. Realizou-se a estatística descritiva através das distribuições absolutas e relativas de frequências, estimou-se a incidência dos desfechos (duração do AME e AME conforme orientações) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95). Ademais, verificou-se a distribuição dos desfechos a partir das variáveis preditoras, empregando-se o teste de qui-quadrado. **Resultados:** Amostra composta por 257 pacientes, apresentando predominantemente entre 19-25 anos (40,5%), cor branca (53,7%), somente um filho (38,9%) e gestação do último filho não planejada (62,1%). Em relação aos filhos das entrevistadas, a maioria tinha ≥ 6 meses (54,9%), peso ao nascer adequado (83,3%) e estava em aleitamento materno (AM) na época da pesquisa (67,6%), sendo que, desses, apenas 18,3% estavam em AME no mesmo período. Além disso, os principais alimentos e/ou bebidas oferecidos antes dos 6 meses foram água (60,5%), leite em pó (58,6%) e chá (57,8%). A fórmula infantil foi introduzida antes do 6º mês em 89,3% dos casos. Ainda, a duração predominante do AME foi de até no máximo 1 mês de idade (47%; IC95 40-54%) e apenas 14% das crianças (IC95 9-19%) realizaram essa modalidade de nutrição pelo tempo adequado (até os 6 meses). Os resultados encontrados são muito inferiores aos índices preconizados como meta, além de mais baixos que a média global, nacional, regional e local. Os fatores que demonstraram influência na duração do AME foram AM na 1ª hora de vida ($p=0,003$), internação em Unidade de Terapia Intensiva ao nascimento ($p=0,006$ e $p=0,011$).

– significância em ambos os desfechos), peso ao nascer ($p=0,004$), AM no período da entrevista ($p<0,001$), uso de fórmula ($p<0,001$ em ambos os desfechos) e estado civil materno ($p=0,039$).

Considerações finais: Em detrimento dos baixos e preocupantes índices encontrados no presente estudo, torna-se evidente a necessidade de esforços coordenados entre educação, suporte comunitário e práticas de saúde pública, com o intuito de melhorar o atual cenário e beneficiar a saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; atenção primária à saúde; nutrição da criança; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the prevalence and duration of exclusive breastfeeding (EBF), in addition to identifying the various factors that prevent its full establishment, as well as the main foods/drinks introduced before 6 months of age. **Methods:** Cross-sectional study, carried out between 2022 and 2023, covering women aged 12 or over and with children younger than 2 years old, being monitored in Primary Care in the city of Passo Fundo, in Rio Grande do Sul (Brazil). For the analysis, independent sociodemographic, behavioral, health, gestational and child-related variables were considered, as well as dependent variables: duration of EBF and EBF according to the guidelines of the World Health Organization. Descriptive statistics were performed using absolute and relative distributions of frequencies, the incidence of outcomes (duration of EBF and EBF according to guidelines) and their 95% confidence interval (CI95) were estimated. Furthermore, the distribution of outcomes was verified based on the predictor variables, using the chi-square test. **Results:** Our sample was composed of 257 patients, predominantly between 19-25 years old (40.5%), white (53.7%), only one child (38.9%) and unplanned pregnancy of the last child (62.1%). Regarding the children of the interviewed mothers, the majority were ≥ 6 months old (54.9%), with adequate birth weight (83.3%) and were breastfeeding (BF) at the time of the research (67.6%), of which, only 18.3% were on EBF in the same period. Besides, the main foods and/or drinks offered before 6 months were water (60.5%), powdered milk (58.6%) and tea (57.8%). Infant formula was introduced before the 6th month in 89.3% of cases. Furthermore, the predominant duration of EBF was up to a maximum of 1 month of age (47%; CI95 40-54%) and only 14% of children (CI95 9-19%) performed this type of nutrition for the appropriate period of time (until 6 months). Our results are much lower than the recommended target rates, in addition to being lower than the global, national, regional and local average. The factors that demonstrated an influence on the duration of EBF were BF in the 1st hour of life ($p=0.003$), admission to the Intensive Care Unit at birth ($p=0.006$ and $p=0.011$ – significance in both outcomes), birth weight ($p=0.004$), BF during the interview period ($p<0.001$), use of formula ($p<0.001$ in both outcomes) and maternal marital status ($p=0.039$). **Final considerations:** To the detriment of the low and worrying rates found in the present study, the need for coordinated efforts between education, community support and public health practices becomes evident, with the aim of improving the current scenario and benefiting maternal and child health.

Keywords: Breast feeding; exclusive breastfeeding; primary health care; child nutrition sciences; maternal health; child health.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) consiste na alimentação de crianças somente com o leite materno (LM), direto da mama, ordenhado ou de outra fonte, sem nenhum adicional, exceto medicações. A duração recomendada para essa prática – segundo a Organização

Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde - é de pelo menos 6 meses e, após isso, o aleitamento materno (AM) pode e deve continuar, não sendo necessariamente o único alimento oferecido à criança^{1,2}. Essas recomendações estão consolidadas na literatura e nas diretrizes mundiais há muito tempo, sendo o LM o padrão ideal de nutrição para crianças, pois contém tudo aquilo que o bebê necessita³.

Essa orientação se dá com o objetivo de que a criança alcance seu desenvolvimento pleno e saudável, através dos nutrientes, anticorpos, enzimas, proteínas, vitaminas, oligossacarídeos e outros componentes, todos presentes no LM e que não podem ser substituídos plenamente por nenhum outro produto, como leite de vaca e fórmulas infantis. Todos esses fatores energéticos, bioativos e imunológicos são responsáveis por benefícios a curto e longo prazo, fortalecendo o sistema imune do bebê e o defendendo de patógenos comuns da infância, contribuindo para a redução da morbimortalidade nessa etapa da vida. Ainda, uma nutrição adequada na infância é crucial para um crescimento saudável ao longo da vida podendo, inclusive, reduzir a incidência de doenças crônicas como obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* na fase adulta, além de ter relação com um aumento na inteligência^{4,5,6}

Além disso, o AM possui vantagens que se estendem também para a parte materna do binômio mãe-filho, sendo responsável pela involução uterina mais acelerada, além da diminuição na ocorrência de câncer de ovário e mama, depressão, doenças cardiovasculares, HAS e outras^{3,7}.

Apesar de ser comprovadamente vantajoso e insubstituível, muitas pesquisas revelam que os índices de AME ainda são baixas globalmente, inclusive no Brasil. É válido lembrar que existem algumas situações em que o AME está contraindicado ou impossibilitado, como, por exemplo, quando a mãe estiver infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sem tratamento, quando a criança possui galactosemia ou alguma malformação congênita, entre

outras razões⁸. Contudo, esses casos não são tão comuns quanto aqueles em que o AME é interrompido pela falta de informação, suporte e outros fatores que poderiam ser prevenidos ou, ao menos, amenizados^{9,10,11}.

