



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA

PRÁTICAS DE APOIO PATERNO E AMAMENTAÇÃO

CAMPINAS
2020

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA

PRÁTICAS DE APOIO PATERNO E AMAMENTAÇÃO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Ciências, na área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA
COORIENTADORA: PROF^a DRA. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA, E ORIENTADA PELO PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA.

CAMPINAS
2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R582p Rocha, Maria Cristina Pauli da, 1978-
Práticas de apoio paterno e amamentação / Maria Cristina Pauli da Rocha.
– Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Sérgio Tadeu Martins Marba.
Coorientador: Rosana de Fátima Possobon.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Apoio social. 2. Aleitamento materno. 3. Pai. I. Marba, Sérgio Tadeu Martins, 1958-. II. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Father's support practices and breastfeeding

Palavras-chave em inglês:

Social support

Breast feeding

Fathers

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Doutora em Ciências

Banca examinadora:

Sérgio Tadeu Martins Marba [Orientador]

Lisabelle Mariano Rossato

Adriana Moraes Leite

Karine Laura Cortellazzi Mendes

Jaqueline Vilela Bulgareli

Data de defesa: 12-08-2020

Programa de Pós-Graduação: Saúde da Criança e do Adolescente

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-3563-6362>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4336686521586645>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA

ORIENTADOR: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

COORIENTADOR: ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

MEMBROS:

1. PROF. DR. SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

2. PROF. DRA. LISABELLE MARIANO ROSSATO

3. PROF. DRA. ADRIANA MORAES LEITE

4. PROF. DRA. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

5. PROF. DRA. JAQUELINE VILELA BULGARELI

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 12/08/2020

DICATÓRIA

A Deus,

por estar constantemente presente, guiando-me e conduzindo-me em todas as etapas de minha vida. Obrigada, pela força nos momentos de fraqueza, pelo consolo nos momentos de lágrimas, pela companhia nos momentos de solidão e por me conduzir sempre ao caminho da felicidade. Obrigada, por ter me sustentado nesta nova caminhada.

A minha família:

A meus queridos pais Mirian e José, mestres da vida, que se dedicaram com fervor, não medindo esforços para a formação pessoal e profissional de seus filhos e que me apoiaram constantemente em todas as minhas iniciativas. Obrigada, pelo amor incondicional, pelo ombro amigo nos momentos de angústia e ansiedade.

A meu esposo, Vanger,

sempre a meu lado, nos bons e nos maus momentos, compartilhando os sucessos e os tropeços da vida. Ao apoio que sempre me dá, que me fortalece e me incentiva para que eu siga em frente com meus objetivos e nunca desista diante das dificuldades. Obrigada, pela paciência, compreensão, e pelas palavras de conforto nos momentos de angústia.

A minha grande riqueza, meu filho Rafael que,

incrivelmente, surpreende-me com sua maturidade e compreensão nos momentos de ausência para que fosse possível tornar concreto este meu sonho. Anjo iluminado, o qual me faz ver o quanto pode tornar simples a transposição de uma barreira, e com seu espírito questionador, enche-me de vontade de crescer e descobrir coisas novas a cada dia.

A meus irmãos, Rodrigo, Mirela e Cibelle

que têm me acompanhado em todas as etapas de minha vida, torcendo e motivando-me para prosseguir em frente sempre.

Agradecimento Especial

Ao Prof. Dr. Sérgio Tadeu Martins Marba, orientador, pelas contribuições e prontidão de sempre.

À Prof.^a Dr.^a Rosana Possobon, Coorientadora, amiga, que me acolheu sempre de braços abertos, acreditando, incentivando e orientando para que este meu grande sonho se concretizasse. Com sabedoria e humildade, soube com excelência entender minhas limitações e exaltar minhas habilidades. Obrigada, pela competência e respeito com que brilhantemente conduziu todo esse processo, desde o surgimento da ideia até sua síntese.



Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses

Rubens Alves

Que a presença de vocês sempre seja assim, um caminho de admiração e exemplo a ser seguido por todos que passam por vocês.

Eternamente Obrigada

Agradecimentos

A minha segunda família, Antônio, Suelly, pelo apoio, torcida e por terem sempre me acolhido tão carinhosamente. Vocês são um presente de Deus em minha vida!

Às Prof^{as}. Dra. Karine Laura Cortellazzi e Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano e aos irmãos Rafael e Guilherme Bovi Ambrosano pelo acolhimento, apoio e contribuições na análise dos dados.

Aos colegas e pacientes do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, por estes quatro anos de muitos aprendizados e pela oportunidade de fazer grandes amigos.

Aos colegas das disciplinas do doutorado pelo apoio, amizade, parcerias, estudos, seminários.

As amigas enfermeiras que me auxiliaram com palavras de conforto e sempre prontas a ajudar, Jucilene Casati Lodi e Lea Rodrigues Sampaio Barbosa.

A todas as gestantes e nutrizes que participaram dessa pesquisa, sem a participação de vocês não seria possível a realização desse trabalho, muito obrigada!!!!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001- em 2017 a 2018.

“O Aleitamento Materno não é uma prática inata e sim é uma habilidade que necessita ser resgatada, uma prática que precisa ser aprendida e apoiada”.

(Rodrigues, Lima, Aoyama, Souza, 2019).

RESUMO

Introdução: O desmame precoce do aleitamento materno é um dos grandes desafios a serem superados no Brasil. De acordo com dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, de 2009, realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses é de 41,0% sendo que a duração mediana do AME é de 54,1 dias. Diante desse contexto, é urgente que as equipes de saúde encontrem estratégias que minimizem os fatores que predis põem ao desmame precoce. Sabe-se que o processo de amamentação pode ser uma fonte causadora de estresse para mãe e que a presença do pai/companheiro pode promover a continuidade da amamentação durante os seis primeiros meses de vida. **Objetivo:** Investigar se a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante a gestação e primeiros seis meses de vida da criança influencia na manutenção do AME até o sexto mês de vida. **Método:** Estudo longitudinal realizado com 310 mulheres participantes dos grupos de gestantes de 22 Unidades de Saúde da Família e 01 Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, em três etapas: durante a gestação, com 30 e com 180 dias de vida da criança. As variáveis dependentes foram AME aos 30 dias e aos 180 dias e as independentes foram dados socioeconômicos, demográficos e gestacionais e sobre o parto e o pós-parto, alimentação da criança aos 30 e 180 dias, retorno da mãe ao trabalho e a percepção de apoio oferecido pelo pai/companheiro. Foram realizadas análises de regressão logística simples e múltipla, sendo estimados os odds ratios brutos e ajustados com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Curvas de sobrevida foram calculadas pelo método de Kaplan Meier. As análises foram realizadas com auxílio dos programas R e SAS, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados:** A probabilidade do AME aos 30 e 180 dias é respectivamente 0,78 e 0,38. Filhas de mães com experiência em amamentar, com pais que tocavam sempre ou quase sempre o ventre da mulher para sentir o movimento do bebê e que moravam em residência não própria, tiveram mais chance de estar em AME aos 30 dias. Aos 180 dias, tiveram mais chance de estar em AME as crianças nascidas de gravidez planejada, com mães com experiência em amamentar, que não ofereceram chupeta, não retornaram ao trabalho e que tiveram uma menor percepção de apoio oferecido pelo companheiro e que eram de famílias de maior renda **Conclusões:** a percepção

de apoio mostrou associação com a manutenção do AME somente aos 180 dias, sendo que quanto maior a percepção da mulher sobre o apoio do pai/companheiro, menor a probabilidade de manutenção do aleitamento materno exclusivo. A escala de apoio paterno utilizada limita-se a avaliar maior ou menor apoio percebido pela mulher, porém não é capaz de avaliar a qualidade desse apoio.

Palavras-chave: Apoio Social; Aleitamento Materno; Pai.

ABSTRACT

Introduction: Early weaning from breastfeeding is one of the greatest challenges to be overcome in Brazil. According to data from the II Breastfeeding Prevalence Survey, 2009, carried out in Brazilian capitals and the Federal District, the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) in children under six months is 41.0%, with a median duration of AME is 54.1 days. Given this context, it is urgent that health teams find strategies that minimize the factors that predispose to early weaning. It is known that the breastfeeding process can be a source of stress for the mother and that the presence of the father / partner can promote the continuity of breastfeeding during the first six months of life. **Objective:** To investigate whether the mother's perception of the support offered by the father / partner during pregnancy and the child's first six months of life influences the maintenance of EBF until the sixth month of life. **Method:** Longitudinal study carried out with 310 women participating in the groups of pregnant women from 22 Family Health Units and 01 Breastfeeding Incentive Center, in a medium-sized city in the interior of the state of São Paulo, in three stages: during pregnancy, with 30 and 180 days of life of the child. The dependent variables were EBF at 30 days and 180 days and the independent ones were socioeconomic, demographic and gestational data and on delivery and postpartum, feeding the child at 30 and 180 days, mother's return to work and the perception of support offered by the parent / partner. Simple and multiple logistic regression analyzes were performed, the gross odds ratios were estimated and adjusted with the respective 95% confidence intervals. Survival curves were calculated using the Kaplan Meier method. The analyzes were performed with the aid of the R and SAS programs, considering the significance level of 5%. **Results:** The probability of EBF at 30 and 180 days is 0.78 and 0.38, respectively. Daughters of mothers with experience in breastfeeding, with fathers who always or almost always touched the woman's womb to feel the baby's movement and who lived in a non-own home, were more likely to be in EBF at 30 days. At 180 days, children born with a planned pregnancy, with mothers with experience in breastfeeding, who did not offer a pacifier, who did not return to work and who had a lesser perception of support offered by their partner, who were from families, were more likely to be in EB. higher income **Conclusions:** the perception of support showed an association with the maintenance of EBF only at 180 days, and the greater the

woman's perception of the support of the father / partner, the lower the probability of maintaining exclusive breastfeeding. The scale of paternal support used is limited to assessing more or less support perceived by the woman, but it is not able to assess the quality of this support.

Keywords: Social Support; Breast Feeding; Fathers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Desenho do estudo

Figura 2. Fluxograma de amostragem

Figura 3. **A.** Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com o retorno ou não ao trabalho pela mãe. **B.** Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante gestação e primeiros meses de vida do bebê. **C.** Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com o retorno ou não ao trabalho pela mãe. **D.** Curva de sobrevivência (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com a introdução ou não de chupeta com 180 dias.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Critérios que definem as práticas de alimentação no primeiro ano de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, 2008.

Artigo 1.

Tabela 1. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a manutenção do AME (aleitamento materno exclusivo) até 30 dias e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamental e apoio oferecido pelo pai/companheiro.

Tabela 2. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a manutenção do AME (aleitamento materno exclusivo) até 180 dias e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamental e apoio oferecido pelo pai/companheiro.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alimentação Complementar
AIC	Critério de Informação de AKAIKE
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESM	Centro de Especialidade à Saúde da Mulher
DPP	Data Provável do Parto
EACA	Escala do apoio do companheiro à amamentação
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
HR	Hazard ratio
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-Nascido
RNs	Recém-nascidos
SRO	Soro de Reidratação Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento Médico
USF	Unidade Saúde da Família

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Percentual
<	Menor
≤	Menor ou igual
>	Maior
≥	Maior ou igual
±	Mais ou menos
n°	Número

SUMÁRIO

1	Introdução	18
2	Objetivo.....	22
3	Material e método.....	23
3.1	Aspectos éticos	23
3.2	Delineamento do estudo.....	23
3.3	Característica da amostra.....	23
3.4	Crerios de inclusão e de exclusão	24
3.5	Etapas da coleta de dados e instrumentos utilizados.....	25
3.5.1	Primeira etapa (durante a gestação)	25
3.5.2	Segunda etapa (um mês do nascimento do recém-nascido)	26
3.5.3	Terceira etapa (seis meses após o nascimento do bebê)	32
3.6	Variáveis do estudo.....	34
3.7	Análise estatística.....	34
4	Resultados	35
4.1	ARTIGO 1 -	35
5	Discussão	44
6	Conclusão.....	51
	Referências.....	57
	Apêndice I– Questionário socioeconômico, demográfico e gestacional.....	61
	Apêndice II – Ficha de acompanhamento após o nascimento.....	62
	Apêndice III- Dados de parto e pós-parto.....	63
	Anexo I – Programa de Saúde da Família do Município de Piracicaba.	64
	Anexo II – Escala de apoio do companheiro à amamentação.....	65
	Anexo III –Autorização dos gestores para coleta de dados.....	67
	Anexo IV – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	68
	Anexo V- Autorização para utilizar a Escala das Práticas Paternas de Apoio a Amamentação.....	72

1 Introdução

Questões relacionadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo abordadas na literatura por diversos pesquisadores, devido aos benefícios que a amamentação traz, tanto ao binômio mãe/filho quanto à família e ao Estado.¹⁻⁴

Um estudo de metanálise evidenciou que, dentre os benefícios que a amamentação promove ao recém-nascido (RN), estão a proteção contra infecções e maloclusão, o aumento da inteligência e a redução da ocorrência de sobrepeso e diabetes. Para a nutriz, fornece proteção contra o câncer de mama, aumenta o intervalo interpartal e promove redução na incidência de câncer de ovário e diabetes tipo 2.⁵

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que os recém-nascidos (RNs) recebam aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses de vida e o aleitamento materno (AM) até os 2 anos de idade.²

Embora a literatura registre os benefícios da amamentação para o binômio mãe/filho.⁶⁻⁸, nos países de baixa e média renda apenas 37% das crianças menores de seis meses são exclusivamente amamentadas. Na maioria dos países, a taxa de aleitamento materno é inferior a 50%, e a correlação com a duração da amamentação é moderada.⁵

Nos Estados Unidos, 77% dos recém-nascidos iniciam a amamentação, porém o desmame ocorre antes do recomendado. Das crianças nascidas em 2010, cerca de 48% foram amamentadas até o 6º mês e somente 27% até os 12 meses. Em 2013, cerca de 81% das crianças foram amamentadas ao nascer, mas somente 44% exclusivamente até os 3 meses de idade.⁹

Vale ressaltar que nos países mais pobres, o início tardio do aleitamento e as baixas taxas de amamentação exclusiva tornam-se os grandes desafios dos profissionais da saúde.⁵

A interrupção precoce do aleitamento materno é um dos grandes desafios a serem superados no Brasil. De acordo com dados da última Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2009 nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41,0% sendo que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses).¹⁰ O município de Piracicaba encontra-se com 36,4% das crianças menores de seis meses em amamentação exclusiva até o sexto mês.¹¹

Há uma série de fatores que podem influenciar ou dificultar o processo de amamentação. Estudos mostram que fatores relacionados à mãe, tais como ter baixa escolaridade, ser muito jovem, solteira e/ou fumante, apresentar intercorrências mamárias, não ter recebido informações sobre aleitamento no pré-natal, retornar ao trabalho, ter ansiedade e falta de confiança, além da baixa renda familiar e da má aceitação do aleitamento pela comunidade estão altamente associados com o desmame precoce.¹²⁻¹⁶

Além destes fatores, as atitudes positivas do pai em relação ao aleitamento materno parecem ser um fator crucial quando a mulher decide amamentar.^{15,17} Isto porque a amamentação não é uma prática meramente instintiva, mas influenciada pela sociedade.

