

Associação entre insegurança alimentar e aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida*

Association between food insecurity and exclusive breastfeeding during the first month of life

Como citar este artigo:

Silva LV, Balde MS, Otoni A, Carmo AS, Bila WC, Santos LC, et al. Association between food insecurity and exclusive breastfeeding during the first month of life. Rev Rene. 2026;27:e96776. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796776>

 Laudicéia Vidal da Silva¹
 Mohamed Saido Balde¹
 Alba Otoni¹
 Ariene Silva do Carmo²
 Wendell Costa Bila³
 Luana Caroline dos Santos⁴
 Márcia Christina Caetano Romano¹

*Extraído de dissertação “Aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida: quais são os fatores associados?”, Universidade Federal de São João del-Rei, 2025.

¹Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, MG, Brasil.

³Universidade do Estado de Minas Gerais. Divinópolis, MG, Brasil.

⁴Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente:

Márcia Christina Caetano Romano
Rua Belvedere, 530 - Manoel Valinhas.
CEP: 35500-287. Divinópolis, MG, Brasil.
E-mail: marciachristinacs@ufsj.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Suellen Cristina Dias Emidio 

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre a insegurança alimentar e o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê. **Métodos:** estudo transversal realizado com 141 binômios (mães e bebês). Foram obtidos dados clínicos e socioeconômicos referentes à depressão pós-parto, segurança alimentar e alimentação da criança. Aplicou-se o modelo de regressão logística múltipla para a análise de dados. **Resultados:** a prevalência de insegurança alimentar foi de 17,7%, enquanto a de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês atingiu 69,5%, sem associação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Bebês de mães com ensino médio completo apresentaram chance 4,32 vezes maior de estarem em aleitamento materno exclusivo ($p=0,03$). Mães com suporte familiar nos cuidados com o bebê tiveram 3,73 vezes mais chance de aleitamento materno exclusivo ($p=0,02$). **Conclusão:** não se constatou uma associação entre a insegurança alimentar e o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida. Maior escolaridade materna e o apoio da rede familiar foram fatores independentes associados ao desfecho. **Contribuições para a prática:** a avaliação do nível educacional materno e o estímulo ao suporte familiar são subsídios fundamentais para a práxis da enfermagem no planejamento de ações eficientes de promoção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo. **Descritores:** Aleitamento Materno; Insegurança Alimentar; Fatores Sociodemográficos; Puerpério.

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between food insecurity and exclusive breastfeeding during an infant's first month of life. **Methods:** this cross-sectional study was conducted with 141 mother-infant dyads. Clinical, socioeconomic, postpartum depression, food security, and infant feeding data were collected. Multiple logistic regression analysis was performed. **Results:** the prevalence of food insecurity was 17.7%, whereas the prevalence of exclusive breastfeeding during the first month of life was 69.5%, with no statistically significant association between these variables. Infants whose mothers had completed high school were 4.32 times more likely to be exclusively breastfed ($p=0.03$). Mothers who received family support in infant care were 3.73 times more likely to practice exclusive breastfeeding ($p=0.02$). **Conclusion:** no association was found between food insecurity and exclusive breastfeeding during the first month of life. Higher maternal educational attainment and family support were identified as independent factors associated with the outcome. **Contributions to practice:** assessing maternal educational attainment and promoting family support provide essential guidance for nursing practice in planning effective interventions to promote and encourage exclusive breastfeeding.

Descriptors: Breast Feeding; Food Insecurity; Sociodemographic Factors; Postpartum Period.

Introdução

Durante o primeiro semestre de vida, o aleitamento materno exclusivo (AME) é considerado a condição ideal para a nutrição e o desenvolvimento do lactente, demonstrando a sua importância para a maturação orgânica. Esse modo de alimentação é caracterizado quando a criança consome leite extraído diretamente da fonte (mama) ou por meio de ordenha, incluindo o leite de doadoras, sem receber quaisquer outros fluidos ou alimentos sólidos e semissólidos. Abre-se exceção apenas para a administração de gotas ou xaropes contendo vitaminas, soluções de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos⁽¹⁾.

O primeiro mês de vida do lactente constitui uma etapa decisiva para a consolidação de um aleitamento materno eficaz e prolongado. O sucesso da prática da amamentação nesse estágio crítico eleva consideravelmente a probabilidade de manutenção desse hábito a longo prazo. Consequentemente, esse cenário demanda aportes financeiros, programáticos e científicos direcionados ao incentivo do aleitamento e ao fortalecimento da saúde materno-infantil⁽²⁾.