Uma revisão de literatura envolvendo países de todo o mundo observou que 54 estudos obtiveram prevalências de AME até os 6 meses entre 31-50%¹². No panorama nacional, por sua vez, encontrou-se prevalência de 12% no município de São Paulo, 10,8% em uma coorte de Cruzeiro do Sul, no Acre e 41% em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul^{13,14,15}. Os principais motivos relatados na literatura responsáveis pela interrupção precoce do AME incluíram o contexto social, cultural, demográfico, comportamental e biológico^{16,17,18,19}.

Dessa forma, apesar de o AME ser o padrão ouro de alimentação para as crianças, diversos fatores podem impedir que ele seja estabelecido de maneira correta, muitas vezes sendo necessário complementar o AM com outros líquidos e alimentos ou com fórmulas infantis (FI). Nesse sentido, se estabelecem outros tipos de AM, como o predominante (recebe, além do LM, água, bebidas à base de água e sucos de fruta); o não exclusivo (recebe, além do LM, outros alimentos, como no período de introdução alimentar); o complementado (recebe, além do LM, alimentos sólidos ou semissólidos para complementar nutricionalmente o AM); e o parcial/misto (recebe, além do LM, outros tipos de leite, inclusive FI)^{20,21}. Esse comportamento, no entanto, pode apresentar riscos e prejuízos à criança, quando sem indicação, porque os tipos de AM citados não são capazes de promover o mesmo efeito propiciado pelo AME⁴.

Tendo em vista a importância da temática para a saúde pública e materno-infantil, faz-se necessário identificar as razões que impedem a instituição satisfatória do AME e, a partir disso, adotar medidas para superar essas barreiras. Logo, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do AME e o período em que ele ocorre, além da influência de fatores diversos que

continuam a impedir o estabelecimento dessa prática e os principais alimentos/bebidas introduzidas antes dos 6 meses de idade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, sendo um recorte da pesquisa “*Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde*”, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *campus* Passo Fundo/RS, com parecer nº 5.761.013. Foi realizado no período de dezembro de 2022 a agosto de 2023 nas Unidades Básicas de Saúde São José, São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta e Parque Farroupilha - locais de atuação prática de discentes da UFFS - que compõem a rede de assistência à saúde de Passo Fundo, município do norte gaúcho.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas presenciais nas unidades citadas, utilizando um questionário pré-testado, aplicado por uma equipe previamente treinada de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS. A população estudada incluiu mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Passo Fundo/RS, tendo sido consideradas elegíveis mulheres com 12 ou mais anos de idade e com filhos de até 2 anos que estivessem sendo acompanhados em serviço de puericultura nas unidades de saúde estabelecidas e durante o período da pesquisa. A seleção foi do tipo não probabilística. Ainda, para o cálculo de tamanho amostral observou-se intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5% e prevalência esperada do desfecho de 45%.

Candidatas com alguma deficiência cognitiva que impedisse o consentimento na participação foram classificadas como inelegíveis. Ainda, a participação foi voluntária e o termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente lido e assinado para que a entrevista ocorresse. Para melhor organizar e evitar conflitos na análise dos dados, foram excluídas da amostra as mulheres entrevistadas mais de uma vez, mães de filhos gêmeos e pacientes que não

responderam às perguntas referentes ao aleitamento materno/padrão alimentar de seu bebê. Também foram retirados da amostra final as crianças que ainda se encontravam em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista, uma vez que não se pode definir até que idade continuariam a realizar essa prática.

A amostra obtida foi caracterizada em aspectos sociodemográficos, comportamentais, de saúde, gestacionais e pueris, através de informações sobre idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, emprego, renda, número de filhos, número de moradores do domicílio, planejamento da gestação, tabagismo, tabagismo na gestação, etilismo, etilismo na gestação, uso de método contraceptivo, realização de atividade física, índice de massa corporal, presença e quantidade de comorbidades (clínicas, psiquiátricas e gestacionais), autopercepção da saúde, realização e serviço de pré-natal, recebimento de informações sobre aleitamento materno (AM), idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, internação em unidade de terapia intensiva (UTI) após o nascimento, peso ao nascer, AM na primeira hora de vida, idade da criança, AM e AME no período da pesquisa, tempo de realização de AME, AME conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), uso de fórmula e consumo de alimentos variados.

Os desfechos analisados no presente estudo foram a quantidade de meses em que o AME foi realizado e se ele ocorreu conforme as orientações da OMS. Essa orientação caracteriza o AME correto nos casos em que o lactente é alimentado apenas com o leite materno até os 6 meses de idade, sem nenhum alimento ou líquido adicional, exceto em casos de medicações.

Ademais, as variáveis de exposição consideradas nesse estudo englobam aspectos maternos – idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, emprego, renda, número de filhos, número de moradores do domicílio, planejamento da gestação, tabagismo, tabagismo na gestação, etilismo, etilismo na gestação, uso de método contraceptivo, realização de atividade física, índice de massa corporal, presença e quantidade de comorbidades clínicas, psiquiátricas e gestacionais, autopercepção da saúde -, aspectos pueris – internação em unidade de terapia

intensiva (UTI) após o nascimento, peso ao nascer, AM na primeira hora de vida, idade da criança, AM e aleitamento materno exclusivo (AME) no período da pesquisa, uso de fórmula e consumo de alimentos variados.- e gestacionais – realização e serviço de pré-natal, recebimento de informações sobre aleitamento materno (AM), idade gestacional ao nascimento e tipo de parto.

Os dados foram duplamente digitados em banco de dados elaborado no programa Epidata, versão 3.1 (distribuição livre). A organização, limpeza e análise estatística foi realizada por meio do programa PSPP (distribuição livre), compreendendo uma estatística descritiva com as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas. Ademais, verificou-se a distribuição dos desfechos a partir das variáveis preditoras, empregando-se o teste de qui-quadrado e considerando como estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 257 participantes, das quais 40,5% tinham entre 19 e 25 anos de idade, 53,7% eram brancas, 38,9% possuíam somente um filho e a maioria (62,1%) não havia planejado a última gestação. Ainda, a maior parte da amostra (76,3%) referiu ser casada ou estar vivendo com um companheiro e estar desempregada (60,7%). No que se refere à caracterização comportamental, a maioria das participantes não era tabagista (84,8%) e também não o foram durante a última gestação (86,5%). Esse panorama se repete em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, como pode ser constatado, além de outras informações, na Tabela 1.