Já se sabe que durante o ciclo gravídico puerperal, a mulher necessita de apoio social, profissional e familiar, com destaque à figura do companheiro como suporte principal.^{1,18} As mães que têm apoio físico e emocional durante o puerpério são mais propensas a terem sucesso na amamentação.¹⁹⁻²⁰

Um estudo conduzido na Irlanda constatou que dentre as razões pelas quais as mães não iniciavam ou interrompiam precocemente o aleitamento materno estavam as dificuldades técnicas da amamentação e o apoio prático e emocional inadequado.²⁰

Marques et al. (2010) relatam que, na perspectiva materna, o pai representa o suporte de maior relevância para a amamentação, pois tem uma forte influência sobre o processo decisório relacionado à alimentação da criança.²¹ Pesquisadores têm relatado que o apoio do pai em relação ao cuidado com o filho contribui de forma significativa para a manutenção da amamentação por mais tempo.^{17,22} Mulheres que têm um forte apoio do seu parceiro são mais propensas a iniciar e continuar a amamentação.^{19,23-25}

Segundo Souza et al. (2013), o apoio do companheiro pode ser classificado como emocional, instrumental, presencial, informativo e auto apoio. O apoio emocional pode ser demonstrado com atitudes de carinho, valorização e encorajamento à mulher, sem imposição sobre o ato de amamentar.²⁶

Como apoio instrumental entende-se os esforços do pai para participar das intervenções de saúde no bebê, sua ajuda em atividades domésticas e nos cuidados com o recém-nascido, evitando oferecer outros alimentos quando a criança estiver em aleitamento materno exclusivo.

Ao oferecer conselhos à nutriz sobre alimentação saudável e sobre como solucionar problemas que possam surgir durante a amamentação, o pai está oferecendo um tipo de apoio classificado como informativo.

O apoio presencial envolve fazer companhia à mulher durante as mamadas e o auto apoio do pai envolve manter expectativas positivas sobre a amamentação e ser um bom pai, buscar informações sobre a amamentação, reconhecer que a amamentação é um fenômeno passageiro e que haverá muitos outros momentos com o recém-nascido, com maior participação direta na alimentação do bebê depois da amamentação exclusiva, estar aberto para apoiar a mãe, comprometer-se com a amamentação, mantendo-se disponível para ajudar.²⁶

Poucos estudos têm investigado, quantitativamente, a associação entre o envolvimento paterno nos cuidados com o recém-nascido ou com o trabalho doméstico e a amamentação exclusiva.²⁷⁻²⁸ O estudo de SULLIVAN et al. (2004) mostrou que o envolvimento paterno nas tarefas domésticas promove a manutenção da amamentação enquanto o auxílio do pai no cuidado à criança colabora para a cessação da amamentação.²⁷

Uma pesquisa conduzida no Japão evidenciou que o envolvimento dos pais no cuidado com a criança foi inversamente associado com a amamentação e que o envolvimento com as atividades domésticas também não contribuiu para a prática do aleitamento. Porém, o estudo ressalta que a média de tempo dispensado pelo pai aos cuidados com a criança foi de 36 minutos por dia, considerado pequeno quando comparado a outras culturas. Os autores sugerem que quando o pai se envolve mais com o recém-nascido, há maior predisposição a oferecer leite industrializado, a fim de ajudar a nutriz a ter um boa noite de sono.²⁸

No Reino Unido, um estudo de coorte longitudinal evidenciou que o apoio emocional do pai teve impacto positivo na amamentação. Ao contrário, o apoio prático mostrou associações negativas com a amamentação, por estimular a substituição dos cuidados maternos, levando ao aumento do uso de substitutos do leite materno. Estes achados sugerem que o apoio prático e o emocional funcionam de maneira diferente. Além disso, o estudo levanta a questão sobre se o envolvimento paterno cria um incentivo para que as mães não amamentem a fim de aproveitar o apoio prático ou se os pais aumentam o apoio prático quando as mães não estão amamentando, pois há uma maior oportunidade de os mesmos oferecerem o apoio, alimentando a criança

com fórmulas. O estudo, também, apresenta limitações referentes a indisponibilidade de informações detalhadas sobre o tipo/intensidade das interações que ocorrem.²⁹

Há, portanto, uma lacuna na literatura, nacional e internacional, de estudos longitudinais, referentes a pesquisas que objetivam investigar se há associação entre a percepção da mãe sobre o apoio paterno na manutenção do AME por mais tempo.

Diante deste fato surge a indagação: será que a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante a gestação e os primeiros seis meses de vida da criança influencia na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

2 Objetivo

- Investigar se a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante a gestação e os primeiros seis meses de vida da criança influenciou na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

3 Material e método

3.1 Aspectos Éticos

Antes de iniciar o desenvolvimento do estudo, foram tomadas todas as providências para aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP), submetido em 05/09/2016 e aprovado sob o número CAAE: 59563416.4.0000.5418.

3.2 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo quantitativo, longitudinal, desenvolvido na cidade de Piracicaba - SP, com gestantes e mães usuárias de 22 Unidades de Saúde da Família (USF) do município e de 01 Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, as quais tinham grupo de gestantes.

Após a aprovação pelo CEP/FOP, a gestora responsável pelas USFs e pelo Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno foram consultadas para obtenção de informações acerca das datas e horários dos grupos de orientação à gestante e, assim, foi planejado o cronograma de abordagem às participantes.

3.3 Características da amostra

A população do município de Piracicaba é constituída por 385.287 habitantes. Sendo que sua rede pública de saúde é composta por 53 Unidades de Saúde da Família (USF) (Anexo I), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 06 Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), 04 Unidades de Pronto Atendimento Médico (UPA), uma Policlínica, 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 02 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 01 Centro de Especialidade à Saúde da Mulher (CESM).

A escolha pela abordagem das mães atendidas pelas USF e pelo Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno deveu-se ao fato de que todas essas mulheres receberam orientações sobre aleitamento materno durante a gestação e no pós-parto, o que permitiu a homogeneidade da amostra em relação ao acesso à informação.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

A coleta de dados ocorreu em três etapas (Fig 1), sendo a primeira durante a gestação. As gestantes deveriam ter idade mínima de 18 anos, estar em processo de gestação única (não gemelar), coabitarem com o companheiro (seja o pai biológico da criança ou não) e participar de grupos de orientação a gestantes. Além disso, as gestantes não podiam apresentar restrições físicas e/ou mentais que impossibilitassem a compreensão das questões que deveriam responder durante a coleta dos dados.

Na segunda e terceira etapas do estudo, foram excluídas da amostra as mulheres cujos filhos tinham idade gestacional inferior a 37 semanas e/ou peso menor que 2.500g e que apresentavam malformações congênitas ou agravos à saúde que impediam a amamentação. Aquelas mulheres que deixaram de coabitar com seus companheiros e aquelas com as quais não foi possível contato telefônico também foram excluídas da amostra.

Todas as etapas foram realizadas única e exclusivamente pela pesquisadora.

3.5 Etapas da Coleta de dados e instrumentos utilizados

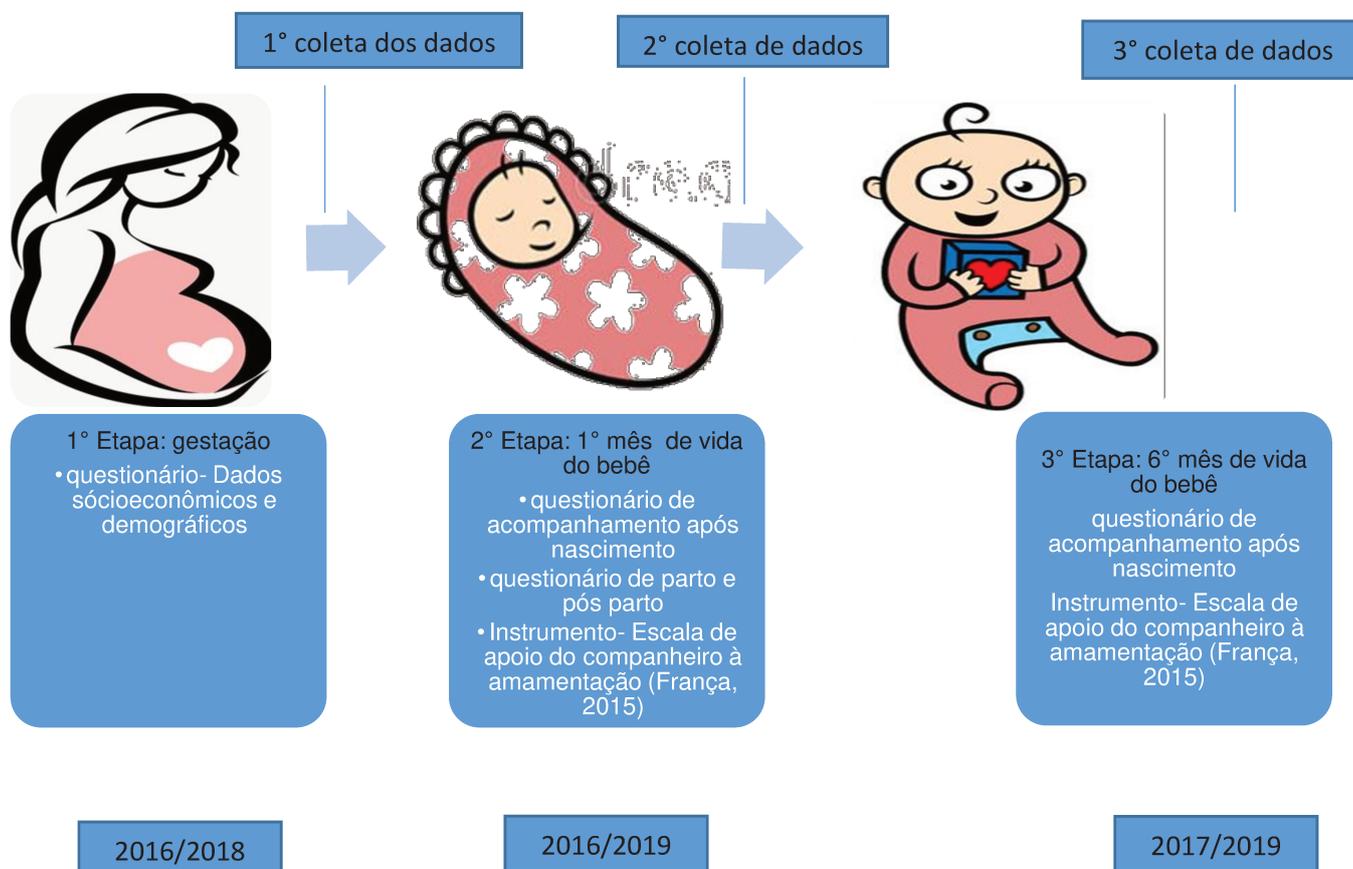


Fig 1- Desenho do estudo

Fonte: banco de figuras (imagens do google) - 06/11/2019.

3.5.1. Primeira etapa (durante a gestação):

A primeira etapa ocorreu de novembro de 2016 a julho de 2018. Durante esta fase, a pesquisadora identificou que apenas 22 das 53 USF do município ofereciam orientação para gestantes. Além disso, também foram incluídas as gestantes participantes de 01 Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (parte de um programa gratuito de orientação oferecido por uma Faculdade Pública da cidade), as quais tinham grupo de gestantes.

A pesquisadora participava de um dos encontros dos referidos grupos para apresentação do objetivo da pesquisa e para convidar as gestantes a participar, explicando a metodologia do estudo, além dos aspectos éticos envolvidos (caráter voluntário da participação, sigilo dos dados individuais, ausência de riscos, etc.) inclusive apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Neste único encontro, era realizada a coleta de dados socioeconômicos e demográficos da gestante e do pai da criança (Apêndice I). Estas questões foram caracterizadas por: renda familiar mensal, se moravam em casa própria e o número de habitantes em sua casa, nível de escolaridade do companheiro e da gestante, idade da gestante e do pai/companheiro (variáveis estas dicotomizadas pela mediana); mãe e pai trabalhavam fora de casa, tinham outros filhos, gravidez planejada, gravidez aceita pela mãe e pai e experiência anterior com a amamentação (com respostas “sim” ou “não”).

As gestantes recebiam uma cópia do questionário de pesquisa e respondiam sozinhas as perguntas, sendo que a pesquisadora estava sempre presente no local, disponível para esclarecimentos de dúvidas. Nesta etapa, a pesquisadora perguntava a data provável do parto (DPP) para que fosse possível o planejamento do primeiro contato telefônico com a mãe, um mês após a DPP.