A consolidação do AME frequentemente impõe desafios significativos às mulheres, especialmente durante as fases de puerpério imediato (compreendido entre o 1º e o 10º dia pós-parto) e mediato (do 11º ao 45º dia pós-parto). Essa transição expõe a puérpera a intensas oscilações hormonais, fisiológicas, psicológicas e sociais, configurando um cenário de maior vulnerabilidade que pode repercutir diretamente no sucesso do aleitamento⁽³⁾.

Diferentes fatores biológicos, sociais e ambientais influenciam o AME. Por exemplo, o parto cesáreo e o baixo peso ao nascer podem dificultar sua prática. Por outro lado, o acolhimento relacionado à lactação e o suporte familiar na preparação para a chegada do neonato favorecem sua implementação⁽⁴⁾. A depressão pós-parto também se destaca como um fator relevante, pois interfere na capacidade de a mãe amamentar, afetando a amamentação exclusiva durante o período puerperal⁽⁵⁾. Além disso, fatores sociodemográficos,

como baixa escolaridade materna e renda familiar, bem como a baixa qualidade do acompanhamento pré-natal, são apontados como barreiras para essa prática⁽⁶⁾.

Pesquisas sobre a relação entre a insegurança alimentar e o AME são escassas, principalmente no período puerperal, não havendo um consenso sobre essa associação e sobre os mecanismos que envolvem esse fenômeno. Achados apontam que mães com insegurança alimentar moderada manifestam maior intenção de amamentar⁽⁷⁾. De forma contrária, uma revisão sistemática verificou que crianças cujas famílias apresentavam insegurança alimentar tinham menos chance de amamentar⁽⁸⁾. Uma revisão de escopo atual encontrou apenas 12 estudos sobre o tema com resultados divergentes, de modo que os autores ressaltam a importância de novas pesquisas para maior esclarecimento sobre a relação entre esses elementos⁽⁹⁾.

Ressalta-se que a taxa de AME no Brasil em geral é de 59,7% entre os lactentes com idade inferior a quatro meses, declinando para 45,8% naqueles com menos de 180 dias de vida⁽¹⁰⁾. Tais índices situam-se abaixo dos parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância⁽¹¹⁾, apontando a relevância de mais investigações que gerem indicadores para o aperfeiçoamento de políticas públicas direcionadas ao fomento da amamentação plena no país⁽¹²⁾. Sob esse prisma, o objetivo desta pesquisa consiste em analisar a associação entre a insegurança alimentar e o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê.

Métodos

Desenho do estudo e local

Trata-se de um estudo transversal, conduzido em conformidade com as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). A pesquisa foi realizada em uma cidade da região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil, a aproximadamente 120 km de distância da capital, Belo Horizonte.

População

A população elegível para este estudo foi composta pela totalidade de crianças nascidas em fevereiro de 2024 que atendiam aos critérios de inclusão. A identificação dos participantes ocorreu a partir de uma relação obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 185 crianças. Desse total, foram excluídos 24 casos devido à mudança de domicílio da família para outro município após o nascimento, e 20 recusaram-se a participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi constituída por 141 binômios (mães e filhos). Os critérios de inclusão estabelecidos foram a residência da família no município sede do estudo e a ausência de intercorrências clínicas no neonato que pudessem comprometer a amamentação, tais como prematuridade, síndromes ou outros agravos de saúde.

Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida por uma enfermeira e por uma graduanda em enfermagem, ambas devidamente capacitadas para a função. Previamente e ao longo de todo o período de execução, uma pesquisadora experiente realizou o treinamento e o acompanhamento das entrevistadoras quanto à aplicação dos instrumentos e das técnicas adotadas.

Por meio de visitas domiciliares, as mães responderam a formulários estruturados contendo questões sobre o perfil sociodemográfico e os aspectos clínicos maternos e neonatais. Adicionalmente, aplicaram-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)⁽¹³⁾, o critério de classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽¹⁴⁾, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo⁽¹⁵⁾ e o formulário de marcadores do consumo alimentar para crianças menores de seis meses de vida, vinculado ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional⁽¹⁶⁾.