A mesma tabela revela, ainda, que apenas 22,8% da amostra tem o hábito de realizar atividade física (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comportamental de mulheres com filhos menores de 2 anos e em acompanhamento na Atenção Básica. Passo Fundo, RS, 2022-2023 (n=257).

Variáveis	n	%
Idade		
Até 18 anos	14	5,4
Entre 19 e 25	104	40,5
Entre 26 e 30	72	28,0
Acima de 31	67	26,1
Cor da pele		

Branca	138	53,7
Não branca	119	46,3
Estado Civil		
Casada/vivendo com companheiro	196	76,3
Outro	61	23,7
Escolaridade		
Ensino fundamental	75	29,2
Ensino Médio	158	61,5
Ensino Superior	24	9,3
Emprego remunerado		
Não	156	60,7
Renda mensal (n=232)		
Até 1 salário-mínimo	72	31,0
Entre 1 e 2 salários-mínimos	84	36,2
Acima de 2 salários-mínimos	76	32,8
Número de filhos		
Um	100	38,9
Dois	87	33,9
Três ou mais	70	27,2
Número de pessoas morando no mesmo domicílio		
Até 3 pessoas	95	37,0
Quatro pessoas	88	34,2
Cinco ou mais pessoas	74	28,8
Última gestação planejada (n=256)		
Não	159	62,1
Tabagismo		
Não	218	84,8
Tabagismo na última gestação (n=251)		
Não	217	86,5
Etilismo (n=256)		
Não	177	69,1
Etilismo na última gestação (n=256)		
Não	238	93,0
Uso de método contraceptivo		
Sim	167	65,0
Atividade física (n=254)		
Não	196	77,2

Fonte: própria (2024).

Ainda, em relação à caracterização em saúde das mães entrevistadas, a maioria (67,8) encontrava-se fora do peso adequado, mas com autopercepção positiva da própria saúde (71,5%). Em relação às comorbidades clínicas, as mais prevalentes foram obesidade (17,9%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (16,3%), enquanto a comorbidade psiquiátrica mais observada foi o Transtorno Ansioso (66,3%), seguida de Transtorno Depressivo Maior (47,2%) e Transtorno Depressivo Gestacional (14,6%). A afecção gestacional mais relatada foi Infecção

de Trato Urinário (28,9%), seguida por hipertensão gestacional (26,1%) e excesso de ganho de peso referido (22,7%). Outras ocorrências estão contidas a seguir (Tabela 2):

Tabela 2. Caracterização de aspectos de saúde de mulheres com filhos menores de 2 anos e em acompanhamento na Atenção Básica. Passo Fundo, RS, 2022-2023 (n=257).

Variáveis	n	%
IMC ¹ (n=205)		
Eutrófico	66	32,2
Não eutrófico	139	67,8
Quantidade de comorbidades clínicas (n=256)		
Nenhuma	166	64,6
Uma ou duas	80	31,1
Três ou mais	10	3,9
Comorbidades clínicas (n=171)		
Obesidade	46	26,9
Hipertensão Arterial Sistêmica	42	24,5
Problema de Tireoide	22	12,9
Outras	61	35,7
Quantidade de comorbidades psiquiátricas		
Nenhuma	168	65,4
Uma ou duas	80	31,1
Três ou mais	9	3,5
Quantidade de comorbidades gestacionais (n=252)		
Nenhuma	103	40,9
Uma a três	140	55,6
Quatro ou mais	9	3,6
Autopercepção da saúde (n=256)		
Positiva	183	71,5
Negativa	73	28,5

¹Índice de Massa Corporal.

Fonte: própria (2024).

No que se refere ao aspecto gestacional e informações da criança, a amostra foi constituída majoritariamente por gestações em que o pré-natal foi realizado (98,8%) através do Sistema Único de Saúde (93%), com recebimento de informações sobre aleitamento materno (82,9%) e amamentação na primeira hora de vida (78,3%). Ainda, a maior parte das crianças nasceram a termo (85,3%), com peso adequado (83,3%) e por parto cesáreo (51%). Das crianças que compuseram a população estudada, 67,6% ainda estavam recebendo leite materno (LM), mas apenas 18,3% se encontravam em aleitamento materno exclusivo (AME).

Em relação aos desfechos observados, entre as crianças que não estavam mais em AME, o período predominante dessa prática foi de 0 até 1 mês de idade, representando 47% (IC95 40-54%) da amostra, seguido por 39% (IC95 33-46%) que a contemplaram por 2 a 5 meses. Sendo

assim, observou-se que apenas 14% das crianças (IC95 9-19%) receberam o AME conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), ou seja, até os 6 meses completos. Esses e demais dados encontram-se registrados na Tabela 3, na sequência:

Tabela 3. Caracterização de aspectos gestacionais e de filhos abaixo de 2 anos de mulheres em acompanhamento na Atenção Básica. Passo Fundo, RS, 2022-2023 (n=257).

Variáveis	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	254	98,8
Serviço em que o pré-natal foi realizado		
Público/SUS ¹	239	93,0
Outro	18	7,0
Recebimento de informações sobre AM ² pela mãe		
Sim	213	82,9
Idade gestacional ao nascimento (n=252)		
Pré-termo/prematuro (≤ 36 semanas)	32	12,7
A termo (entre 37 e 41 semanas)	215	85,3
Pós-termo (≥ 42 semanas)	5	2,0
Tipo de parto		
Cesárea	131	51,0
Vaginal	126	49,0
Internação em UTI ³ após o nascimento (n=255)		
Não	193	75,7
Peso ao nascer		
Adequado	214	83,3
Inadequado	43	16,7
Amamentação na primeira hora de vida (n=253)		
Sim	198	78,3
Idade da criança na entrevista		
<6 meses	116	45,1
≥ 6 meses	141	54,9
Atualmente em AM (n=256)		
Sim	173	67,6
Criança em AME ⁴		
Não	210	81,7
Duração do AME (n=209)		
Até 1 mês	98	46,9
De 2 a 5 meses	82	39,2
Até 6 meses ou mais	29	13,9

¹Sistema Único de Saúde; ²Aleitamento Materno; ³Unidade de Terapia Intensiva;

⁴Aleitamento Materno Exclusivo.

Fonte: própria (2024).