3.5.2. Segunda etapa (um mês de vida do recém-nascido):

A segunda etapa ocorreu de dezembro de 2016 a dezembro de 2018, após um mês do nascimento do recém-nascido. Nesta fase foram aplicados o instrumento: escala de apoio do companheiro à amamentação (Anexo II), o questionário de acompanhamento após nascimento (Apêndice II) e o questionário sobre dados do parto e pós-parto (Apêndice III).

Assim, por meio de contato telefônico, a pesquisadora entrevistou cada uma das mães, a fim de aplicar os instrumentos descritos acima e procurou detectar as possíveis dificuldades em relação ao aleitamento materno, inclusive verificou se houve introdução de chupeta e se ocorreu o desmame neste período.

Os contatos telefônicos foram realizados, todos, pela própria pesquisadora e duravam de 15 a 30 minutos. Como este contato ocorria no 1º mês de vida do recém-nascido, a puérpera apresentava inúmeras dúvidas em relação à amamentação e aos cuidados gerais com a criança. Portanto, a pesquisadora apresentou-se disponível primeiramente para acolher a puérpera e depois aplicar os questionários, seguindo esta ordem: coleta de dados de parto e pós-parto, ficha de acompanhamento após o nascimento e, por último, escala de apoio do companheiro à amamentação.

Durante a aplicação do questionário sobre dados de parto e pós-parto, foi possível levantar informações sobre o nascimento do recém-nascido, tais como o tipo de parto, a idade gestacional, o peso ao nascimento, problemas durante o parto com a mãe e com o bebê, problemas na amamentação, envolvimento do pai com a gravidez, entre outros.

As participantes que não coabitavam mais com o companheiro, que não quiseram dar continuidade na participação da pesquisa ou que não foram encontradas pela pesquisadora após 10 tentativas de contato telefônico ou por WhatsApp, em períodos diferentes do dia, foram excluídas da pesquisa.

Com a aplicação do questionário de acompanhamento após o nascimento, foi possível identificar se o AM era exclusivo, predominante (com uso de água/chá) ou complementado (uso de fórmula infantil), assim como se eram utilizados bicos artificiais (chupeta, mamadeira), entre outras questões.

Para a definição do padrão de aleitamento, foi utilizada a classificação proposta pela Organização Mundial das Saúde (OMS) (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios que definem as práticas de alimentação no primeiro ano de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, 2008.

Prática Alimentar	Requer que o lactente receba	Permite que o lactente receba	Não permite que o lactente receba
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	Leite materno (Incluindo leite ordenhado)	Soro de Reidratação Oral (SRO), gotas, xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos)	Qualquer outro líquido ou alimento
Aleitamento Materno Predominante (AMP)	Leite materno (Incluindo leite ordenhado) como fonte predominante da alimentação	Certos líquidos (água, chá, sucos de fruta), SRO, gotas, xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos)	Nada mais (especialmente outros leites)
Alimentação complementar (AC)	Leite materno (Incluindo leite ordenhado) e alimentos sólidos/semisólidos	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis	Não se aplica
Aleitamento materno (AM)	Leite materno (Incluindo leite ordenhado)	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis	Não se aplica
Alimentação com mamadeira	Qualquer líquido (incluindo leite materno) ou alimentos semisólidos fornecidos em mamadeira com bico	Qualquer outro líquido ou alimento incluindo outros leites e fórmulas infantis	Não se aplica

Fonte: WHO, 2008.³⁰

Por último foi aplicada o instrumento - Escala do Apoio do Companheiro à Amamentação (EACA), constituída por 16 itens que contemplam o apoio emocional, instrumental, informativo e autoapoio.³¹

Os itens da EACA foram formatados para serem respondidos numa escala tipo Likert de 3 pontos, variando de nunca a sempre, obedecendo aos seguintes escores: 1-Nunca; 3-Raramente/às vezes; 5-Quase sempre/sempre, de acordo com o grau de concordância. A resposta “Não se aplica” foi incluída para os casos nos quais a pergunta não fazia parte da realidade da mulher.³¹

A EACA foi construída como um instrumento único que contempla os apoios prestados pela própria mulher, companheiro (pai) e a avó. O conteúdo foi produzido

por Monte (2012), com base nas práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação, especialmente tendo como referência a revisão da literatura e a metassíntese de Sousa et al. (2013), na qual foram identificadas as práticas da mãe, do pai, da avó e de atores da rede social.²⁶

A validação semântica ocorreu mediante a apresentação do instrumento a 10 nutrizes representantes da população alvo, e as mesmas responderam se as questões estavam claras ou não. Em caso negativo, as mesmas nutrizes eram convidadas, pela pesquisadora, a reescreverem a questão com suas próprias palavras.³¹

A validação do conteúdo ocorreu mediante a análise de 11 juízes, profissionais especialistas em amamentação, com experiência prática e/ou acadêmica de, no mínimo, 10 anos. Esses especialistas receberam o instrumento e responderam se os itens estavam adequados, adequados parcialmente ou inadequados.³¹

Os itens considerados válidos no estudo de Monte (2012) foram organizados como três roteiros de entrevista, sendo o primeiro referente às práticas maternas, o segundo, às práticas paternas, e o terceiro, às práticas da avó. Todos contemplam os apoios emocional, instrumental, informativo, presencial e autoapoio. O instrumento original de práticas paternas, cujo conteúdo foi validado por Monte (2012), constava de 41 itens.³²

A avaliação da confiabilidade e validade desse instrumento de medição das práticas de apoio maternas, paternas e da avó foi realizada por França (2015), sendo que o mesmo foi aplicado na população alvo correspondente, em uma amostra de 205 mulheres, com vivência de aleitamento materno, independente da duração. Foi realizada a análise da validade do instrumento, assim como análise da confiabilidade e estabilidade teste-reteste e os resultados evidenciaram validade e confiabilidade da escala. Portanto, segundo França (2015), a escala pode ser utilizada tanto em pesquisas quanto na prática clínica, para identificar os apoios oferecidos pelo pai/companheiro, subsidiando o desenvolvimento de ações de promoção da amamentação com a participação do pai.³¹

Conforme França (2015)³¹, os 16 itens são subdivididos em IV categorias ou seis dimensões:

Categoria I - apoio emocional:

O companheiro pode demonstrar o apoio emocional por meio de carinho, valorização e encorajamento, sem obrigar a mulher a amamentar. Nesta categoria, fazem parte as questões: o seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você a ao bebê?; o seu companheiro lhe elogia/elogiava pela sua decisão em amamentar? você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro por estar/quando estava amamentando? o seu companheiro diz ou já disse que sente/sentia orgulho de você por estar amamentando?; O seu companheiro insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?

Categoria II - apoio instrumental:

Nesta categoria, o companheiro pode participar das intervenções de saúde, ajudar nas atividades domésticas e de cuidados com o bebê, evitando oferecer alimentos quando a criança estiver em AME. Fazem parte desta categoria as questões: o seu companheiro teve tempo para acompanhá-la nas consultas de pré-natal?; o seu companheiro cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer alimentos saudáveis e líquidos?; o seu companheiro participa/participou dos cuidados com o bebê? (Segurando-o, trocando fralda ou dando banho?); quando você precisa/precisava de ajuda para amamentar de madrugada, o seu companheiro acorda/acordava para lhe fazer companhia?; o seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava? em relação à amamentação, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?

Categoria III - apoio informativo:

O pai/companheiro oferece conselhos sobre alimentação saudável e como solucionar possíveis problemas que venham a surgir na amamentação.

Faz parte desta categoria a questão: o seu companheiro conversa com você sobre alimentação saudável e sobre beber bastante líquido?

Categoria IV - autoapoio:

Quando o pai/companheiro se reconhece como apoiador desde a gravidez, mantendo-se confiante na amamentação.

Faz parte desta categoria as questões: o seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?; O seu companheiro comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?; O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar com a amamentação?; você sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido do companheiro?

Em relação as dimensões a escala se divide em:

Primeira dimensão (ajuda concreta) - corresponde aos itens que se referem ao apoio instrumental do pai no sentido de ajuda concreta nas atividades práticas relativas à amamentação. Referem-se aos itens 1, 3, 4, 5 e 6 do questionário (anexo II) correspondente a categoria II (apoio instrumental).

Segunda dimensão (aspectos nutricionais) - refere-se aos aspectos nutricionais compostos pelo item 1 da categoria III (apoio informativo) e item 2 da categoria II (apoio instrumental) (anexo II), no sentido da necessidade de equilíbrio nutricional em favor da amamentação.

Terceira dimensão (valorização) - envolvem valorização e estão relacionados ao reconhecimento, por parte do companheiro, da mulher que amamenta e é caracterizada pelo apoio emocional. Referem-se aos itens 2, 3 e 4 da categoria I (apoio emocional) e item 1 da categoria IV (autoapoio) (anexo II)

Quarta dimensão (atitude proativa) - é representada pela atitude proativa e referem-se aos itens 1 da categoria I (apoio emocional) e itens 3 e 4 da categoria IV (autoapoio) (anexo II), pela percepção da mulher em relação ao carinho e ajuda do companheiro e sua satisfação com o apoio recebido.

Quinta dimensão (apoio negativo) - trata da pressão exercida pelo companheiro com o intuito de “obrigar a mulher a amamentar”, a qual foi denominada pela pesquisadora como apoio negativo. Para essa dimensão, os scores de pontuação do instrumento são invertidos. Assim, a resposta ‘nunca’ representa 5 pontos, a resposta ‘raramente/às vezes’, 3 pontos e a resposta ‘quase sempre/sempre’, 1 ponto. Refere-se ao item 5 da categoria I (apoio emocional) (anexo II).

Sexta dimensão (brevidade) - é abordado o caráter passageiro do processo de amamentação. Neste contexto, a amamentação é vista como um período curto que, em breve, acaba, mas cujos benefícios para a criança são a longo prazo. Refere-se ao item 2 da categoria IV (autoapoio) (anexo II).

3.5.3. Terceira etapa (seis meses de vida do bebê):

A terceira etapa ocorreu de maio de 2017 a junho de 2019, após seis meses do nascimento da criança. Nessa etapa, os questionários e instrumento aplicados na etapa II foram reaplicados, com exceção dos dados de parto e de pós-parto.

Nesta etapa, a dificuldade da pesquisadora foi encontrar a nutriz disponível para a aplicação dos questionários, pois a maioria das mães havia retornado ao trabalho. Esse contato telefônico ocorreu, geralmente, no período da noite. Como o processo de adaptação inicial ao novo membro da família já havia ocorrido, esse contato telefônico foi mais breve, com duração de 7 a 10 minutos.

A amostra final do estudo foi composta por 310 mulheres, recrutadas de novembro de 2016 a julho de 2018 e seguidas longitudinalmente até junho de 2019. Na primeira etapa, participaram 451 gestantes; na segunda etapa, 352 mães e na terceira, 310 mães. Portanto, ao longo do segmento houve 141 perdas: 99 na segunda etapa da coleta dos dados (seguimento até o primeiro mês de vida do recém-nascido) e 42 entre a segunda e terceira etapas (do primeiro ao sexto mês de vida da criança). As perdas na primeira etapa ocorreram por: impossibilidade de contato telefônico (53); Ausência do companheiro (falecimento do pai, separação do casal, internação do pai em clínica de dependência química ou detenção (13); Nascimento de gêmeos (7); prematuridade (7); recusa em participar (6); aborto (5); mal formação do bebê (1) e da segunda para terceira etapas as perdas ocorreram por: 19 (não foi possível contato telefônico); 13 (não quiseram participar); 8 (ocorreu o desmame antes do 1º mês de vida do bebê); 2 (separação do casal). A Fig. 2 mostra o fluxo de amostragem, até a amostra final.

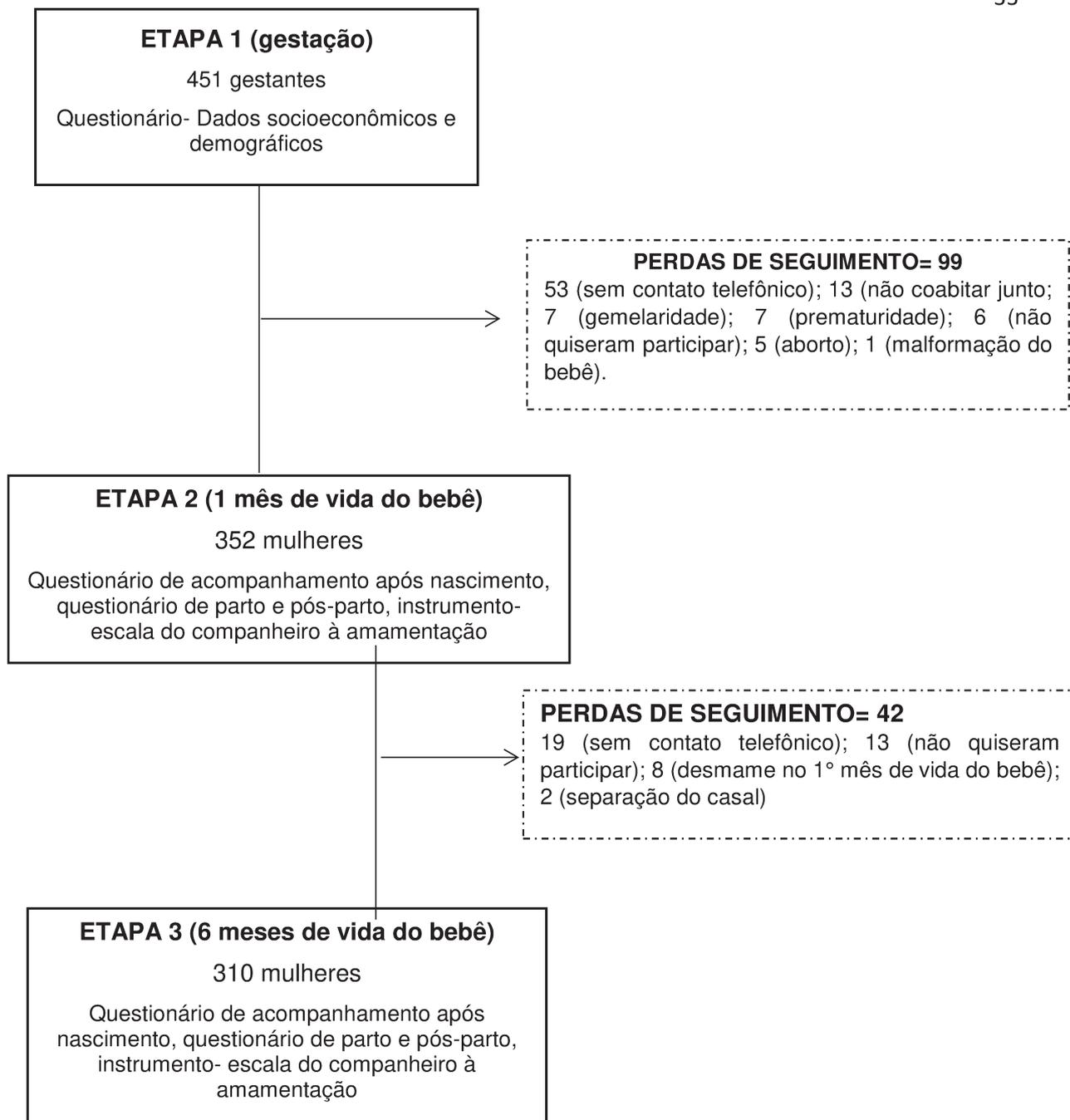


Fig 2. Fluxograma de amostragem

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis de desfecho foram duas: AME (30 dias) e AME (180 dias) (dicotomizadas em sim ou não).