Período e coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e

abril de 2024. A variável dependente adotada foi o AME, avaliada por meio do formulário de marcadores do consumo alimentar para lactentes menores de seis meses, do qual foram derivados os indicadores de AME. Para essa classificação, analisaram-se as respostas sobre a ingestão alimentar nas últimas 24 horas anteriores à entrevista, cujas opções eram “sim”, “não” e “não sabe”⁽¹⁶⁾. As perguntas-chave investigavam a oferta de leite materno e de outros líquidos ou alimentos. O critério para definir o AME se baseou no consumo exclusivo de leite materno no dia anterior, sem qualquer outra adição líquida ou sólida, incluindo água e chás. Os lactentes foram classificados como “não estando em AME” quando consumiram outros alimentos ou líquidos além do leite materno no dia anterior, tais como água, chá, suco de fruta, frutas, leite de vaca, fórmula infantil, mingau, comida salgada ou itens não especificados. Essa categoria abrangeu também os casos de aleitamento misto, uso exclusivo de fórmula infantil ou de leite de vaca^(1,16).

A principal variável independente correspondeu à presença de insegurança alimentar no domicílio (sim/não), mensurada pela EBIA, composta por 14 itens. A classificação seguiu o somatório de respostas afirmativas, sendo: 0 pontos para segurança alimentar; 1 a 5 pontos para insegurança alimentar leve; 6 a 9 pontos para insegurança alimentar moderada; e 10 a 14 pontos para insegurança alimentar grave⁽¹³⁾. Na presente investigação, a pontuação zero foi categorizada como ausência de insegurança alimentar, enquanto as demais pontuações caracterizaram a sua presença.

O modelo analítico foi composto por variáveis biológicas, ambientais e sociodemográficas reconhecidamente associadas ao desfecho⁽⁴⁻⁶⁾. As variáveis independentes incluíram aspectos sociodemográficos maternos como: faixa etária (menor de 25 anos, de 25 a 34 anos, 35 anos ou mais); cor da pele autodeclarada (branca e não branca); escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo); classificação socioeconômica familiar (classes A, B1, B2, C1, C2 e E, em que A representa o maior nível, e

E, o menor)⁽¹⁴⁾; reside com o companheiro; trabalho formal; e o suporte do pai e de familiares nos cuidados com o bebê.

Foram avaliados, ainda, aspectos clínicos maternos e do lactente como: gravidez planejada; paridade (número anterior de filhos); número de consultas pré-natal (≥ 6 ou < 6)⁽¹⁷⁾; sexo do bebê (feminino ou masculino); sinais e sintomas de depressão⁽¹⁵⁾; idade gestacional (a termo ou pré-termo); via de parto (vaginal ou cesárea); e escore de Apgar no 1º e 5º minutos (≥ 7 ou < 7). O estado nutricional do bebê foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal por idade como eutrofia (escore $Z \geq -2$ e $\leq +1$), magreza (escore $Z \geq -3$ e < -2), magreza acentuada (escore $Z < -3$), risco de sobrepeso (escore $Z > +1$ e $\leq +2$), sobrepeso (escore $Z > +2$ e $\leq +3$) e obesidade (escore $Z > +3$). Por fim, avaliou-se o perímetro cefálico por idade como adequado ($\leq +2$ e ≥ -2 escores Z), abaixo do esperado (< -2 escores Z) e acima do esperado ($> +2$ escores Z)⁽¹⁸⁾.

Análise estatística

A tabulação dos dados foi realizada inicialmente no programa *Microsoft Excel*®, sendo exportados para o *software* SPSS, versão 23.0. Após a verificação de consistência do banco de dados, procedeu-se às análises descritiva, univariada e multivariada.

As variáveis categóricas foram expressas por meio de frequências absolutas e relativas. Para identificar os fatores associados ao AME, utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla. As variáveis explicativas que apresentaram valor de p menor que 0,20 na análise univariada (regressão logística binária) foram inseridas no modelo multivariado pelo método *backward* e validadas via método *forward*, com a exclusão individual daquelas de menor significância estatística (maior valor de p). Esse processo iterativo foi mantido até que restassem no modelo apenas as variáveis com significância de p menor que 0,05. Potenciais variáveis de confundimento descritas na literatura, como nível socioeconômico, faixa etária e escolaridade, também foram testadas.

A qualidade do ajuste do modelo final foi verifi-

cada pelo teste de Hosmer-Lemeshow, adotando-se a Razão de Chances (*Odds Ratio* [OR]) com Intervalo de Confiança de 95% (IC) como medida de efeito.

Aspectos éticos

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, sob Parecer nº 6.621.243/2023 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 68353923.9.0000.5545.