Ademais, tratando-se da caracterização alimentar das crianças envolvidas, mais da metade (55,3%) já havia feito uso de fórmula infantil (FI), sendo que, desse percentual, 34,3% a consumiram ainda na primeira semana de vida. No total, 89,3% das crianças da amostra

receberam FI antes do 6º mês. Ainda, os alimentos consumidos com maior frequência antes dos 6 meses completos foram água, leite em pó e chá (60,5%, 58,6% e 57,8%, respectivamente).

Além da FI, os itens que apresentaram os maiores números absolutos de consumo antes dos 6 meses foram água, chá, papas de frutas, caldos, papas salgadas e sopa, sendo que o número de crianças que ingeriram água antes do período determinado foi maior que o dobro daquelas que ingeriram sopa, papas salgadas, caldos e papas de frutas, como pode-se observar a seguir, na Tabela 4.

Tabela 4. Bebidas e alimentos consumidos por crianças menores de 2 anos em acompanhamento na Atenção Básica e idade do início do consumo. Passo Fundo, RS, 2022-2023 (n=257).

Variáveis	n	%
Uso prévio de fórmula infantil (n=255)		
Sim	141	55,3
Início do uso de fórmula infantil (n=140)		
Na primeira semana de vida	48	34,3
Entre a segunda semana e menos de um mês	12	8,6
Entre um mês e menos de seis meses	65	46,4
Com seis meses ou mais	15	10,7
Idade em que iniciou consumo de água (n=162)		
Antes dos 6 meses	98	60,5
Idade em que iniciou consumo de leite em pó (n=29)		
Antes dos 6 meses	17	58,6
Idade em que iniciou consumo de leite de vaca (n=48)		
Antes dos 6 meses	8	16,7
Idade em que iniciou consumo de chá (n=102)		
Antes dos 6 meses	59	57,8
Idade em que iniciou consumo de suco (n=103)		
Antes dos 6 meses	22	21,4
Idade em que iniciou consumo de refrigerante (n=45)		
Antes dos 6 meses	6	13,3
Idade em que iniciou consumo de papa de frutas (n=135)		
Antes dos 6 meses	48	35,6
Idade em que iniciou consumo de papa salgada (n=127)		
Antes dos 6 meses	39	30,7
Idade em que iniciou consumo de caldos (n=137)		
Antes dos 6 meses	46	33,6
Idade em que iniciou consumo de sopa (n=126)		
Antes dos 6 meses	35	27,8
Idade em que iniciou consumo de iogurte (n=106)		
Antes dos 6 meses	28	26,4
Idade em que iniciou consumo de bolacha (n=114)		
Antes dos 6 meses	25	21,9
Idade em que iniciou consumo de pão (n=108)		
Antes dos 6 meses	17	15,7
Idade em que iniciou consumo de ovo (n=108)		
Antes dos 6 meses	15	13,9

Idade em que iniciou consumo de carne (n=115)		
Antes dos 6 meses	16	13,9
Idade em que iniciou consumo de massa (n=113)		
Antes dos 6 meses	15	13,3
Idade em que iniciou consumo de legumes (n=126)		
Antes dos 6 meses	30	23,8
Idade em que iniciou consumo de arroz (n=125)		
Antes dos 6 meses	22	17,6

Fonte: própria (2024).

Ainda, conforme demonstrado na Tabela 5, encontrou-se relação estatisticamente significativa entre crianças amamentadas na primeira hora de vida e duração do AME por 2 a 5 meses (45,3%; $p=0,003$), recém-nascidos que necessitaram de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e duração do AME de até no máximo 1 mês (63%; $p=0,006$) e peso adequado ao nascer, que influenciou a maior ocorrência da segunda categoria de classificação do AME (2 a 5 meses) (43,4%; $p=0,004$). Além disso, a criança ainda estar recebendo LM no momento da entrevista apresentou relação com duração de 2 a 5 meses do AME (46,8%; $p<0,001$), enquanto já ter recebido FI em algum momento da vida esteve relacionado com maior número de crianças que tiveram AME por apenas 1 mês ou menos (62,4%; $p<0,001$). As demais variáveis descritas não obtiveram significância estatística em relação ao desfecho no presente estudo.

Por fim, comparando as variáveis de exposição com a ocorrência de AME segundo as orientações de órgãos de saúde (como a OMS e o MS), constatou-se que a genitora ser casada propiciou o estabelecimento insuficiente do AME (88,8%; $p=0,039$), bem como a internação da criança em UTI ao nascimento (96,3%; $p=0,011$). Ainda, das crianças que já haviam utilizado FI em algum momento, somente 6,4% ($p<0,001$) conseguiram manter o AME até pelo menos 6 meses de idade, conforme observa-se na Tabela 5, a seguir:

Tabela 5. Tempo de duração do Aleitamento Materno Exclusivo e sua ocorrência conforme orientações da Organização Mundial da Saúde segundo características sociodemográficas, comportamentais, de saúde, gestacionais e pueris de mães e filhos menores de 2 anos em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2022-2023 (n=257).

Tempo de AME ¹ (em meses completos)			AME conforme orientações da OMS ²	
0-1	2-5	≥6	Sim	Não

Variáveis	n (%)	n (%)	n (%)	p ³	n (%)	n (%)	p
Amamentação na 1 ^a hora de vida (n=205)				0,003			0,807
Sim	64 (40,3)	72 (45,3)	23 (14,5)		23 (14,5)	136 (85,5)	
Não	31 (67,4)	9 (19,6)	6 (13,0)		6 (13,0)	40 (87,0)	
Internação em UTI ⁴ ao nascer (n=207)				0,006			0,011
Sim	34 (63,0)	18 (33,3)	2 (3,7)		2 (3,7)	52 (96,3)	
Não	63 (41,2)	63 (41,2)	27 (17,6)		27 (17,6)	126 (82,4)	
Peso ao nascer (n=209)				0,004			0,290
Adequado	72 (41,6)	75 (43,4)	26 (15,0)		26 (15,0)	147 (85,0)	
Inadequado	26 (72,2)	7 (19,4)	3 (8,3)		3 (8,3)	33 (91,7)	
Atualmente em aleitamento materno (n=209)				<0,001			0,065
Sim	45 (35,7)	59 (46,8)	22 (17,5)		22 (17,5)	104 (82,5)	
Não	53 (63,9)	23 (27,7)	7 (8,4)		7 (8,4)	76 (91,6)	
Uso prévio de fórmula infantil (n=208)				<0,001			<0,001
Sim	88 (62,4)	44 (31,2)	9 (6,4)		9 (6,4)	132 (93,6)	
Não	10 (14,9)	37 (55,2)	20 (29,9)		20 (29,9)	47 (70,1)	
Estado Civil (n=209)				0,113			0,039
Casada/vivendo com companheiro	77 (47,8)	66 (41,0)	18 (11,2)		18 (11,2)	143 (88,8)	
Outro	21 (43,8)	16 (33,3)	11 (22,9)		11 (22,9)	37 (77,1)	

¹Aleitamento Materno Exclusivo; ²Organização Mundial da Saúde; ³Teste de qui-quadrado;

⁴Unidade de Terapia Intensiva.