As variáveis independentes foram:

Renda mensal da família, número de pessoas na família, idade do pai, idade da mãe, instrução do pai, instrução da mãe, participação do pai nas consultas pré-natal, participação do pai nos exames de ultrassom, atenção do pai aos movimentos do bebê no ventre da mãe, sexo do bebê, percepção de apoio oferecido pelo pai com 30 e 180 dias (dicotomizadas pela mediana), gravidez planejada, experiência de amamentar, ajuda no hospital, problema na mama, introdução de chupeta com 30 e 180 dias, retorno da mãe ao trabalho (dicotomizadas em sim ou não).

3.7. Análise estatística

Após a análise descritiva, foram realizadas análises de regressão logística simples, relacionando cada variável independente com os desfechos (AME aos 30 e 180 dias).

As variáveis com $p < 0,20$ nas análises simples foram testadas em modelos de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$. A partir dos modelos de regressão logística, foram estimados os odds ratios brutos e ajustados com os respectivos intervalos de 95% de confiança. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). As curvas de sobrevida foram calculadas pelo método de Kaplan Meier. Para a comparação entre as curvas foi utilizado o teste de log-rank e a dimensão do efeito entre os subgrupos foi estimado pelo *hazard ratio* (HR). Foram considerados como dados censurados os participantes em AME aos 180 dias e as observações perdidas (participantes que não foram mais encontradas) e como falha a introdução de algum alimento. Todas as análises foram realizadas com auxílio dos programas R e SAS, considerando o nível de significância de 5%.

4. Resultados

4.1 ARTIGO

Estudo longitudinal sobre apoio do pai e práticas de aleitamento materno exclusivo.

Resumo

Objetivo: Investigar se a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro influenciou na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. **Método:** Estudo longitudinal com 310 mulheres, realizado durante a gestação, com 30 e 180 dias de vida da criança. Foi realizada análise de associação entre aleitamento materno exclusivo (aos 30 e 180 dias) e variáveis socioeconômicas, demográficas e gestacionais e de apoio paterno, além de regressão logística simples, múltipla, curvas de sobrevivência. **Resultados:** Aos 30 dias, tiveram mais chance de estar em aleitamento materno exclusivo as mães de meninas, que moravam em residência não própria, filhas de mães experientes em amamentar, de pais que sempre/quase sempre sentiam o movimento do bebê no ventre materno. Aos 180 dias, tiveram mais chance de estar em aleitamento materno exclusivo crianças nascidas em famílias de maior renda, fruto de gravidez planejada, com mães experientes em amamentar, que não ofereceram chupeta, não retornaram ao trabalho e que tiveram uma menor percepção de apoio oferecido pelo companheiro. **Conclusão:** As percepções de apoio mostraram associação com manutenção do aleitamento materno exclusivo somente aos 180 dias, sendo a porcentagem de aleitamento materno exclusivo maior entre mães com menor percepção de apoio do pai/companheiro.

Descritores: Aleitamento Materno; Leite Humano; Pai, Apoio Social; Desmame Precoce; Fatores de Risco.

Descriptors: Breast Feeding; Milk, Human; Fathers; Social Support; Weaning; Risk Factors.

Descriptores: Lactancia Materna; Leche Humana; Padre; Apoyo Social; Destete; Factores de Riesgo.

Introdução

O aleitamento materno (AM) é reconhecido pelos inúmeros benefícios que proporcionam tanto ao recém-nascido quanto para mãe⁽¹⁾. Entretanto, no Brasil a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses não corresponde aos índices de 50% preconizados pela Organização Mundial de Saúde para 2025⁽²⁾.

Ao contrário do que se acreditava, o AM não é uma prática inata e sim “uma habilidade que necessita ser resgatada, uma prática que precisa ser aprendida e apoiada”⁽³⁾.

Dentre os apoiadores da amamentação, a figura do pai/companheiro é retratada como um dos participantes que podem contribuir para o sucesso da amamentação, visto ser esta uma prática social⁽⁴⁾.

A literatura é escassa e controversa em relação aos tipos de apoio e sua associação com o início e a manutenção do AME. Há uma lacuna na literatura, nacional e internacional, de estudos longitudinais, referentes a pesquisas que objetivam investigar se há associação entre a percepção da mãe sobre o apoio paterno na manutenção do AME por mais tempo.

Portanto este estudo torna-se importante a medida que contribuirá para a maior compreensão sobre a influência da percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro e a prática do aleitamento, pois objetiva investigar se a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante a gestação e os primeiros seis meses de vida da criança influencia na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

Objetivo

Investigar se a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro influenciou na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

Método

A amostra deste estudo foi constituído por mulheres usuárias de 22 Unidades de Saúde da Família (USF) e 01 Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, após a aprovação pelo Comitê de Ética sob número CAAE: 59563416.4.0000.5418. Trata-se de um estudo longitudinal que ocorreu em três etapas: etapa I (gestação), etapa II (30 dias de vida da criança) e etapa III (180 dias de vida da criança).

Foram incluídas na etapa I, gestantes com idade mínima de 18 anos, gestação única (não gemelar), que coabitavam com o companheiro, que participam de grupos de orientação à gestantes e que não tinham restrições físicas e/ou mentais que impossibilitassem a compreensão das questões que deviam responder para a coleta dos dados. Nesta etapa, a gestante respondia questões relacionadas a dados socioeconômicos e demográficos do casal e a pesquisadora perguntava a data provável do parto (DPP) para que fosse possível o contato telefônico com a mãe, um mês após a DPP.

Na etapa II e III, foram excluídas da amostra as mulheres cujos recém-nascidos tinham idade gestacional menor do que 37 semanas e/ou peso menor que 2.500g, apresentavam malformações congênitas ou agravos à saúde que impediam a amamentação, que não mais coabitavam com seus companheiros e aquelas com as quais não foi possível contato telefônico. Assim, a amostra final constituiu-se por 310 mulheres.

Na etapa II, foram utilizados para a coleta de dados: a Escala de Apoio do Companheiro à Amamentação, o questionário de acompanhamento após nascimento e o questionário sobre dados do parto e pós-parto.

A Escala do Apoio do Companheiro à Amamentação (EACA) é um instrumento constituído por 16 itens que contemplam o apoio emocional, instrumental, informativo e o autoapoio⁽⁵⁾. Os itens da EACA foram formatados para serem respondidos numa escala tipo Likert de 3 pontos, obedecendo aos seguintes escores: 1-Nunca; 3-Raramente/às vezes; 5-Quase sempre/sempre, de acordo com o grau de concordância. A resposta “Não se aplica” foi incluída para os casos nos quais a pergunta não fazia parte da realidade da mulher⁽⁵⁾.

O conteúdo do instrumento foi produzido, com base nas práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação⁽⁶⁾, especialmente tendo como referência uma revisão da literatura e a metassíntese, na qual foram identificadas as práticas da mãe, do pai, da avó e de atores da rede social⁽⁷⁾.

A avaliação da confiabilidade e validade desse instrumento de medição das práticas de apoio maternas, paternas e da avó foi aplicado na população alvo correspondente, em uma amostra de 205 mulheres, com vivência de aleitamento materno, independente da duração. Nesta pesquisa foi realizada a análise da validade do instrumento, assim como análise da confiabilidade e estabilidade teste-reteste e os resultados evidenciaram validade e confiabilidade da escala. Portanto, a escala pode ser utilizada tanto em pesquisas quanto na prática clínica, para identificar os apoios oferecidos pelo pai/companheiro, subsidiando o desenvolvimento de ações de promoção da amamentação com a participação do pai⁽⁵⁾.

No questionário de acompanhamento após o nascimento eram abordadas questões sobre a alimentação do bebê sendo possível identificar se o mesmo estava em AM exclusivo, predominante (com uso de água/chá) ou complementado (uso de fórmula infantil), assim como se eram utilizados bicos artificiais (chupeta, mamadeira) e o questionário sobre dados de parto e pós-parto, abordava informações sobre o nascimento do recém-nascido, tais como o tipo de parto, a idade gestacional, o peso ao nascimento, problemas durante o parto com a mãe e com o bebê, problemas na amamentação, envolvimento do pai com a gravidez, entre outros.

Na etapa III, novamente foram utilizadas EACA e o questionário de acompanhamento após nascimento.

As variáveis dependentes foram: AME (30 dias) e AME (180 dias) (dicotomizadas em sim ou não) e as independentes foram: renda mensal da família, número de pessoas na família, idade do pai e da mãe, nível de escolaridade do pai e da mãe, participação do pai nas consultas do pré-natal, participação do pai nos exames de ultrassom, pai tocava o ventre da mãe para sentir o movimento do bebê, nível de percepção de apoio oferecido pelo pai com 30 e 180 dias (variáveis estas dicotomizadas pela mediana); sexo do bebê (dicotomizadas em feminino e masculino), e gravidez planejada, experiência em amamentar, receber ajuda no hospital para amamentar, problemas de mama, introdução de chupeta e retorno da mãe ao trabalho (com respostas “sim” ou “não”).

Após a análise descritiva, foram realizadas análises de regressão logística simples, relacionando cada variável independente com os desfechos (AME aos 30 e 180 dias). As variáveis com $p < 0,20$ nas análises simples foram testadas em modelos de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$. A partir dos modelos de regressão logística foram estimados os odds ratios brutos e ajustados com os respectivos intervalos de 95% de confiança. O ajuste dos modelos foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). As curvas de sobrevida foram calculadas pelo método de Kaplan Meier. Para a comparação entre as curvas foi utilizado o teste de log-rank e a dimensão do efeito entre os subgrupos foi estimado pelo *hazard ratio* (HR). Foram considerados como dados censurados os participantes em AME aos 180 dias e as observações perdidas (participantes que não foram mais encontradas) e como falha a introdução de algum alimento. As análises foram realizadas com auxílio dos programas R e *Statistical Analysis System* (SAS), considerando o nível de significância de 5%.

Resultados

A amostra final aos 30 dias de vida do bebê, constituiu-se por 352 mulheres, sendo 42,3% com renda maior do que quatro salários mínimos, 61,9% vivendo em casas com até duas pessoas (gestante e companheiro) e 60,8% em casas próprias (Tabela 1).

As crianças do sexo feminino, filhas de mães com experiência em amamentar e de pais que tocavam sempre ou quase sempre o ventre da mulher para sentir o movimento do bebê que residiam em casa não própria, tiveram mais chance de estar em amamentação exclusiva aos 30 dias (Tabela 1).

Tabela 1. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a manutenção do AME (aleitamento materno exclusivo) até 30 dias e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamental e apoio oferecido pelo pai/companheiro. Piracicaba, SP, Brasil, 2016 a 2019.

Variável	Categoria	N (%)	AME – 30 dias		†OR bruto (‡IC95%)	p-valor	†OR ajustado (‡IC95%)	p-valor
			*Sim n (%)	Não n (%)				
		352						
Residência	Própria	214 (60,8%)	138(64,5%)	76(35,5%)	1,00		1,00	
	Não própria	138 (39,2%)	112(81,2%)	26(18,8%)	2,37 (1,42-3,95)	0,0009	2,26 (1,33-3,82)	0,0025
Experiência em amamentar	Sim	85 (24,2%)	72(84,7%)	13(15,3%)	2,76 (1,45-5,26)	0,0019	2,60 (1,34-5,06)	0,0048
	Não	267 (75,8%)	178(66,7%)	89(33,3%)	1,00		1,00	
Pai sentia o mov. do bebê	Raram/às vezes	11 (3,1%)	4(36,4%)	7(63,6%)	1,00		1,00	
	Quase	341 (96,9%)	246(72,1%)	95(27,9%)	4,53 (1,29-15,83)	0,0179	4,14 (1,14-15,01)	0,0305
Sexo do bebê	Masculino	178 (50,6%)	118(66,3%)	60(33,7%)	1,00		1,00	
	Feminino	174 (49,4%)	132(75,9%)	42(24,1%)	1,59 (1,00-2,54)	0,0487	1,84 (1,13-3,00)	0,0145

*Categoria de referência para a variável de desfecho. †Odds ratio. ‡Intervalo de confiança (IC). AIC (modelo vazio) =366,18; AIC (modelo final) =342,44.

Aos 180 dias, tiveram mais chance de estar em AME as crianças nascidas de gravidez planejada, com mães com experiência em amamentar, que não ofereceram chupeta, não retornaram ao trabalho, que tiveram uma menor percepção de apoio oferecido pelo companheiro e que eram de famílias de maior renda (Tabela 2).