Resultados

No total, 141 puérperas integraram a pesquisa. Desse universo, a maioria tinha idade entre 25 e 34 anos (61%), e pouco mais da metade (50,4%) se autodeclarou não branca. As demais características sociodemográficas da população estudada estão discriminadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n=141). Divinópolis, MG, Brasil, 2024

Variáveis	n (%)
Faixa etária da mãe (anos)	
<25	28(19,9)
25 a 34	86 (61,0)
≥ 35	27 (19,1)
Cor da pele materna	
Branca	70 (49,6)
Não branca	71 (50,4)
Escolaridade da mãe	
Ensino fundamental incompleto/completo	11 (7,8)
Ensino médio incompleto/completo	70 (49,6)
Ensino superior incompleto/completo	60 (42,6)
Classificação socioeconômica da família*	
A	1 (0,7)
B1	8 (5,7)
B2	75 (53,2)
C1	31 (22)
C2	26 (18,4)
Mãe reside com companheiro	
Sim	132 (93,6)
Não	9 (6,4)
Mãe com trabalho formal	
Não	36 (25,5)
Sim	105 (74,5)
Apoio do pai nos cuidados com o bebê	
Sim	133(94,3)
Não	8 (5,7)
Apoio dos familiares nos cuidados com o bebê	
Sim	127(90,1)
Não	14 (9,9)

*A: Classe mais alta da população; B (B1 e B2): Alta classe média; C (C1 e C2): Classe média tradicional

Entre as famílias avaliadas, 25 (17,7%) enfrentaram problemas de insegurança alimentar. O percentual de aleitamento materno foi de 69,5%. No que diz respeito às mães, 96,5% realizaram mais de seis consultas de pré-natal, e 70,2% planejaram a gravidez. A via de parto cesárea foi a mais frequente, representando 51,7% dos casos. Além disso, uma parcela importante das mães (40,4%) exibiu sinais e sintomas de depressão pós-parto. Quanto aos bebês, a maioria (71,6%) estava em estado eutrófico e apresentou boa vitalidade no primeiro e no quinto minuto, com taxas de 95% e 99,3%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Insegurança alimentar, aspectos clínicos e antropométricos dos participantes do estudo. Divinópolis, MG, Brasil, 2024

Variáveis	n (%)
Classificação da insegurança alimentar	
Segurança alimentar	116 (82,3)
Insegurança alimentar	25 (17,7)
Aleitamento materno exclusivo	
Sim	98 (69,5)
Não	43 (30,5)
Gravidez planejada	
Sim	99 (70,2)
Não	42 (29,8)
Número anterior de filhos	
0	66 (46,8)
1	54 (38,3)
2	16 (11,3)
3	5 (3,6)
Número de consultas pré-natal	
<6	5 (3,5)
≥ 6	136 (96,5)
Sexo do bebê	
Feminino	64 (45,4)
Masculino	77 (54,6)
Sinais e sintomas de depressão	
Não	84 (59,6)
Sim	57 (40,4)

(the Table 2 continue...)

Variáveis	n (%)
Idade gestacional	
Pré-termo	12 (8,5)
A termo	129 (91,5)
Via de parto	
Cesárea	73 (51,7)
Vaginal	68 (48,2)
Apgar no 1º minuto	
<7	7 (5)
≥ 7	134 (95)
Apgar no 5º minuto	
<7	1 (0,7)
≥ 7	140 (99,3)
Classificação do Índice de Massa Corporal por idade	
Magreza acentuada	4 (2,8)
Eutrófico	101 (71,6)
Risco de sobrepeso	14 (9,9)
Sobrepeso	8 (5,7)
Obesidade	5 (3,6)
Classificação do perímetro cefálico por idade	
Abaixo do esperado	8 (5,7)
Adequado	126 (89,3)
Acima do esperado	7 (5)

A análise multivariada não encontrou relação entre o AME e a insegurança alimentar. Entretanto, houve associação significativa entre a escolaridade materna e o apoio de familiares com o desfecho. Bebês de mães com ensino médio apresentaram 4,32 vezes mais chance de estarem em AME (OR: 4,32; IC95%: 1,13–16,42) em comparação com aqueles cujas mães tinham apenas o ensino fundamental. Da mesma forma, mães que contavam com o suporte de familiares tiveram 3,73 vezes mais chance de amamentar exclusivamente em comparação com as que não possuíam esse apoio (OR: 3,73; IC95%: 1,17–11,85), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Modelo de regressão logística múltipla para o desfecho aleitamento materno exclusivo dos participantes do estudo. Divinópolis, MG, Brasil, 2024