Fonte: própria (2024).

DISCUSSÃO

Como já está amplamente demonstrado na literatura e nas recomendações de diversas entidades públicas e de saúde, não há dúvidas em relação à eficácia e importância do aleitamento materno exclusivo (AME) ao longo dos primeiros 6 meses de vida do bebê. No entanto, mesmo com todas as medidas propostas e aplicadas para estabelecer essa prática, as taxas ainda são insuficientes e preocupantes globalmente, com exceções. Tendo em vista os

Objetivos Globais de Nutrição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2025 e a Agenda 2030, o cenário atual se configura bastante distante, visto que essas estratégias estabeleceram como meta taxas de AME até os 6 meses de 50% e 70%, nos respectivos anos²². Dessa forma, cabe refletir sobre as razões por trás desse cenário, a fim de promover estratégias para mitigar esse problema.

Na amostra analisada no presente estudo, a prevalência de AME nos primeiros 6 meses foi de 14% (IC95 9-19%). Na verdade, a maioria das crianças recebeu essa modalidade de nutrição por no máximo 1 mês (47%; IC95 40-54%). Em outro trabalho realizado também em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, o AME até os 6 meses foi realizado em 35,2% dos casos e, até 1 mês, em 21,6% dos casos¹⁹. Em Porto Alegre, capital do mesmo estado, a prevalência do AME até 6 meses foi de 41%¹⁵.

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil de 2019 encontrou, no Brasil, uma duração mediana de AME por apenas 3 meses e uma prevalência do AME até 6 meses de 45,8%, além de classificar as regiões brasileiras conforme esse indicador. A ordem de classificação, segundo o Estudo, foi: Sul (54,3%), Sudeste (49,1%), Centro-Oeste (46,5%), Norte (40,3%) e Nordeste (39%)²³. O município de São Paulo, em 2020, apresentou taxa de 12,5% e uma coorte de Cruzeiro do Sul, no Acre, 10,8% no ano de 2023^{13,14}.

Segundo a OMS, entre 2015 e 2020, a taxa mundial de AME até os 6 meses foi de cerca de 44%¹. Já em uma revisão sistemática e meta-análise ganesa, o índice agrupado de AME até os 6 meses foi de 50%¹¹. Um estudo em escala global revelou as maiores prevalências de AME em Ruanda e Sri Lanka, sendo elas de 85% e 76%, respectivamente⁵. Outra pesquisa, realizada na Tailândia, observou uma taxa de 54,8% de prevalência do AME²⁴. Ainda, uma revisão de literatura revelou que 54 estudos de diferentes países encontraram prevalências de AME até os 6 meses entre 31-50%¹².

Observou-se, nesse sentido, uma relação significativa entre aleitamento na primeira hora de vida do bebê e um maior tempo de AME. Desse modo, uma criança que não recebe LM em até 1 hora após o parto tem maior chance de desmame precoce^{25,14}. Essa mesma relação esteve presente também em uma revisão de escopo, envolvendo diversos estudos¹². Uma explicação plausível para esse quadro é o mecanismo fisiológico da sucção precoce, que estimula a ejeção de leite através da liberação dos hormônios prolactina e oxitocina²⁶.

Em relação à internação em Unidade de Terapia Intensiva ao nascer, foi encontrada relação significativa entre sua ocorrência e o AME muito aquém do período estipulado (nesses casos, ocorreu por, no máximo, um mês). Nessa perspectiva, vê-se que a necessidade de internação em UTI após o nascimento propiciou que a prática do AME fosse interrompida antes do tempo oportuno. Cabe apontar que esses resultados são consistentes com os achados da literatura, pois se repetem em diversos estudos^{20,11,27}.

Ademais, o estabelecimento prolongado – ainda que insuficiente - do AME (2 a 5 meses) pareceu estar relacionado a um peso ao nascer adequado. Assim, crianças nascidas com peso dentro do esperado (2500 a 3999 g) foram exclusivamente amamentadas por mais tempo do que aquelas com peso inferior a 2500 g ou maior/igual a 4000 g. Essa constatação também esteve presente em um estudo realizado em Gana, no continente Africano, apresentando que bebês com peso mediano ao nascer possuíam maior probabilidade de AME por um maior tempo. No entanto, também as crianças nascidas com peso inferior ao adequado demonstraram essa probabilidade no trabalho mencionado¹¹. Em contrapartida, outra pesquisa do mesmo país apresentou que crianças de peso adequado e acima do adequado possuíam maior probabilidade de AME do que aquelas com baixo peso²⁸.

Para avaliar essa relação entre peso ao nascer e manutenção do AME, é importante observar que, no caso de bebês com peso adequado, as mães tendem a persistir com essa prática

para atingir e manter o tamanho esperado, além de que essas crianças possuem vitalidade para realizar a sucção do peito e podem se alimentar de forma suficiente somente com o LM²⁹.

Em relação a estar em AM durante o período da entrevista, foi encontrada relação significativa entre essa ocorrência e o AM para além de 5 meses de idade. Nessa perspectiva, quanto maior a duração do AME, maior o tempo de AM no geral³⁰. Esse achado corresponde aos relatos da literatura, tendo em vista, por exemplo, um estudo brasileiro, que, além da relação entre tempo de AME e duração total do AM, encontrou prevalência de AM até os 6 meses em 68,4% dos casos; até os 12 meses em 47,3% dos casos; e até os 24 meses em até 31,9% dos casos. Ademais, a pesquisa também encontrou relação entre não utilizar chupetas e maior chance de manutenção do AM até 2 anos de idade, contudo, esse fator não foi avaliado no presente trabalho³¹.

Considerando esse cenário, é essencial reiterar as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, de realizar AME até os 6 meses e o AM continuado (não exclusivo) até os 2 anos de idade^{1,2}. O AM continuado tem especial importância nos casos de redução de mortalidade e nas doenças da criança, reduzindo o tempo de adoecimento e promovendo nutrição adequada no período. Além disso, promove maior inteligência e protege contra a obesidade, sendo que privilegia principalmente as crianças que continuam o AM após 12 meses. Esses são apenas algumas das inúmeras vantagens que a oferta de LM promove^{4,5,6}.