Tabela 2. Análises (brutas e ajustadas) das associações entre a manutenção do AME (aleitamento materno exclusivo) até 180 dias e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamental e apoio oferecido pelo pai/companheiro. Piracicaba, SP, Brasil, 2017 a 2019.

Variável	Categoria	N (%)	AME – 180 dias		†OR bruto (‡IC95%)	p-valor	†OR ajustado (‡IC95%)	p-valor
			*Sim n (%)	Não n (%)				
		310						
Renda	Até 4 Sal Mín	177 (57,1%)	62(35,0%)	115(65,0%)	1,00		1,00	
	Mais 4 Sal Mín	133 (42,9%)	60(45,1%)	73(54,9%)	1,52 (0,96-2,41)	0,0727	1,94 (1,14-3,31)	0,0148
Gravidez	Sim	223 (71,9%)	95(42,6%)	128(57,4%)	1,64 (0,97-2,79)	0,0623	1,92 (1,06-3,47)	0,0311
Planejada	Não	87 (28,1%)	27(31%)	60(69,0%)	1,00		1,00	
Experiência amamentar	Sim	75 (24,2%)	41(54,7%)	34(45,3%)	2,29 (1,35-3,88)	0,0021	2,42 (1,33-4,42)	0,0040
	Não	235 (75,8%)	81(34,5%)	154(65,5%)	1,00		1,00	
Introdução chupeta 180	Sim	160 (51,6%)	49(30,6%)	111(69,4%)	1,00		1,00	
	Não	150 (48,4%)	73(48,7%)	77(51,3%)	2,15 (1,35-3,42)	0,0013	1,94 (1,19-3,16)	0,0081
Retorno ao Trabalho	Sim	189 (61,0%)	61(32,3%)	128(67,7%)	1,00		1,00	
	Não	121 (39,0%)	61(50,4%)	60(49,6%)	2,13 (1,33-3,41)	0,0015	1,99 (1,20-3,31)	0,0081
Percepção apoio 180 d	≤68	182 (58,7%)	81(44,5%)	101(55,5%)	1,70 (1,06-2,72)	0,0274	1,96 (1,16-3,32)	0,0123
	>68	128 (41,3%)	41(32,0%)	87(68,0%)	1,00		1,00	

*Categoria de referência para a variável de desfecho. †Odds ratio. ‡Intervalo de confiança (IC). AIC (modelo vazio) =417,59; AIC (modelo final) =389,72. Salário mínimo 2016, Brasil.

A figura 1 apresenta as curvas de sobrevivência da proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo aos 30 e 180 dias de vida, de acordo com a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro, além das curvas de sobrevivência da proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias de acordo com o retorno ou não ao trabalho pela mãe e introdução ou não de chupeta.

Nota-se que não houve diferença entre os dois grupos (maior ou menor percepção de apoio) quanto à probabilidade de manutenção do AME até 30 dias ($p > 0,05$). A probabilidade de AME aos 30 dias para a amostra toda foi de 0,7890, porém, as mulheres cujos pais tocavam sempre ou quase sempre o seu ventre, para sentir o movimento do bebê, apresentaram 4,14 (IC95%: 1,14-15,01) vezes mais chance de estar em AME aos 30 dias ($p < 0,05$).

Em relação ao AME aos 180 dias, observou-se a probabilidade de 0,3886 para a amostra toda, sendo maior entre as mães com menor percepção de apoio, que não retornaram ao trabalho e que não introduziram chupeta ($p < 0,05$).

Não houve diferença entre os dois grupos (com gravidez planejada ou não) quanto à probabilidade de manutenção do AME até os 180 dias ($p > 0,05$).

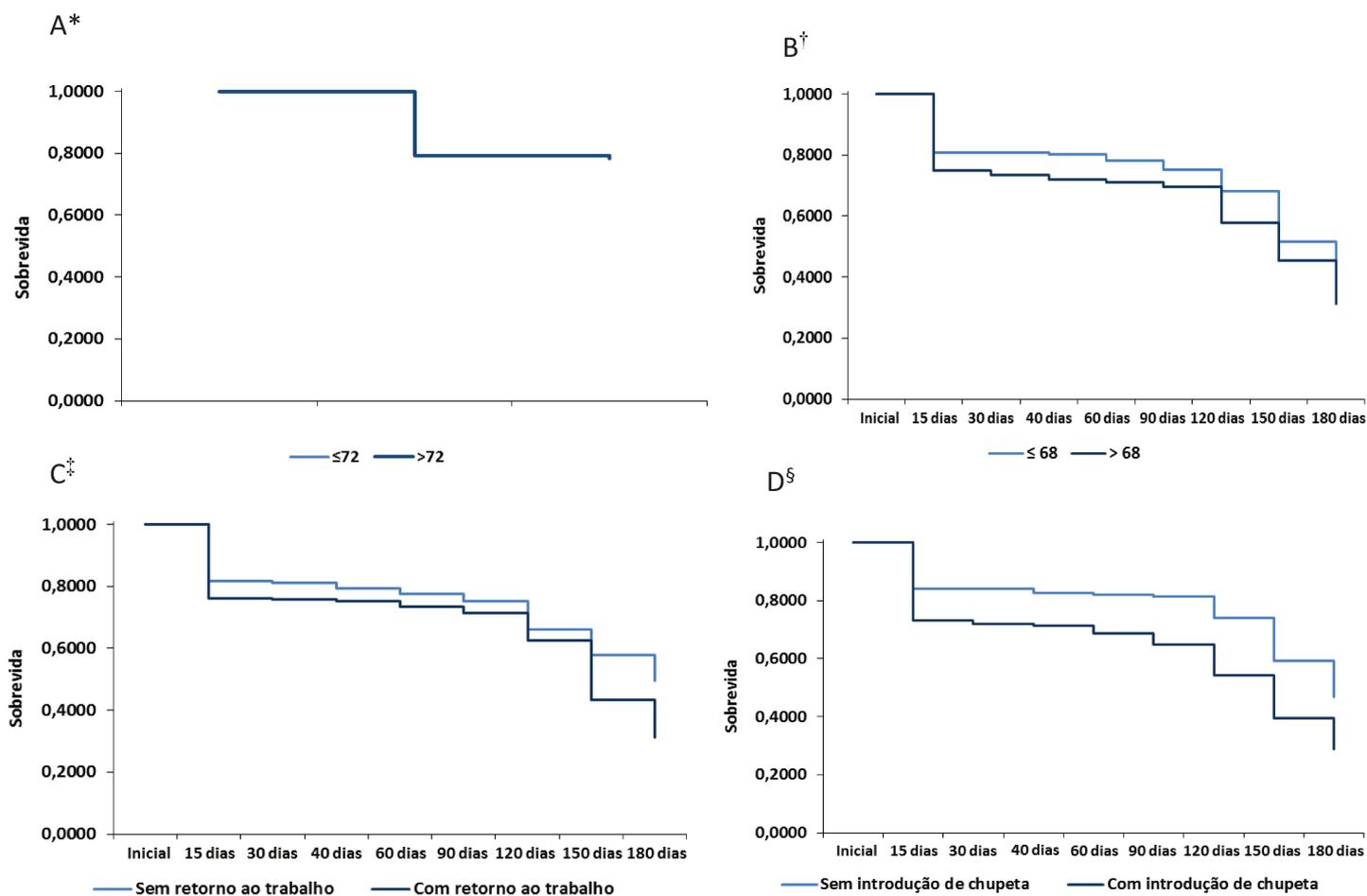


Fig. 1- ^{*}A. Curva de sobrevida (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 30 dias) de acordo com percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante gestação e primeiro mês de vida do bebê. [†]B. Curva de sobrevida (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo pai/companheiro durante gestação e primeiros meses de vida do bebê. [‡]C. Curva de sobrevida (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo com o retorno ou não ao trabalho pela mãe. [§]D. Curva de sobrevida (proporção de crianças com aleitamento exclusivo aos 180 dias) de acordo de acordo com a introdução ou não de chupeta com 180 dias.

5 Discussão

Neste estudo, a experiência prévia em amamentar foi a única variável que esteve associada a maior chance na manutenção do AME tanto aos 30 quanto aos 180 dias de vida da criança.

Esse resultado corrobora os achados de pesquisas que relataram que as primíparas são mais suscetíveis a dificuldades na amamentação, por inexperiência e insegurança. De acordo com estas autoras, a falta de experiência das primíparas aumenta as chances de uma amamentação insatisfatória, ocasionando um risco aumentado para o desmame precoce⁽⁸⁻¹⁰⁾.

O sexo do bebê foi outra variável que se mostrou significativa para uma maior probabilidade de AME aos 30 dias de vida. Tal como mostrou outro estudo, as crianças do sexo feminino tiveram mais chance de manter o AME no primeiro mês de vida⁽¹¹⁾. Na prática diária este achado se justifica pelo relato de mães que referem acreditar que apresentam uma produção de leite insuficiente para atender a demanda de bebês do sexo masculino.

O fator socioeconômico também esteve associado à prática do aleitamento, porém de forma diferente aos 30 e 180 dias de vida da criança. Crianças nascidas de mães com residência não própria (alugada ou emprestada) tiveram mais chance de continuarem AME aos 30 dias, enquanto que, aos 180 dias, a chance era maior entre crianças nascidas em famílias de maior renda.

Na literatura, a relação entre o nível socioeconômico e o AM também é contraditória. Enquanto há estudo que mostra que a menor renda está associada a maior tempo de AME devido à falta de condições das mães adquirirem leites industrializados⁽¹²⁾, outro relata que quanto menor a renda, menor a chance de manter o AME, devido ao desconhecimento das mães sobre os seus benefícios⁽¹³⁾. Há, ainda, pesquisadores que mostraram que, mães com alto nível socioeconômico, ao mesmo tempo que apresentam nível de instrução mais elevado facilitando a compreensão sobre os benefícios da amamentação, possuem maior acesso as fórmulas infantis, fato que pode levar ao desmame precoce⁽¹⁴⁾. Entretanto, este estudo foi o único que avaliou a mãe de forma longitudinal, a fim de verificar, numa mesma amostra, as mudanças que podem ocorrer ao longo do tempo da relação entre nível socioeconômico e AME.

Aos 180 dias de vida da criança, o retorno da mulher ao trabalho foi um fator de risco para o desmame, tal como tem sido mostrado, na literatura, de forma homogênea⁽¹⁵⁾. Um estudo a respeito da influência da licença-maternidade sobre o AME entre 3766 mulheres trabalhadoras, mostrou que não estar em licença maternidade aumentou 23% a chance da interrupção do AME⁽¹⁶⁾. Outro estudo comprovou que as mães que voltaram a trabalhar depois do quinto mês após o parto, 82,9% desmamaram após o quarto mês⁽¹⁷⁾.

Pesquisas já afirmavam que a oportunidade de a mãe ficar em casa nos primeiros 6 meses de vida da criança, poderia influenciar positivamente na manutenção da amamentação por 2 anos ou mais⁽¹⁸⁾.

Pode-se afirmar que a licença maternidade pode trazer impactos positivos para saúde da mulher e da criança e para economia de um país⁽¹⁹⁾, uma vez que, favorecer o AME, reduz a mortalidade materna e infantil, aumenta o quociente de inteligência infantil e o desempenho escolar, colaborando para redução da pobreza⁽¹⁾.

Nos Estados Unidos, onde a licença maternidade é bem mais curta do que no Brasil, a chance de as mulheres não iniciarem a amamentação ou interromperem precocemente é grande⁽²⁰⁾. Ao contrário, em países em que a licença maternidade é estendida, tal como ocorre em países nórdicos e do leste europeu, o AM se prolonga⁽²¹⁾.

Outra variável que se mostrou associada à interrupção do AME aos 180 dias foi o uso da chupeta, utilizada por mais da metade das crianças da amostra. Vale ressaltar que todas as mães participaram de curso de gestantes nas unidades de saúde e receberam orientações sobre a importância de evitar a chupeta, devido aos malefícios causados pelo uso de bicos artificiais. Esses achados são semelhantes aos encontrados em inúmeros estudos, o que só comprova os malefícios da chupeta⁽²²⁻²⁶⁾.

Ter planejado a gravidez foi outro fator associado à maior chance de haver AME aos 180 dias. De acordo com pesquisadora, o não planejamento da gravidez pode dificultar o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe/bebê e ocasionar o desmame precoce⁽²⁷⁾.

Em relação à percepção de apoio paterno pelas mães, não houve associação significativa com a manutenção do AME aos 30 dias de vida da criança. Entretanto, contrariando o esperado, aos 180 dias, as mães com maior percepção de apoio foram aquelas que interromperam precocemente o AME.

Embora não tenha sido verificada associação significativa entre percepção de apoio pela mãe e a manutenção do AME aos 30 dias de vida do bebê, foi possível verificar que os filhos de pais que sentiam mais frequentemente os movimentos do bebê no ventre da mãe tiveram mais chance de estar em AME aos 30 dias, o que permite inferir a importância do apoio emocional neste período de instalação das práticas de amamentação.

Pesquisadores destacam a importância do maior envolvimento dos pais em todos os estágios da gravidez, pois ajuda-os a apoiarem suas parceiras e fornecem ao casal a oportunidade de adaptação e transição para a parentalidade⁽²⁸⁾.

Embora pesquisadores revelem que o pai fornece suporte para o início e para a manutenção da amamentação, por meio do apoio emocional e prático⁽²⁹⁾, outro estudo aponta que pode haver influência negativa sobre o AM quando o pai/companheiro não é favorável ou é ambivalente em relação à esta prática. Esta ambivalência se refere ao comportamento do pai que ora está voltado para a amamentação, ora para o desmame. Em alguns momentos, ele incentiva a mulher a ingerir líquidos para estimular a amamentação para, logo em seguida, oferecer chá na mamadeira para acalmar o bebê que chora⁽³⁰⁾.