Variáveis	Regressão univariada			Regressão multivariada		
	Odds Ratio	IC95%*	p-valor	Odds Ratio	IC95%	p-valor [†]
Classificação de segurança alimentar						
Insegurança alimentar	1					
Segurança alimentar	1,67	(0,68; 4,10)	0,250			
Faixa etária da mãe (anos)						
<25	1					
25 a 34	0,53	(0,19; 1,46)	0,220		–	–
≥ 35	0,64	(0,19; 2,20)	0,480			
Cor da pele materna						
Não branca	1					
Branca	0,80	(0,39; 1,64)	0,540		–	–
Escolaridade da mãe						
Ensino fundamental	1			1		
Ensino médio	4,05	(1,09; 15,03)	0,030	4,32	(1,13; 16,42)	0,030
Ensino superior	2,22	(0,60; 8,17)	0,220	2,31	(0,61; 8,68)	0,210
Classificação socioeconômica da família [‡]						
C1+C2	1					
A+B1+B2	0,71	(0,33; 1,50)	0,370		–	–
Mãe reside com companheiro						
Não	1					
Sim	3,09	(0,78; 12,14)	0,100		–	–
Mãe trabalha fora						
Sim	1					
Não	1,19	(0,51; 2,75)	0,680		–	–
Apoio do pai nos cuidados com o bebê						
Não	1					
Sim	2,41	(0,57; 10,12)	0,230		–	–
Apoio dos familiares nos cuidados com o bebê						
Não	1			1		
Sim	3,50	(1,13; 10,82)	0,020	3,73	(1,17; 11,85)	0,020
Gravidez planejada						
Não	1					
Sim	1,03	(0,47; 2,25)	0,930		–	–
Número anterior de filhos						
3	1					
2	1,50	(0,19; 11,53)	0,690			
1	4,73	(0,71; 31,46)	0,100		–	–
0	3,71	(0,57; 23,99)	0,160			
Número de consultas pré-natal						
<6	1					
≥ 6	0,56	(0,06; 5,15)	0,600		–	–
Sexo do bebê						
Masculino	1					
Feminino	0,89	(0,43; 1,84)	0,770			
Sinais e sintomas de depressão						
Sim	1					
Não	1,43	(0,69; 2,96)	0,330			
Idade gestacional						
Pré-termo	1					
A termo	1,71	(0,51; 5,72)	0,380			
Via de parto						
Cesárea	1					
Vaginal	0,96	(0,47; 1,97)	0,920			
Apgar no 1º minuto						
< 7	1					
≥7	1,76	(0,37; 8,23)	0,470			
Classificação do Índice de Massa Corporal por idade						
Magreza	1					
Eutrófico	1,55	(0,46; 5,14)	0,470			
Sobrepeso/obesidade	1,25	(0,31; 4,9)	0,750			
Classificação do perímetro cefálico por idade						
Alterado	1					
Adequado	1,60	(0,53; 4,82)	0,400			

*IC: Intervalo de Confiança; †Nível de significância; ‡C1+C2: Classe média tradicional; A: Classe mais alta da população; B (B1 e B2): Alta classe média

Discussão

Em nossa investigação, a insegurança alimentar não foi associada estatisticamente ao AME no primeiro mês de vida. Este resultado corrobora outra pesquisa⁽⁹⁾, mas opõe a revisão sistemática, uma vez que verificou que mães em insegurança alimentar têm menor chance de amamentar seus bebês. Ressalta-se que a frequência de insegurança alimentar em estudos que encontraram a associação variou de 44,3% a 87%⁽⁸⁾, taxas acima da nossa pesquisa, cuja prevalência foi de 17,7%. A frequência mais baixa de insegurança alimentar provavelmente pode ter ocasionado a redução da força estatística, o que talvez explique os nossos achados.

Entre os participantes, embora a frequência de insegurança alimentar encontrada tenha sido menor que em outras investigações, o acesso irregular e a vulnerabilidade alimentar, caracterizada pelo acesso assistemático e insuficiente a alimentos que permitam uma alimentação equilibrada, foram identificados nos domicílios estudados. Este resultado é relevante, pois é contrário aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁽¹¹⁾ e indica ser imperativo aperfeiçoar programas e políticas para a promoção da segurança alimentar e nutricional⁽¹⁹⁾.