Ainda, observou-se que, surpreendentemente, o estado civil classificado no presente trabalho como “casada/vivendo com companheiro” favoreceu uma interrupção precoce do AME, divergindo da realidade registrada na literatura. Isso porque, em outros estudos analisados, a relação costuma ser inversa, ou seja: mães solteiras tendem a cessar o AME antes dos 6 meses, enquanto que aquelas com parceiro costumam manter a prática por mais tempo, uma vez que o apoio de seus pares auxilia nessa persistência^{11,15}. Pode-se inferir, contudo, que as participantes em situação conjugal podem ficar sobrecarregadas com o cuidado

multidimensional a seu encargo, dificultando o AME. Em contrapartida, mulheres que não tem um companheiro costumam ter maior apoio de familiares, propiciando o AME. Ainda, a amostra da presente pesquisa teve predomínio de pacientes que referiram pertencer à categoria “casada/vivendo com companheiro”, o que pode ter influenciado nos resultados.

Outro fator que se mostrou relacionado à duração do AME foi já ter consumido FI em algum momento, sendo que quase a totalidade das crianças analisadas que haviam utilizado esse produto não conseguiram manter o AME até os 6 meses. Sem dúvida, essa constatação é bastante compreensível, visto que, ao iniciar o uso de FI, o AM deixa de ser exclusivo, conforme exposto previamente. Por conseguinte, um estudo realizado a partir de um ensaio clínico randomizado constatou que a interrupção do AM antes dos 6 e 12 meses foi maior entre lactentes que receberam fórmula do que entre aqueles que estavam em AME³².

Além de não ser capaz de substituir o LM, a FI ainda prejudica a formação da microbiota intestinal, a oxigenação e termorregulação do lactente, carregando também riscos inerentes, à medida que aumenta a chance de doenças bucais, alteração da mordida, cárie dentária, entre outros³³. É, portanto, fundamental que esse produto alimentar somente seja oferecido quando absolutamente necessário, evitando os desfechos negativos.

Quanto aos casos em que o AME sofreu interrupção antes do 6º mês, a presente pesquisa encontrou que os principais alimentos e bebidas responsáveis por essa ruptura foram água, leite em pó e chá, sendo que, respectivamente, 60,5%, 58,6% e 57,8% das crianças receberam esses itens antes do momento indicado. Em um trabalho realizado no município de Rio Verde, em Goiânia (Brasil), os principais itens foram outros tipos de leite, água, chá (43,8%, 41,8% e 21,5%, em ordem da citação)³⁴. Sabe-se, ainda, que nos casos em que o AME dura menos de 6 meses, há maior chance de introdução de alimentos ultraprocessados ainda no primeiro ano de vida, perspectiva terrível para a saúde infantil³⁵.

Muitas vezes, o ato de oferecer água e chás/infusões, por exemplo, ocorre porque as mães pensam que somente alimentos e outros leites não podem ser oferecidos, mas não têm noção de que até mesmo essas bebidas violam o AME³⁶. Outras vezes, pode ocorrer pois as mães percebem o LM como muito fraco para suprir as necessidades nutricionais de seus bebês, passando a introduzir alimentos e bebidas complementares, antes do período indicado³⁷. Ainda, existem mães que oferecem chás na esperança de usufruir de propriedades calmantes e laxativas, além da oferta de água pensando em saciar a sede da criança, sem saber que o LM é plenamente capaz de atender à essa necessidade³⁸. Por fim, a atitude de introduzir alimentos e bebidas em conjunto ao AM pode ser resultado de condições culturais/educacionais³⁹.

Os motivos relatados pela mãe para interrupção do AME não foram considerados neste estudo. Todavia, as razões mais relatadas na literatura são problemas mamários, medos, anseios, falta de conhecimento, pouca orientação advinda de profissionais da saúde sobre o AME e sua importância, informações incorretas sobre AME advindas de profissionais da saúde, técnica incorreta de amamentação, retorno ao trabalho, falta de leite ou leite “fraco” na percepção materna, entre outros^{16,17,18,19}. Outros fatores não analisados na presente pesquisa, mas que demonstraram influência na manutenção do AME por maior tempo foram a experiência prévia com a amamentação, apoio familiar, desencorajamento do uso de chupetas e mamadeiras, maior acesso à informação e orientação durante o pré-natal, entre outros²⁰.

Finalmente, cabe destacar que o presente estudo possui algumas limitações. Tendo em vista que as unidades básicas de saúde - onde as entrevistas foram realizadas – encontram-se na periferia do município de Passo Fundo, o estudo pode apresentar algum viés de seleção da amostra, em decorrência da representatividade parcial da população municipal. Ainda, é importante ratificar que a coleta de dados ocorreu através de informações precedentes que, no geral, foram relatadas pelas mães entrevistadas, podendo haver viés de memória das participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a partir dos baixos e preocupantes índices encontrados no presente estudo e dos demais encontrados na literatura global, destaca-se a importância de fortalecer ações, políticas e programas que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno, dado que o desmame precoce pode acarretar graves consequências à saúde da criança, além de privar o binômio mãe-filho de inúmeros benefícios.

Além do mais, variações nas taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) são relacionadas a diferenças regionais e culturais nas políticas e práticas que dizem respeito à amamentação. Dessa forma, intervenções educativas durante o período pré-natal, perinatal e pós-natal, tanto dentro quanto fora das unidades de saúde, são medidas essenciais para corrigir informações equivocadas sobre a introdução de alimentos complementares e para desencorajar o uso – não indicado - de fórmulas infantis em momentos inadequados.

Sendo assim, deve-se capacitar as equipes de saúde, a fim de promover de forma eficaz o aleitamento materno, apoiando as mães para que se sintam confiantes diante das dificuldades da amamentação exclusiva e para que tenham ciência da existência de uma rede de suporte à disposição, composta por familiares, amigos e profissionais de saúde. Dessa maneira, estratégias como visitas domiciliares e educação focada no pré-natal e pós-parto podem melhorar o conhecimento e as atitudes em relação à amamentação.