Assim, é lícito afirmar que o pai exerce influência no processo de aleitamento, seja durante a instalação ou a manutenção desta prática. Entretanto, de modo geral o pai não está envolvido no processo de amamentação e raramente recebe ou participa de orientações em grupo de gestante ou pré-natal. Apesar de haver pesquisadores mostrando que o AME até os seis meses de vida é maior entre crianças cujos pais receberam orientações sobre o processo de amamentação⁽³¹⁻³²⁾, pouca atenção tem sido dada ao homem, no sentido de prepará-lo para a paternidade.

No presente estudo, era rara a participação do pai/companheiro nos grupos de gestantes, o que leva à reflexão sobre o despreparo e a falta de

informações para que, de fato, o homem possa fornecer um apoio efetivo à gestante e à nutriz, com vistas à manutenção do aleitamento.

Autoras discutem que os pais gostariam de se envolver e apoiar suas parceiras na amamentação, mas se sentem deixados de fora e desamparados. As autoras reforçam que os pais desejam receber informações específicas e acessíveis sobre os benefícios da amamentação e sobre estratégias para incentivar e apoiar a parceira⁽³¹⁾. Aponta-se, com estes achados, uma lacuna deixada pelos profissionais de saúde na preparação do pai, que deveriam ser envolvidos, incluídos e apoiados, sendo reconhecida a sua importância na prática da amamentação.

Um estudo de metanálise comprovou que, quando os pais/companheiros são incluídos nas intervenções educacionais sobre aleitamento materno nos períodos de pré e pós-natal do bebê, há duas vezes mais chances de ocorrer o AME por seis meses⁽³²⁾.

Porém, a presença de um pai sem preparo para oferecer o suporte adequado para a companheira pode ser prejudicial à manutenção do aleitamento. Pesquisadoras mostraram que a não coabitação com o pai/companheiro tinha associação positiva com a manutenção do AM por 2 anos ou mais. As autoras sugerem que coabitar com o companheiro acarretaria maior demanda para a mulher, sobretudo se ele não colabora com as atividades domésticas⁽¹⁵⁾.

Outro estudo mostrou que o envolvimento paterno nos cuidados com o bebê e com atividades domésticas foi inversamente associado à amamentação durante os primeiros 6 meses de vida, ou seja, o envolvimento do pai nestas atividades não foi capaz de reduzir a ansiedade materna a ponto de estimular o aleitamento⁽³³⁾.

No presente estudo, quase metade das mães que não recebiam ajuda para cuidar da casa mantiveram o filho em AME aos 180 dias. De acordo com a literatura, o apoio prático e emocional fornece resultados diferentes em relação à amamentação. O apoio emocional está associado à maior probabilidade de iniciar a amamentação, porém o apoio prático pode desencorajar o AM. Isto porque, ao prestar apoio prático, o pai oferece fórmulas infantis aos bebês, que

dessa forma são menos dependentes das mães para alimentação. Os autores ressaltam, ainda, que há poucas evidências na literatura sobre a associação entre a eficácia do apoio prático e a amamentação⁽³⁴⁾.

Contraditoriamente, outro estudo defende que a participação do pai é peça fundamental para que o AM ocorra de forma exclusiva por mais tempo⁽³⁵⁾. Segundo estes autores, o apoio do parceiro está associado a níveis favoráveis de autoeficácia materna, determinante para a prática da amamentação⁽³⁶⁾.

Dessa forma, parece haver uma controvérsia sobre a participação do pai durante a amamentação, sendo que ele pode influenciar positiva ou negativamente esta prática. Ao mesmo tempo em que podem estimular as mulheres a prosseguirem amamentando, podem também apresentar sentimentos de ansiedade, ciúme, rejeição, exclusão, dificuldades sexuais, abandonando suas companheiras durante essa prática⁽³⁷⁾.

A percepção do pai sobre a amamentação é responsável por determinar se o apoio oferecido à mulher será positivo ou negativo. Se o mesmo perceber a amamentação como importante, irá manifestar ações apoiadoras; ao contrário, se perceber a mesma como uma prática negativa, que o exclui do cuidado com seu filho, ele poderá apresentar-se pouco colaborativo, inferior e incompetente e acreditar que não possa participar desta experiência, por ser uma prática exclusiva da mãe⁽³⁷⁾.

Pesquisadores mostraram que os pais acreditavam que amamentar era escolha das mulheres, e que seu papel era apenas o de apoiar a parceira, mas não tinham ideia do que poderiam fazer ou dizer. Alguns pais achavam que poderiam sugerir alimentação mista ao bebê, para permitir um maior intervalo entre as mamadas, permitindo mais tempo de descanso à mãe. Desta forma, eles poderiam ajudar com a alimentação do bebê em alguns momentos e o bebê ainda se beneficiaria da amamentação⁽³⁸⁾.

Esses estudos indicam a necessidade de que os pais recebam informações sobre a amamentação e sobre estratégias de apoio à parceira para a prática do AM, bem como da sua inclusão nos grupos de pré-natal⁽³⁸⁾. Intervenções educacionais direcionadas aos pais poderiam contribuir para a

manutenção do aleitamento materno, uma vez que ajudaram o pai a estar mais apto para oferecer o apoio adequado à mulher.

A escala ou o instrumento para avaliação da percepção da mãe em relação ao apoio paterno não permite sondar a qualidade do apoio oferecido. Uma das questões do instrumento, referente ao apoio instrumental, foi se o pai tinha tempo para acompanhar a gestante nas consultas de pré-natal. Os resultados mostraram que quase metade dos pais não conseguiu ou conseguiu raramente acompanhar a gestante, o que pode ter interferido na qualidade do apoio oferecido para a prática da amamentação. Participar das consultas de pré-natal infere para que o pai adquira informações sobre amamentação que possam auxiliar a nutriz. O pai só participará de forma efetiva junto a nutriz na promoção do aleitamento materno se políticas públicas de saúde se consolidarem propondo ações que visem a participação e inserção dos mesmos em grupos de pré e pós-natal, inserindo estratégias de intervenções educacionais sobre AM que inclua os pais neste processo para que, de fato, possam apoiar as nutrizes no AME

Outra questão relacionada ao apoio instrumental era se ao amamentar de madrugada, o companheiro lhe fazia companhia. Ao comparar as respostas das mães aos 30 e aos 180 dias, percebe-se que este tipo de apoio instrumental diminui consideravelmente. Entretanto, o instrumento não permite identificar o tipo de participação que o pai/companheiro tinha junto a nutriz.

Assim, a escala ora utilizada para verificar o apoio paterno limita-se a dicotomizar os dados em maior ou menor percepção de apoio pela mulher, por meio da mediana das pontuações obtidas. Porém, a qualidade do apoio parece ser uma avaliação mais subjetiva, que um instrumento único, quantitativo, não é suficientemente capaz de avaliar.

Outro ponto que merece ser destacado é que a escala likert de três pontos, modelo utilizado para pontuação nesta escala, é menos confiável e tem menor capacidade de demonstrar com precisão a opinião do entrevistado quando comparada com a escala likert de cinco e de sete pontos. Além disso, a presença de questões invertidas e da resposta “não se aplica” podem confundir os entrevistados e enfraquecer o poder da escala⁽³⁹⁾.

Por meio do instrumento utilizada neste estudo, a mulher consegue relatar se o pai/companheiro a apoia nunca, raramente/às vezes ou quase sempre/sempre em determinada atividade prática, mas não consegue descrever ou detalhar quais são os apoios práticos executados, de fato, pelo pai, e nem mensurar a qualidade dessa participação.

As limitações do estudo foram caracterizadas pela dificuldade encontrada, na coleta de dados, em acompanhar as mulheres do grupo de gestante até o 6º mês de vida do bebê, o que levou uma perda de seguimento e a limitação do instrumento – escala de apoio do companheiro à amamentação.

6 Conclusão

Os fatores preditivos ao AME aos 30 dias de vida do bebê foram: ter residência própria, experiência em amamentar, pais que sempre ou quase sempre sentiam o movimento do bebê no ventre da mãe e crianças do sexo feminino e aos 180 dias: maior renda familiar, gravidez planejada, mães com experiência em amamentar, não utilizar chupeta e não retorno da mãe ao trabalho.

Contrariando o esperado, a percepção da mãe sobre o apoio do pai/companheiro em relação a amamentação é um fator de risco para o AME aos 180 dias, pois quanto maior a percepção do apoio menor o AME.

Referências do artigo

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 475-90. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
2. World Health Organization [WHO]. Sixty-fifth World Health Assembly. Resolutions and decisions. Geneva: 21-26 may 2012. Available from: http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/A65_REC1-en.pdf
3. Rodrigues G de M S, Lima OF, Aoyama E de A, Souza RAG de. Aleitamento materno é mais que um direito: um benefício para toda a família. *ReBIS*. 2019;1 (1) :1-8. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/121>
4. Gutmann VLR, Silva CD, Fazio A, Mota MS, Acosta DF. Cuidados com o recém-nascido: a contribuição do pai no aleitamento materno. *Vitalle- Revista de ciências da Saúde*. 2018;30 (2): 21-30. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1ce2/ae6cf8839334488891c765ede392b9f389cb.pdf>
5. França MS de. Validação de instrumentos de medição das práticas apoiadoras da rede social a mulher/nutriz. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, programa de pós-graduação em Enfermagem, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/14943/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Micheline%20Santos%20de%20Fran%c3%a7a.pdf>
6. Monte GCSB. Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, programa de pós-graduação em Enfermagem, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10733/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Completa.pdf>
7. Sousa AM, Fracoli LA, Zoboli ELCP. Family practices related to breast-feeding maintenance: literature review and meta-synthesis. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(2): 127–34. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n2/127-134/pt/>

8. Alvarenga SC, Castro DS de, Leite FMC, Brandão MAG, Zandonade E, Primo CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan*, Fortaleza. 2017;17 (1): 93-103. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.1.9
9. Roig AO, Martinez MR, Garcia JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2010; 18(3): [8 telas]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300012>
10. Campos AM de S, Chaoul C de O, Carmona EV, Higa R, Vale IN do. Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2015; 23 (2):283-90. DOI: 10.1590/0104-1169.0141.2553
11. Souza MHN, Sodré VRD, Silva FNF. Prevalence and factors associated with breastfeeding for children attending a public communitarian child daycare center. *Ciencia y Enfermerla*. 2015; XXI (1): 55-67. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441818006.pdf>
12. Wenzel D, Souza SB. Factors associated with breastfeeding in two municipalities with low human development index in Northeast Brazil. *Rev Bras Saúde Matern. Infant*. 2014; 14 (3): 241-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/en_1415-790X-rbepid-16-01-0178.pdf
13. Warkenting S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Revista de Nutrição*. 2013;26 (3): 259-69. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732013000300001>
14. Boccolini CS, de Carvalho ML, Oliveira MIC de. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49: 91. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>
15. Rimes KA, Oliveira MIC de, Boccolini CS. Maternity leave and exclusive breastfeeding Licença-maternidade. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53: 10. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000244>
16. Monteiro FR, Buccini G dos S, Venâncio SI, Costa THM da. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J. Pediatr (Rio J)* 2017 Sep./Oct; 93 (5): 475-81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.016>

17. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon R de F. Breastfeeding among children of women workers. *Rev Saúde Pública*. 2012;46 (4): 642-48. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000053>
18. Martins EJ, Giugliani ERJ. Which woman breastfeed for 2 years or more?. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88 (1): 67-73. Available from: <https://doi.org/10.2223/JPED.2154>
19. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017): 491-504. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673615010442?token=70DB78E5FA74A8E470C854779575D8EED882F53A4825E2D4A20CFBE9977D60E349279E431FEA8073437CB5B2014C4254>
20. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*. 2009; 123 (1): e38-46. DOI:10.1542/peds.2008-2244.
21. Strang L, Broeks M. Maternity leave policies: trade-offs between labour Market demands and health benefits for children. *Rand Health*. 2017; 6 (4): 9. DOI: 10.1542/peds.2008-2244 · Source: PubMed
22. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento M do CSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J. de Pediatria*. 2018;94 (60) :596-601. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.10.005>
23. Toryiama ATM, Fujimori E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian, CB do N. Breastfeeding: what changed after a decade? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017, 25: e2941. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1858.2941>
24. Kair L, Colaizy T. Associations between in- hospital pacifier use and breastfeeding continuation and exclusivity: neonatal intensive care unit admission as a possible effect modifier. *Breastfeed Med*. 2017; 12: 12-9. DOI: 10.1089/bfm.2016.0137.
25. Manhira KM, Williams SM, Tipene-Leach D, Baddock AS, Tangiora A, Jones R, et al. Predictors of breastfeeding duration in a predominantly Māori

- population in New Zealand. *BMC Pediatr.* 2018;18 (1): 299. DOI: 10.1186/s12887-018-1274-9.
26. Carvalhaes MA de B, Parada CMG de L, Costa MP da. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007, 15 (1): 62-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100010>.
27. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: a analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J.* 2015;19 (5): 1087-96. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1609-6>
28. Mitchell-Box KM, Braun KL. Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact* 2013; 29: 473-9. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/23715047>
29. Duarte J, Nelas P, Coutinho E, Chaves C, Amaral, O; Dionísio R. Influence of obstetric and maternal characteristics on the prevalence of breastfeeding. *Revista de Psicologia.* 2019;1 (3): 357-66. Available from: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/1574/1356>
30. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Fathers support on breastfeeding: an integrative review. *Rev Paul Pediatr.* 2012;30 (1) :122-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>
31. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and Child Nutrition.* 2014;10: 510-26. DOI:10.1111/mcn.12129. Epub 2014 Apr 10.
32. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jarasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2018;18:1140. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>
33. Jun I, Takeo F, Ronald GB. Is Paternal Infant Care Associated with Breastfeeding? A Population-Based Study in Japan. *Journal of Human Lactation.* 2013;29 (4): 491-9. DOI: 10.1177/0890334413488680.
34. Emmott EH, Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort

Study. PLOS ONE.2015;10 (7): e133547. Available from:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133547>

35. Abbass-Dick J, Dennis CL. Breast-feeding Coparenting Framework. Breast-feeding Coparenting Framework: A New Framework to Improve Breast-feeding Duration and Exclusivity. *Family & Community Health*. 2017; 40(1): 28-31. DOI: 10.1097/FCH.000000000000137

36. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2016 Oct; 41:1-8. DOI: 10.1016/j.midw.2016.07.011.

37. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Batista RS. The influence of the social net of lactating mothers in the breastfeeding: the strategic role of the relatives and professionals of health. *Cienc. Saúde colet*. 2010;15 (1): 1391-400. Available from:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1391-1400/pt>

38. Merrit R, Vogel M, Ladbury P, Johnson S. A qualitative study to explore father's attitudes towards breastfeeding in South West England. *Primary Health Care Research & Development*. 2019;20 (e24):1-7.

DOI: 10.1017/S1463423618000877

39. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemmas of the type likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? *Revista Gestão Organizacional*. 2013; 6: 161-74. Available from:

<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/viewFile/1386/1184>

Referências

1. Martins MZO, Santana LS. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas- Saúde e Ambiente*. 2013;1(3):87-97.
2. Brasil, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar Brasília: Ministério da Saúde; 2 ed., 2015
3. Silva BTM da, Souza LC dos S, Flumian RP. Importância do aleitamento materno. *Rev. Conexão Eletrônica – Três Lagoas, MS*. 2016;13(1).
4. Oliveira CM; Santos TC; Melo IM; Aguiar DT; Netto JJM. Promoção do aleitamento materno: intervenção educativa no âmbito da estratégia de saúde de família. *Enfermagem, Revista*. 2017; 20(2):99-108.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016, 387(10017):475-90.
6. Carrascoza KC, Possobon RF, Costa JA, Moraes ABA. Aleitamento materno até os seis meses de vida: percepção das mães. *Physis Revista Saúde Coletiva*. 2011;3,p:1045-59.
7. Oliveira TC de, Silva M das MG da, Silva J B da. A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para dupla mãe-bebê. *Rev Inic Cient e Ext*. 2018; 1(Esp.2):250-4.
8. Rodrigues G de M S, Lima OF, Aoyama E de A, Souza RAG de. Aleitamento materno é mais que um direito: um benefício para toda a família. *ReBIS*. 2019;1(1):1-8.
9. Divisão de Centro Nacional de Nutrição e Obesidade para Prevenção de Doenças Crônicas e Centros de Promoção da Saúde para Controle e Prevenção de Doenças Amamentação - Pesquisa Nacional de Imunização (NIS).
http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/index.htm (2016), Acesso em 09 de novembro de 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
12. Bunik M, Shope P, O'Connor M, et al. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr*. 2010;10:21-8.
13. Brown A, Raynor P. & Lee M. Maternal control of child-feeding during breast and formula feeding in the first 6 months post-partum. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2011; 24(2):177-86.
14. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon R de F. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(4):642-8.
15. Rodrigues NA, Gomes AC de G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enferm Rev*.2014;17(1):30-48.
16. Daly A, Pollard CM, Phillips M, Binns CW. Benefits, barriers and enablers of breastfeeding: factor analysis of population perceptions in Western Australia. *PLoS One*. 2014;9:e 88204.
17. Susin L, Giugliani E. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *J Hum Lact*. 2008;24:386. doi: 10.1177/0890334408323545.
18. Silva PP da, Silveira RB, Mascarenhas MLW, Silva MB, Kaufman CC, Albernaz EP. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Rev Paul Pediatr*.2012,30(3):306-13.
19. Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers: exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. *Health Promot Perspect*. 2014;30(2):132-6.
20. Bennett AE, McCartney D, Kearney JM. Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery*. 2016;40:169-76.
21. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Batista RS. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Cienc. Saúde colet*. 2010;15(1):1391-400.

22. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *J Hum Lact*. 2011;27(2):115-21.
23. Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, et al. Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *Journal of human lactation*. 2013;29(4):484-90.
24. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal and Child Nutrition*. 2014;10:510-26.
25. Mueffelmann RE, Racine EF, Warren-Findlow, J & Coffnan MJ. Perceived infant feeding preferences of significant Family members and mother's intention to exclusively breastfeed. *Journal of Human Lactation*, 2014
26. Sousa AM, Fracoli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(2):127-34.
27. Sullivan ML, Leathers SJ, Kelley MA. Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. 2004; *J Hum Lact*,20(2):196-205.
28. Jun I, Takeo F, Ronald GB. Is Paternal Infant Care Associated with Breastfeeding? A Population-Based Study in Japan. *Journal of Human Lactation*. 2013;29(4):491-9.
29. Emmott EH, Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLOS ONE*.2015;10(7):e133547.
30. World Health Organization - WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part I - definition. WHO. 2008:26p.
31. França MS de.. Validação de instrumentos de medição das práticas apoiadoras da rede social a mulher/nutriz. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, programa de pós-graduação em Enfermagem, 2015.

32. Monte GCSB. Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, programa de pós-graduação em Enfermagem, 2012.

Aplicado durante gestação - entrevista ao vivo.

Apêndice I- Questionário socioeconômico, demográfico e gestacional

Gestante: Nome: _____ (Data da entrevista: ___/___/___)
 Telefone/operadora: _____ Unidade de Saúde: _____
 DPP: ___/___/_____

Renda Mensal familiar (somando todos os ganhos dos membros da família):	
<input type="radio"/> Menos de R\$ 2.000,00 <input type="radio"/> Entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00 <input type="radio"/> Entre R\$ 4.000,00 e R\$ 6.000,00	<input type="radio"/> Entre R\$ 6.000,00 e R\$ 11.000,00 <input type="radio"/> Entre R\$ 11.000,00 e R\$ 20.000,00 <input type="radio"/> Acima de R\$ 20.000,00

Número de pessoas que moram na mesma casa: até 2 3 4 5 6 acima de 6

Residência: quitada financiamento alugada cedida pelos pais ou parentes cedida em troca de trabalho

Pai (companheiro)	Gestante
Data nascimento: _____	Data nascimento: _____
Profissão: _____	Profissão: _____
Grau de instrução: <input type="radio"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="radio"/> ALFABETIZADO <input type="radio"/> 1ª a 4ª série incompleta <input type="radio"/> 1ª a 4ª série completa <input type="radio"/> 5ª a 8ª série incompleta	Grau de instrução: <input type="radio"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="radio"/> ALFABETIZADO <input type="radio"/> 1ª a 4ª série incompleta <input type="radio"/> 1ª a 4ª série completa <input type="radio"/> 5ª a 8ª série incompleta
<input type="radio"/> 5ª a 8ª série completa <input type="radio"/> 2ª grau incompleto <input type="radio"/> 2ª grau completo <input type="radio"/> Superior incompleto <input type="radio"/> Superior completo	<input type="radio"/> 5ª a 8ª série completa <input type="radio"/> 2ª grau incompleto <input type="radio"/> 2ª grau completo <input type="radio"/> Superior incompleto <input type="radio"/> Superior completo

Quem trabalha fora? mãe pai (companheiro)

Há quanto tempo você está junto com o pai da criança: _____

Início do pré-natal: Com quantos meses? _____

Esta gravidez foi planejada? Sim Não. **Mas foi aceita pela mãe?** Sim Não. **Foi aceita pelo pai?** Sim Não

Experiência anterior em amamentação:

Número de filhos (sem considerar esta criança): _____

Já amamentou antes: Sim Não

Amamentou por quantos meses? _____

De forma exclusiva, por quantos meses? _____

Gostou de amamentar? sim não

Sua experiência em amamentar foi: prazerosa indiferente desprazerosa

Por que? _____

Teve problemas de mama? sim não. Se sim, qual? _____

Tinha leite suficiente? sim não

Você tem vontade de amamentar este novo bebê (desta gestação)? Sim Não. Por que?

Aplicado aos 30 e 180 dias de vida - entrevista por telefone.

Apêndice II. Questionário de acompanhamento após o nascimento:
Mãe: _____ (Data da entrevista: ___/___/___)

Data de nascimento do bebê: ___/___/___ Sexo: () M () F

30 dias	180 dias
1. A criança está em aleitamento materno	
○ Sim ○ Não: Parou com quantos meses? _____	○ Sim ○ Não: Parou com quantos meses? _____
Se está em aleitamento, qual o tipo?	
○ Exclusivo ○ Predominante (uso de água/chá) ○ Complementado (uso de fórmula infantil)	○ Exclusivo ○ Predominante (uso de água/chá) ○ Complementado (uso de fórmula infantil)
Se não está mais amamentando, por que?	
E então, como está alimentando a criança?	
2. Houve introdução de chupeta?	
○ SIM ○ NÃO	○ SIM ○ NÃO
Se sim, quando?	
○ ainda na maternidade ○ na primeira semana de vida da criança ○ na segunda semana de vida da criança ○ na terceira semana de vida da criança ○ na quarta semana de vida da criança Motivo:	○ Com quantos meses: _____ Motivo:
3. Houve a introdução da mamadeira?	
○ SIM ○ NÃO	○ SIM ○ NÃO
Se sim, quando?	
○ ainda na maternidade ○ na primeira semana de vida da criança ○ na segunda semana de vida da criança ○ na terceira semana de vida da criança ○ na quarta semana de vida da criança	○ Com quantos meses: _____ Motivo:

Aplicado com 1 mês de vida - entrevista por telefone.

Apêndice III. Questionário - dados de parto e pós-parto

Dados de parto e pós-parto

1. **Tipo de parto:** Normal Cesárea **Idade gestacional:** _____
2. **Peso:** _____ kg; **Altura:** _____ cm
3. **Problemas durante o parto: com a mãe:** _____
4. **Problemas durante o parto: com a criança:** _____
5. **Permaneceu em alojamento conjunto:** SIM NÃO
6. **Quantas horas após o parto o bebê foi levado para o peito?** _____
7. **No hospital, você recebeu ajuda sobre o manejo da lactação?** SIM NÃO
8. **Que tipo?** _____
9. **Problemas de mama:**
 Fissura Ingurgitamento Mastite Outro: _____

Como foi o envolvimento do seu companheiro com a sua gravidez?

Envolvimento do pai	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Acompanhou as consultas de pré-natal					
Acompanhou a realização dos ultrassons					
Sentiu os movimentos do bebê					
Participou da preparação do quarto do bebê					
Participou da preparação do enxoval do bebê					

Anexo I. Unidades de Saúde da Família do Município de Piracicaba

01	USF - 1º de Maio Rua Augusto Gomes da Silva, 40 3411-1883
02	USF - Algodão Rua Vitória Laerte Furlan, 947 3413-4671
03	USF - Anhumas Rod. Luis Dias Gonzaga, 11 3438-4205
04	USF – Artemis I + II Av. Fioravante Cenedese, 881 3438-1211 – 34-38-3107
05	USF – Artemis II Av. Fioravante Cenedese, 881 3438-1211 – 34-38-3107
06	USF - Astúrias Rua Sgto José Carlos Rodrigues, 498 3428-9919
07	USF - Boa Esperança I Rua Corcovado, 2.030 3415-3342
08	USF - Boa Esperança II Rua Cupuaçu, 340 3425-5967
09	USF - Bosque dos Lenheiros I Rua das Seringueiras, 33 3413-3449
10	USF - Bosque dos Lenheiros II Rua Pau Brasil, 326 3413-7200
11	USF - Campestre Av. Laranjal Paulista, 4.090 3426-0060
12	USF - Cecap Alameda Melvin Jones, 55 3424-2092
13	USF - Chapadão I Rua das Gralhas, 120 3424-3483
14	USF - Chapadão II / Sol Nascente Rua Embuguaçu, 71 3411-1578 9
15	USF - Costa Rica Rua Sofia, 80 3426-1714
16	USF - Eldorado Av. Gustavo Adolfo Franco Bueno, s/nº 3414-2734
17	USF - Terra Rica Rua Yolanda Pereira Delboux, nº 35 3424-2490
18	USF - IAA I Rua João Pedro Corrêa, 810 3415-1099
19	USF - IAA II Rua João Pedro Corrêa, 408 3425-3557
20	USF – Ibitiruna Rua Piracicaba, 10 3438-4126
21	USF - Itapuã I Rua Garça, 495 3432-5785
22	USF - Itapuã II Rua Cafelândia, 65 – Jd. Tóquio 3434-3732
23	USF - Jaraguá I Rua Prof. Mariano da Costa, 380 3422-9833
24	USF - Jaraguá II Rua Rafael Marques Cantinho, 441 3435-1686
25	USF - Jardim das Flores Rua Carolina Molon Neme, 45 3422-1067
26	USF - Jardim Gilda Rua Mª de Lourdes F. Jacob, 130 3425-1569
27	USF - Jardim Oriente Av.: Luis Pereira Leite, nº 2.351 3411-2268
28	USF – Jardim Primavera Rua: Cecílio Elias, s/nº 3413.0140
29	USF - Jardim Vitória Rua Av. Conchas, 550 3433-8196
30	USF – Javari Rua Caju, 61 3434-0223
31	USF - Kobayat Líbano Av. Francisco Antonio Perin, 987 3402-7771
32	USF - Mario Dedini I Avenida Luis Ralph Benatti, 1.400 3423-2006
33	USF - Mario Dedini II Rua Francisca Tegero Barbosa, 55 3413-3622
34	USF - Monte Alegre Via Comendador Pedro Morgante, 155 3422-9480 10 GUIA DE SAÚDE Secretaria Municipal da Saúde
35	USF - Monte Líbano I Rua Caçapava, 255 3434-1755
36	USF - Monte Líbano II Rua Prof. Felinto de Brito, s/n 3422-6817
37	USF - Paineiras Rua Eloy Costa Filho, 135 3435-4230
38	USF - Parque Orlanda Rua Trav. Sylvio Bruzantim, 53 3425-2088 / 7949
39	USF - Santa Fé Rua Profª. Laura F.de Campos Ferrari, nº 550 3422.5773
40	USF - Santa Rosa I Rua José Jacir Moreti, 270 3413-7791
41	USF - Santa Rosa II Rua Milton Teixeira de Sá, 220 3413-2823
42	USF- Santa Rita / Avencas Rua Joaquim José da Silva, 67 3424-1776
43	USF – Santana Rua São Jorge, s/nº 3425-0376
44	USF - São Francisco Rua Uchoa, s/nº 34241977
45	USF - São Jorge Rua Tambaú, 323 3423-2450
46	USF - São José Avenida dos Patriotas, 1.233 3433-0414
47	USF - Serra Verde Rua Roberto Vaz dos Santos, 17 3428-1278
48	USF - Tatuapé I Rua Prof. Carlos Brasiliense Pinto, 405 3402-8926
49	USF - Tatuapé II Rua Presidente Washington Luis, 423 3433-4604
50	USF - Tupi Rua Piracicaba, s/nº 3438-7283
51	USF - Vila Fátima Rua João Alves de Almeida, 355 3421-8577
52	USF - Vila Industrial Rua Cândido Portinari, 425 3413-1851 11 P

Aplicado aos 30 e 180 dias de vida - entrevista por telefone.

Anexo II. Instrumento- Escala do apoio do companheiro à amamentação

Mãe: _____ (Data da entrevista: ___/___/___)

Escala do apoio do companheiro à amamentação

Tempo de vida do bebê em dias	30				180			
	1	3	5	Não se aplica	1	3	5	Não se aplica
CATEGORIA I – Apoio emocional								
1. O seu companheiro demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você a ao bebê?								
2. O seu companheiro lhe elogia/elogiava pela sua decisão em amamentar?								
3. Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro por estar/quando estava amamentando?								
4. O seu companheiro diz ou já disse que sente/ sentia orgulho de você por estar amamentando?								
5. O seu companheiro insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?								
CATEGORIA II- Apoio Instrumental								
1. O seu companheiro teve tempo para acompanhá-la nas consultas de pré-natal?								
2. O seu companheiro cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer lomentos saudáveis e líquidos?								
3. O seu companheiro participa/participou dos cuidados com o bebê? (Segurando-o, trocando fralda ou dando banho?).								
4. Quando você precisa/precisava de ajuda para amamentar de madrugada, o seu companheiro acorda/acordava para lhe fazer companhia?								
5. O seu companheiro lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?								
6. Em relação à amamentação, o seu companheiro lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?								
CATEGORIA III- Apoio Informativo								
1. O seu companheiro conversa com você sobre alimentação saudável e a beber bastante líquido?								
CATEGORIA IV- Autoapoio								
1. O seu companheiro mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?								
2. O seu companheiro comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?								
3. O seu companheiro está/estava sempre pronto para ajudar com a amamentação?								
4. Você sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido do companheiro?								

(FRANÇA, M.S. de, 2015)

Este instrumento visa medir o apoio à amamentação prestado pelo marido/companheiro à mulher que amamenta. As respostas são em forma de escala de frequência variando de 1= nunca, 3= raramente/às vezes a 5= quase sempre/sempre. Quando a pergunta não estiver condizente com a realidade da mulher, deve-se assinalar a resposta “Não se aplica”. O item 05 da categoria I- apoio emocional, que representa domínio “apoio negativo” teve seus escores invertidos. Assim apenas esse item a resposta “nunca” pontua cinco pontos e a resposta “Quase sempre/Sempre” pontua um ponto.

Legenda:

1= Nunca

3= Raramente/ às vezes

5= Quase sempre/sempre

Anexo III. Autorização dos gestores para coleta de dados

Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo – Brasil

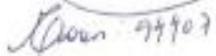
Piracicaba, 21 de Julho 2016

Ref: Carta de autorização

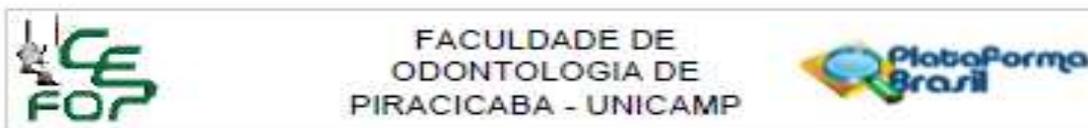
O departamento de Atenção Básica autoriza a pesquisa intitulada *“Práticas de apoio paterno e amamentação”*, nas Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba. Sob responsabilidade das pesquisadoras aluna do doutorado Maria Cristina Pauli da Rocha e Prof^a. Dr^a. Rosana de Fátima Possobon.

Tendo em vista que esse projeto possa contribuir para melhoria desta pratica.



Lucilene do Carmo Martins Pereira
Assessora técnica/departamento Atenção Básica


Anexo IV. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE APOIO PATERNO E AMAMENTAÇÃO.

Pesquisador: Maria Cristina Pauli da Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59563416.4.0000.5418

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.738.536

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo quantitativo, longitudinal, analítico que utilizará um instrumento para avaliação de práticas de apoio paterno, a Escala do Apoio do Companheiro a Amamentação, além de um questionário para coletar dados socioeconômicos e demográficos dos pais. O estudo será desenvolvido na cidade de Piracicaba, com 200 gestantes e mães, adultas (idades estimadas entre 18 e 45 anos), usuárias das Unidades de Saúde da Família (USF) do município e no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp). Na primeira etapa, a pesquisadora convidará as gestantes do programa da saúde da família (nas próprias Unidades de Saúde, no início ou final de um dos encontros de orientação) e do Cepae (no próprio Cepae) para participar, explicando os objetivos e a metodologia do estudo, além dos aspectos éticos envolvidos (caráter voluntário da participação, sigilo dos dados individuais, ausência de riscos, etc.) inclusive apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tanto nas USF quanto no Cepae, as gestantes permanecerão em local que permita o preenchimento das fichas com conforto e privacidade. Neste único encontro, será realizada a coleta de parte dos dados com as gestantes que aceitaram fazer parte desta pesquisa. Estas receberão duas vias do TCLE, devolvendo uma delas assinada para a pesquisadora. Os dados a ser coletados nesta ocasião serão aqueles referentes às condições socioeconômicas e demográficas da gestante e do companheiro responsável pela criança, tais como: idade, grau de

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52
 Bairro: Anália CEP: 13.414-903
 UF: SP Município: PIRACICABA
 Telefone: (19)2106-5349 Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fop.unicamp.br



FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA - UNICAMP



Continuação do Protocolo: 1.736.530

Instrução, renda mensal familiar, quem é o chefe da família, qual a profissão do chefe da família, estado civil, número de filhos, número de pessoas que moram na mesma casa, tipo de moradia. O tempo médio de preenchimento desse questionário será em torno de 15 minutos e será auto-aplicado, ou seja, ela responderá sozinha, entretanto, a pesquisadora estará presente no local, para sanar possíveis dúvidas. A segunda e a terceira etapas ocorrerão após 30 e 180 dias do nascimento do bebê, quando será realizado contato, via telefone, com a mãe da criança, para verificar as práticas de apoio paterno ao aleitamento materno, por meio do uso de um instrumento de coleta específico- Escala do Apoio do Companheiro à Amamentação (EACA) e a prática de aleitamento materno e se houve introdução de chupeta ou mamadeira. O tempo previsto para a resposta destas questões é em torno de dez minutos. Esta entrevista será agendada com as mães, num horário de maior conveniência a elas. O instrumento Escala do Apoio do Companheiro à Amamentação (EACA), que será aplicado nessas duas últimas etapas, é constituído por 16 itens que contemplam o apoio emocional, instrumental, informativo e autoapoio. Será realizada a análise bivariada pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher, no nível de significância de 5%, para testar a associação entre as duas variáveis dependentes que serão testadas (nível de apoio paterno e desmame precoce) e as variáveis independentes (socioeconômicas e demográficas). As variáveis que apresentarem $p < 0,20$ na análise bivariada serão testadas no modelo de regressão de Poisson. Os riscos relativos (RR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC) serão estimados para as variáveis que permanecerem no modelo de regressão no nível de 5%. Todos os testes estatísticos serão realizados pelo programa SAS 9.2. A pesquisa será realizada nas USF de Piracicaba (coleta de dados) e na área de Psicologia Aplicada da FOP-UNICAMP (coleta de dados e demais etapas). A previsão de tempo para a realização desta pesquisa é de 36 meses após a aprovação pelo CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar se as práticas paternas de apoio à amamentação podem contribuir para a manutenção do aleitamento materno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco previsível por se tratar apenas de aplicação de questionários. O desconforto está relacionado com o tempo utilizado pela mulher para a resposta aos questionários. Porém, este tempo está planejado para ser entre 10 e 15 minutos, o que não é demasiadamente longo. Além disso, o primeiro contato ocorrerá em locais que possibilitam à gestante estar sentada em local minimamente confortável e com privacidade. Os dois contatos seguintes ocorrerão via telefone, em horários previamente agendados, a fim de evitar desconforto à participante. De forma geral,

Endereço: Av. Limeira 901, Caixa Postal 52

Bairro: Anália

CEP: 13.414-903

UF: SP

Município: PIRACICABA

Telefone: (19)2106-5349

Fax: (19)2106-5349

E-mail: cep@fop.unicamp.br



FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA - UNICAMP



Continuação do Parecer: 1.736.530

verificar se o apoio oferecido pelo companheiro, no período de lactação, contribui para a manutenção do aleitamento materno exclusivo por mais tempo trará benefícios à população como um todo, à medida que subsidiará a equipe de saúde a propor estratégias de prevenção ao desmame precoce. Especificamente à participante, o benefício será a possibilidade de sanar dúvidas sobre aleitamento ou outros assuntos pertinentes à área de atuação da pesquisadora (que faz parte da Equipe do Cepae).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os itens necessários à avaliação ética estão descritos adequadamente. Os pesquisadores esclarecem como será obtido o TCLE e justificam a participação de grupo vulnerável na pesquisa (mães e recém-mães), pois a coleta dos dados específicos a esta pesquisa requer, necessariamente, a abordagem de gestantes e recém-mães. Por se tratar de um estudo longitudinal, é importante que estas mulheres tenham um vínculo ou com uma Unidade de Saúde ou com o Cepae, o que facilitará o contato e o acompanhamento. Entretanto, todas as gestantes serão informadas de que, caso não desejem participar ou, ainda, desistam de participar ao longo da pesquisa, não terão prejuízo em seu acompanhamento e/ou tratamento dela ou de seu filho, tanto na Unidade de Saúde da Família como no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais (Cepae). Não há medidas estabelecidas de redução de risco, pois não há previsão de risco. O sigilo será garantido por meio de codificação reversível, com código em poder da pesquisadora responsável. Não há previsão de ressarcimento (não há previsão de gastos), não há previsão de indenização (não há risco previsível), nem critérios estabelecidos para suspensão/encerramento antecipado da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatórios estão presentes e sem pendências. Foram apresentadas a FR, a carta de envio, a declaração dos pesquisadores, a declaração da instituição, a autorização da Secretaria de Saúde de Piracicaba, a autorização para acesso ao CEPAE e os anexos referentes aos instrumentos que serão utilizados na pesquisa. Os links para os currículos Lattes dos pesquisadores estão presentes e o tema da pesquisa é compatível com os trabalhos realizados previamente por eles.

Recomendações:

- 1- Após a aprovação os pesquisadores devem atentar para a necessidade de envio de relatórios parciais de atividades (no mínimo um a cada 12 meses) e do relatório final de atividades (ao término da pesquisa).
- 2- Reforça-se necessidade de registro dos eventuais materiais biológicos

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52	
Bairro: Anália	CEP: 13.414-000
UF: SP	Município: PIRACICABA
Telefone: (19)2106-5349	Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fop.unicamp.br



FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA - UNICAMP



Continuação do Parecer: 1.730-508

Infraestrutura	64Declinfra.pdf	31/08/2016 13:03:46	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
Folha de Rosto	1Folhad rostero.pdf	31/08/2016 12:57:19	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
Outros	8Linkscv.pdf	30/08/2016 18:24:56	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	62Declinst.pdf	30/08/2016 18:23:30	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	61DecPesq.pdf	30/08/2016 16:22:46	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
Outros	4comentarios.pdf	30/08/2016 18:21:43	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
Outros	2Cartadeenvio.pdf	30/08/2016 18:20:44	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5TGLE.pdf	30/08/2016 18:17:17	Maria Cristina Paul da Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 21 de Setembro de 2016

Assinado por:
jacks jorge junior
(Coordenador)

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52

Bairro: Anelão

CEP: 13414-903

UF: SP

Município: PIRACICABA

Telefone: (19)2108-5349

Fax: (19)2108-5349

E-mail: cep@fop.unicamp.br

Anexo V. Autorização para utilizar a Escala das Práticas Paternas de Apoio a Amamentação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maria Cristina Pauli da Rocha,
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

Autorizo o uso da “Escala das Práticas Paternas de Apoio à Amamentação” nas etapas de desenvolvimento da tese de doutorado intitulada “PRÁTICAS DE APOIO PATERNO E AMAMENTAÇÃO” de autoria de Maria Cristina Pauli da Rocha, orientação da professora Dra. Rosana de Fátima Possobon, e coorientação do professor Dr. Sérgio Tadeu Marba. A autorização do uso da escala é condicionada à citação de sua autoria na tese e nos trabalhos publicados e/ou apresentados.

Michelline Santos de França
Michelline Santos de França
(Autora)

Cleide Maria Pontes
Cleide Maria Pontes
(Orientadora)



Author Dashboard

1 Submitted Manuscripts >

[Start New Submission](#) >[Legacy Instructions](#) >[5 Most Recent E-mails](#) >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
AE: Arcencio, Ricardo	RLAE-	Estudo longitudinal sobre apoio do	19-Mar-2020	06-May-2020
ADM: RLAE, Revista Latino-Americana de Enfermagem	2020-	pai e práticas de aleitamento		
ADM: Gabriel, Stela	4418	materno exclusivo		
		View Submission		

- Awaiting EIC Decision
- Awaiting Reviewer Scores