A análise multivariada indicou que possuir pelo menos o ensino médio e receber suporte familiar nos cuidados infantis são fatores que aumentam a probabilidade da prática do AME no primeiro mês de vida. De maneira semelhante aos nossos achados, verifica-se que bebês de mães com nível de escolaridade mais elevado têm 1,44 vezes mais chance de serem amamentados exclusivamente. Isso demonstra que o aspecto educacional aumenta a competência materna para a amamentação, proporcionando maior segurança e destreza em relação ao ato de amamentar⁽²⁰⁾. Mães com ensino médio e superior têm 1,27 vezes mais chance de amamentar seus filhos exclusivamente em comparação com aquelas de menor escolaridade (ensino fundamental)⁽²¹⁾. Além disso, lactantes com maior nível educacional, como graduação e pós-gra-

duação, apresentam uma chance significativamente maior de manter o AME por seis meses, com uma razão de chance ajustada 2,55 vezes superior em relação às mães com níveis de escolaridade mais baixos⁽²²⁾.

Uma explicação provável para esses resultados reside no fato de que uma maior escolaridade contribui para a compreensão materna das orientações sobre o AME e suas vantagens, reforçando o autocuidado e a prática da lactação⁽²²⁾. Adicionalmente, o nível educacional mais elevado propicia um maior letramento em saúde, o que atua como um fator fortalecedor para a manutenção da amamentação exclusiva⁽²³⁾.

Em adição ao nível de escolaridade, o suporte familiar nos cuidados com o bebê foi um fator associado ao AME em nosso estudo. Similarmente, uma pesquisa com crianças indonésias demonstrou uma associação significativa entre o suporte familiar e a prática da amamentação exclusiva, apontando que mães que receberam esse apoio apresentaram 4,12 vezes mais chance de amamentar exclusivamente em comparação com as que não o receberam⁽²⁴⁾. É evidente que o suporte familiar, especialmente do parceiro, tem um impacto positivo no sucesso do início precoce da amamentação, pois reforça a estabilidade emocional da mãe e eleva a sua autoeficácia⁽²⁵⁾. Assim, mães que recebem apoio da família iniciam a amamentação mais cedo e apresentam maior chance de mantê-la de forma exclusiva pelos seis meses recomendados⁽²⁶⁾.

A prevalência de AME foi de 69,5% no primeiro mês de vida entre os bebês avaliados na pesquisa. Esse percentual é próximo ao recomendado pela OMS, que estipula uma meta global de 70% até o ano de 2030⁽³⁾. Em outros cenários, as prevalências de amamentação exclusiva encontradas variaram entre 77,5% e 66,1%, o que demonstra que esse indicador de saúde é multideterminado e depende do contexto socioeconômico e assistencial⁽²⁷⁾.

Uma possível justificativa para a prevalência adequada de AME observada em nosso estudo pode estar relacionada ao fato de que a maioria das mulheres realizou mais de seis consultas de pré-natal, e a maior parte dos bebês apresentou boa vitalidade ao

nascer. Evidências apontam que gestantes que realizam mais de seis consultas de pré-natal habitualmente têm maior acesso a informações sobre a licença-maternidade e receberam apoio para o aleitamento, apresentando, conseqüentemente, uma maior probabilidade de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida da criança⁽²⁸⁾.

Retomando a prevalência de sinais e sintomas de depressão pós-parto observada entre as participantes deste estudo, acende-se um alerta para a necessidade de maior atenção a esse agravio. Frequentemente negligenciado no âmbito da saúde materna, esse transtorno apresenta taxas globais que oscilam entre 13% e 30%, acarretando repercussões graves, com destaque para o risco de suicídio. Nesse contexto, investigações epidemiológicas sobre o tema se tornam fundamentais, sobretudo para fundamentar e impulsionar a criação de políticas públicas direcionadas à saúde mental perinatal⁽²⁹⁾.

Embora este estudo não tenha constatado uma associação direta entre a insegurança alimentar e o AME no primeiro mês de vida, os achados trazem à tona a persistência de desafios críticos para a saúde pública, tais como a vulnerabilidade alimentar e a depressão materna. Por outro lado, a pesquisa confirma o papel determinante da escolaridade e do suporte familiar na consolidação da amamentação. Diante disso, torna-se imperativo o desenvolvimento de ações multiprofissionais que integrem a educação, a saúde mental, a nutrição e a assistência social, visando mitigar as disparidades estruturais e impulsionar o cumprimento das metas globais de aleitamento materno no cenário nacional⁽¹¹⁾.