Em suma, para impulsionar o aleitamento materno exclusivo e suas vantagens, urge instituir um esforço coordenado entre educação, suporte comunitário e práticas de saúde pública. A partir dessas medidas, pode-se pensar em alcançar os índices – ainda distantes – idealizados por entidades como a Organização Mundial da Saúde para os próximos anos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding. WHO; 2023 Dec. [access in 2024 apr 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. Ministério Da Saúde (BR). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. [s.l: s.n.] 2019. [acesso em 2024 abr 16]. Available from:

- <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf>
3. Kliegman RM.; Marcandante KJ; Schuh AM. Nelson essentials of pediatrics. 9th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2022.
 4. Lyons KE.; Ryan CA; Dempsey EM; Ross RP; Stanton C. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients* [periódico *online*]. 2020 [acesso em 2024 abr 19]. v. 12, n. 4, p 1039. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231147/>
 5. 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* [periódico *online*]. 2016 [acesso em 2024 abr 18]. v. 387, n. 10017, p. 475–490. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>
 6. Horta BL; Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: A SYSTEMATIC REVIEW. World Health Organization. 2013 [acesso em 2024 mar 19]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf?sequence=1
 7. Nass EMA; Marcon SS; Teston EF; Monteschio LVC; Reis P; Vieira VCL. Atores maternos e o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo. *Rev Pesqui.* [periódico *online*]. 2021 [acesso em 2024 abr 8]. p. 1698–1703. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344168>
 8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Doenças Maternas Infeciosas e Amamentação - Atualização. SPB; Agosto de 2022. [acesso em 2024 abr 24]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/doencas-maternas-infeciosas-e-amamentacao-atualizacao/>
 9. Maritalia D; Agustina A; Malia A. The Effect of Knowledge about Exclusive Breastfeeding on Mother' Behavior in Providing Exclusive Breastfeeding. *Proceedings of Malikussaleh International Conference On Education Social Humanities And Innovation (Miceshi)*, 2024. [acesso em 2024 mar 15]. v. 1, p. 0016–0016. Disponível em: <https://proceedings.unimal.ac.id/miceshi/article/view/482>
 10. Restrepo-Nieto N; Herrera-Medina R; Fuertes-Bucheli JF; Osorio-Murillo O; Castro-Valencia C. A strategy to improve exclusive breastfeeding through prenatal and postnatal information and communication, Cali (Colombia): 2014-2017. *Univ Salud* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 abr 6]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/375889970_A_strategy_to_improve_exclusive_breastfeeding_through_prenatal_and_postnatal_information_and_communication_A_quasi-experimental_randomized_study
 11. Mohammed S; Yakubu I; Fuseini AG; Abdulai AM; Yakubu YH. Systematic review and meta-analysis of the prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the first six months of life in Ghana. *BMC public health* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 abr 12]. v. 23, n. 1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15758-w>
 12. Silva ALB; Ferreira CRS; Santos PG; Oliveira ERA; Miotto MHMB. Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: uma revisão de escopo. *Revista CEFAC* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 abr 2]. v. 25, n. 5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/y37LdDPtmNPwXPKSR4CrRKN/?lang=pt#>
 13. Taveiro EAN.; Vianna EYS; Pandolfi MM. Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo em Bebês de 0 a 6 Meses Nascidos em um Hospital e Maternidade do Município de São Paulo. *Rev bras ciênc Saúde* [periódico *online*]. 2020 [acesso em

- 2024 abr 15]. p. 71–82. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1087534>
14. Mosquera OS; Lourenço BH; Matijasevich A; Castro MC; Cardoso MA. Prevalence and predictors of breastfeeding in the MINA-Brazil cohort. *Rev saúde pública* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 abr 12]. v. 57, n. Supl.2, p. 1–13. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2023.v57suppl2/2s/pt/>
 15. Faria ER; Silva DDF; Passberg LZ. Fatores relacionados ao aleitamento materno exclusivo no contexto da Atenção Primária à Saúde. *CoDAS* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 mar 18]. v. 35, n. 5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37820194/>
 16. Dias EG; Santos EF; França VC; Campos LM; Caldeira MB. Investigação do aleitamento materno com foco sobre a exclusividade dessa prática no primeiro semestre de vida da criança, em um município do norte de Minas Gerais. *J Health Biol Sci* [periódico *online*]. 2024 [acesso em 2024 mar 9]. 12(1):1-6. Disponível em: <https://unichristus.emnuvens.com.br/jhbs/article/view/5076/1878>
 17. Bodanese AP; Carneiro ALS; Ribeiro BGM. The main difficulties encountered by primipara and multipara women in breastfeeding with exclusive breastfeeding. *Research, Society and Development* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 mar 6]. [S. l.], v. 12, n. 5, p. e12012541619. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41619>
 18. Faleiro DC; Scherer MR; Martins W; Strada CFO. Análise dos determinantes da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Rev JRG de Estudos Acadêmicos* [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 abr 17]. v. 6, n. 13, p. 1626–1639. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/730>
 19. Rodighero NP; Lindemann IL; Ciocari G. Adesão ao aleitamento materno exclusivo em Passo Fundo - RS nos primeiros seis meses de vida [dissertação]. Passo Fundo(RS): Universidade Federal da Fronteira Sul; 2018 [acesso em 2024 abr 19]. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/2876>
 20. Mendes FHS; Araújo G; Nascimento ECF; Costa FJLS; Alves TCP; Marques TMNC *et al.* Fatores associados a manutenção e interrupção do aleitamento materno exclusivo: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development* [periódico *online*]. 2024 [acesso em 2024 abr 6]. v. 13, n. 2, p. e2913244962–e2913244962. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44962>
 21. Silva MA; Soares MM; Fonseca PCA; Vieira AS; Carvalho CA; Amaral RM *et al.* Relação entre os tipos de aleitamento materno e o consumo de vitamina A e ferro em crianças de 6 a 12 meses. *Ciênc saúde coletiva* [periódico *online*]. 2019 [acesso em 2024 abr 21]. v. 24, n. 11, p. 4009–4018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qtC6NbFpmKhDdXBHztV79ts/#>
 22. Nações Unidas Brasil. WFP mostra benefícios do aleitamento no Dia Mundial de Doação de Leite Humano. 2022 [acesso em 2024 mar 2]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/182774-wfp-mostra-benef%C3%ADcios-do-aleitamento-no-dia-mundial-de-doa%C3%A7%C3%A3o-de-leite-humano#:~:text=Uma%20das%20metas%20globais%20de,per%C3%ADodo%20deve%20ser%20de%2070%25>
 23. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil. Aleitamento Materno – Relatório 4. 2019 [acesso em 2024 abr 4]. Disponível em: [https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-4-aleitamento-materno/#:~:text=A%20dura%C3%A7%C3%A3o%20mediana%20do%20AME,Sul%20\(12%2C5%25\)](https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-4-aleitamento-materno/#:~:text=A%20dura%C3%A7%C3%A3o%20mediana%20do%20AME,Sul%20(12%2C5%25))