Limitações do estudo

Entre as limitações, destaca-se o universo de participantes relativamente reduzido, fator que pode ter limitado o poder estatístico para identificar as associações significativas que poderiam ser observadas em populações maiores. Além disso, o delineamento transversal do estudo impede o estabelecimento de relações de causalidade temporal entre as variáveis.

Há também o risco de viés de memória, uma vez que a avaliação da ingestão alimentar se baseou em um recordatório de 24 horas. Apesar dessas restrições, os achados trazem contribuições relevantes para a compreensão do AME no primeiro mês de vida e de seus determinantes.

Contribuições para a prática

Verifica-se que fatores sociais e contextuais exercem papel relevante na manutenção do AME no primeiro mês de vida. Os resultados contribuem para a identificação de grupos prioritários para intervenções e para o desenvolvimento de estratégias intersectoriais que promovam o aleitamento materno e reduzam as desigualdades em saúde.

Ressalta-se, finalmente, a importância do direito de acesso ao ensino público e de qualidade, bem como de políticas de ampliação da licença-paternidade para favorecer o AME, sendo essenciais para corroborar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Conclusão

O estudo não constatou uma associação direta entre a insegurança alimentar e o aleitamento materno exclusivo. No entanto, evidenciou que a maior escolaridade materna e o suporte familiar nos cuidados com o lactente atuam como fatores associados à manutenção dessa prática no início da vida. Verificou-se, ainda, uma elevada proporção de domicílios em situação de vulnerabilidade alimentar, embora a prevalência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida tenha se mostrado alinhada às metas internacionais.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais, financiamento número APQ-01840-24, Edital 001/2024-Demanda Universal, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Silva LV, Balde MS, Otoni A, Carmo AS, Bila WC, Santos LC, Romano MCC.**

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que os dados estão disponíveis de forma completa no corpo do artigo.

Referências

- Teixeira AS, Uchôa JMG, Menezes MIL, Morais SKM, Ribeiro RRG, Rocha LM, et al. Aleitamento materno: Benefícios para a saúde infantil e desenvolvimento. *Braz J Implantol Health Sci*. 2026;6(8):1792-801. doi: <http://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/2947>
- Takemoto AY, Ichisato SMT, Rossa R, Michalczyzyn KC, Prado E, Christoffel MM, et al. Incidence of exclusive breastfeeding: influence of care received during hospitalization for birth. *Rev Gaúcha Enferm*. 2025;46:e20240100. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240100.en>
- Brito APA, Paes SOG, Feliciano WLL, Riesco MLG. Mental distress during the puerperum: the nursing team's knowledge. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e81118. doi: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81118>
- Topanta-Pinta PC, Cóndor APS, Defaz DMM, Landeta AOG, Cadena BLP, Vasco-Morales S. Maternal and neonatal factors associated with exclusive breastfeeding upon hospital discharge. *Rev Bras Enferm*. 2025;78:e20250196. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0196>
- Abdurehim A, Melaku Y, Hassen H, Mosa H, Jemal M, Abawari MJ, et al. Nexus between postpartum depression and exclusive breastfeeding practices among lactating mothers in Assosa Town, West Ethiopia. *Front Nutri*. 2024;11:1357264. doi: <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1357264>
- Silva NCS, Nina TCS, Dorneles VS, Oliveira WL, Branco Junior AG. Factors Associated With Exclusive Breastfeeding in a Primary Health Care Unit in Porto Velho. *Saúde Coletiva*. 2025;16(98):16592-607. doi: <https://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v16i98p16592-16607>
- Castilho BM, Fernandes RC, Hofelmann DA. Intention of breastfeeding and association with sociodemographic, obstetric characteristics and experience with breastfeeding among pregnant women. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2023;23:e20220097. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202300000097-en>
- Buccini G, Larrison C, Neupane S, Palapa M, Schincaglia RM, Brown S, et al. Complex intertwined association between breastfeeding practices and household food insecurity: systematic review and meta-analysis. *Mater Child Nutr*. 2024;20(4):e13696. doi: <http://doi.org/10.1111/mcn.13696>
- Guerrero CH, Cremades R, Sierra-Diaz E, Flores MLL, Murcia-Baquero LM, Sandoval-Pinto E. Association of food security with breastfeeding practices: a scoping review. *Cureus*. 2024;16(5):e61177. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.61177>
- Boccolini CS, Lacerda EMA, Bertoni N, Oliveira N, Alves-Santos NH, Farias DR, et al. Trends of breastfeeding indicators in Brazil from 1996 to 2019 and the gaps to achieve the WHO/UNICEF 2030 targets. *BMJ Glob Health*. 2023;8(9):e012529. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012529>
- Santos ILB, Girianelli VR. Institutional contribution to promoting breastfeeding among working women to achieve Sustainable Development Goals. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2025;50:eddsst1. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/03724en-2025v50eddsst1>
- Venâncio SI, Buccini G. Implementation of strategies and programas for breastfeeding, complementary feeding, and malnutrition of young children in Brazil: advances and challenges. *Cad Saúde Pública*. 2023;39:e00053122. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN053122>