24. Sukarawan S; Thapinta D; Xuto P; Chaloumsuk N. Determinants and Prevalence of Exclusive Breastfeeding Among Thai Muslim Mothers: A Cross-sectional Analysis. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. [periódico *online*]. 2024 [acesso em 2024 mar 19]. v. 28, n.2, p.390-406. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/265857/182779>
25. Borges GRP; Ribeiro CTS; Ammon CB; Marques LSLP; Maia FS; Teixeira PHF. Aleitamento materno: imprescindível nos seis primeiros meses de vida. *Brazilian Journal of Health Review* [periódico *online*]. 2024 [acesso em 2024 mar 5]. v. 7, n. 1, p. 3896-3908. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66870/47664>
26. Hailemariam TW; Adeba E; Sufa A. Predictors of early breastfeeding initiation among mothers of children under 24 months of age in rural part of West Ethiopia. *BMC public health* [periódico *online*]. 2015 [acesso em 2024 mar 18]. v. 15, n. 1, p. 3896-3908. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26489955/>
27. Vasconcelos TC; Barbosa DJ; Gomes MP. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. *Rev Pró-UniverSUS* [periódico *online*]. 2020 [acesso em 2024 abr 26]. v. 11, n. 1, p. 80-87. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2208/1397>
28. Agyekum MW; Codjoe SNA; Dake FAA; Abu M. Is Infant birth weight and mothers perceived birth size associated with the practice of exclusive breastfeeding in Ghana? *PloS one* [periódico *online*]. 2022 [acesso em 2024 abr 6]. v. 17, n. 5, p. e0267179–e0267179. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35511936/>
29. Tampah-Naah AM.; Kumi-Kyereme A. Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* [periódico *online*]. 2013 [acesso em 2024 mar 8]. v. 8, n. 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852847/>
30. Ersen G; Kasim I; Agadayi E; Alsancak AD; Sengezer T; Ozkara A. Factors Affecting the Behavior and Duration of Breastfeeding Among Physician Mothers. *J Hum Lact* [periódico *online*]. 2020 [acesso em 2024 abr 18]. v. 36, n. 3, p. 471–477. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31895600/#:~:text=Results%3A%20Participants%20mean%20duration%20of,%25%20\(n%20%3D%2075\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31895600/#:~:text=Results%3A%20Participants%20mean%20duration%20of,%25%20(n%20%3D%2075))
31. Muelbert M; Giugliani ERJ. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. *BMC public health* [periódico *online*]. 2018 [acesso em 2024 abr 10]. v. 18, n. 1. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5585-4#Sec3>
32. Flaherman VJ; McKean M; Braunreuther E; Kair LR; Cabana MD. Minimizing the Relationship Between Early Formula Use and Breastfeeding Cessation by Limiting Formula Volume. *Breastfeed med* [periódico *online*]. 2019 [acesso em 2024 mar 12]. v. 14, n. 8, p. 533–537. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6791478/>
33. Brahm P; Valdés V. Benefícios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev chil pediatr* [periódico *online*]. 2017 [acesso em 2024 mar 15]. v. 88, n. 1, p. 07-14. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
34. Ferreira RMM; Santos DC; Vilela LBF; Oliveira TL; Egea MB. Early introduction of complementary foods in infants under six months: a case study from Rio Verde,

- Brazil. Food Sci Technol [periódico *online*]. 2022 [acesso em 2024 mar 22]. v. 42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cta/a/mxbBS6zyfn3RP8x5sLfJFMF/#>
35. Porto JP; Bezerra VM; Netto MP; Rocha DS. Aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida: estudo de coorte no sudoeste da Bahia, 2018. Epidemiol Serv Saúde [periódico *online*]. 2021 [acesso em 2024 abr 8]. v. 30, n. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6wTp3QnKQBmP9Fqm6tNMXkB/?lang=pt#>
 36. Takemoto AY; Soares SB; Birolim MM; Prado E; Rossa R; Michalczyzyn KC *et al.* Prática do aleitamento materno exclusivo: conhecimento de gestantes. Arq. ciências saúde UNIPAR [periódico *online*]. 2023 [acesso em 2024 mar 22]. v. 27, n. 8, p. 4170–4182. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1443397>
 37. Monteiro JCS; Dias FA; Stefanello J; Reis MCG; Nakano MAS; Gomes-Sponholz FA. Breast feeding among Brazilian adolescents: Practice and needs. Midwifery [periódico *online*]. 2014 [acesso em 2024 abr 2]. v. 30, n. 3, p. 359–363. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813000995?via%3Dihub>
 38. Oliveira MGOA; Lira PIC; Filho MB; Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. Rev bras epidemiol [periódico *online*]. 2013 [acesso em 2024 abr 26]. v. 16, n. 1, p. 178–189. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6b6QPDx3LzPwKttYBGmB8hb/?lang=pt#>
 39. Lima APE; Castral TC; Leal LP; Javorski M; Sette GCS; Scochi CGS *et al.* Exclusive breastfeeding of premature infants and reasons for discontinuation in the first month after hospital discharge. Rev Gaúcha Enferm [periódico *online*]. 2019 [acesso em 2024 mar 20]. v. 40, p. e20180406. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xXXxCrKbxXfhrvnt5xJSxJp/?lang=en#>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a execução das etapas propostas nas disciplinas de Trabalho de Curso I, II e III, conclui-se que os principais objetivos da presente pesquisa foram atingidos, tendo em vista que a tentativa de estabelecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e a sua relação com fatores diversos na Atenção Primária em Saúde pôde ser alcançada. Foi encontrado que a maior parte da amostra estudada realizou esse modelo de nutrição por no máximo 1 mês, enquanto que apenas cerca de 14% realizaram-no de maneira adequada (até 6 meses), sendo que a hipótese inicial para este último resultado era de 45%. Ademais, foi possível listar os principais alimentos e/ou bebidas que são oferecidos aos lactentes, além de determinar a prevalência do uso de fórmulas infantis e a idade de introdução desse produto. Ainda, observou-se que alguns fatores (como ocorrência de amamentação na primeira hora de vida e peso ao nascer adequado) favoreceram o estabelecimento do AME por um maior tempo.

Desse modo, o presente estudo, além de incentivar a produção científica acadêmica, pode servir como ferramenta para orientação de políticas públicas e intervenções educativas mais eficazes e direcionadas, visto que demonstra o perfil populacional e os principais fatores que podem vir a influenciar a perduração do AME, além de identificar os principais itens alimentares ofertados. Profissionais de saúde têm um papel crucial na orientação e suporte às mães, garantindo que recebam informações corretas e práticas sobre a importância do AME e como superar as dificuldades comuns. Assim, espera-se que as conclusões deste estudo contribuam significativamente para a promoção da saúde infantil e o fortalecimento das políticas públicas de apoio ao aleitamento materno.