13. Marques ES, Oliveira AGS, Faerstein E. Psychometric properties of a modified version of Brazilian household food insecurity measurement scale - Pró-Saúde study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(8):3175-85. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021268.09182020>
14. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP). Critério Brasil [Internet]. 2024 [cited Jan 12, 2026]. Available from: <https://abep.org/criterio-brasil/>
15. Ministério da Saúde (PT). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: manual de orientação para profissionais de saúde [Internet]. 2006 [cited Jan 1, 2026]. Available from: <https://pt.scribd.com/document/55255018/Promocao-da-Saude-Mental-na-Gravidez-e-Primeira-Infancia>
16. Ministério da Saúde (BR). Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. 2015 [cited Jan 10, 2026]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
17. Andrade LD, Gomes DR, Pires NCC, Silva ILD, Oliveira EA, Oliveira DS. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2022; 11;20(4):610-8. doi: <http://doi.org/10.9771/cm-bio.v20i4.42450>
18. World Health Organization (WHO). Child growth standards software [Internet]. 2019 [cited Jan 5, 2026]. Available from: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>
19. Goulart S, Ravazzani EDA. A influência de programas brasileiros de transferência de renda na qualidade da dieta e na segurança alimentar dos beneficiários. *R Assoc Bras Nutr*. 2025;15:1-13. doi: <https://doi.org/10.47320/rasbran.2024.2717>
20. Kalhor M, Yazdkhasti M, Simbar M, Hajian S, Kiani Z, Khorsandi B, et al. Predictors of exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeeding J*. 2025;20(1):52. doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-025-00744-2>
21. Pratwi WAD, Yorita E, Widyant D, Rina R, Burhan R. Factors affecting exclusive breastfeeding in the working area of the Sawah Lebar Health Center, Bengkulu city. *Contagion*. 2024;12;6(1):334-4. doi: <http://doi.org/10.30829/contagion.v6i1.19229>
22. Giang HTN, Duy DTT, Vuong NL, Ngoc NTT, Pham TT, Duc NTM, et al. Prevalence of exclusive breastfeeding for the first six months of an infant's life and associated factors in a low-middle income country. *Int Breastfeed J*. 2023;18(1):47. doi: <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00585-x>
23. Corrêa ÉCS, Rabelo PPC, Cruz PN, Rolim ILTP, Moraes KL, Bezerra JM. Health literacy among lactating women and the promotion of breastfeeding and maternal and child health. *Rev Esc Enferm USP*. 2025;59:e20250180. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0180en>
24. Marshan J, Pritadrajati, D. Maternal education and children's well-being: evidence from four pacific countries. Asian Development Bank Institute [Internet]. 2023 [cited Apr 13, 2026]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/886766/adb-wp1390.pdf>
25. Sukarni N, Surtinah N, Santoso BJ, Suharto A. Relationship between knowledge, attitude, and family support with exclusive breastfeeding. *Int J Adv Health Sc Tech*. 2024;4(3):132-7. doi: <https://doi.org/10.35882/ijahst.v4i3.342>
26. Indrasari N. Family support to improve maternity mothers' success in early breastfeeding initiation. *J Ilmu Kesehatan*. 2023;8(3):1650-8. doi: <https://doi.org/10.30604/jika.v8i3.2284>
27. Ly AD, Ningrum AG. Factor analysis of exclusive breastfeeding to mothers who work as health personnel in Kupang, Indonesia. *GSC Adv Res Rev*. 2024;18(1):16-21. doi: <http://doi.org/10.30574/gscarr.2024.18.1.0491>
28. Arocha-Zuluaga GP, Caicedo-Velasquez B, Foreiro-Ballesteros LC. Determinantes económicos, sociales y de salud que inciden en la lactancia materna exclusiva en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(9):e00186621. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311XES186621>
29. The Lancet. Perinatal depression: a neglected aspect of maternal health. *Lancet*. 2023;402(10403):667. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01786-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01786-5)



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons