

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GÉSSICA DE OLIVEIRA RODRIGUES

APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19

CURITIBA
2022

GÉSSICA DE OLIVEIRA RODRIGUES

APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Choma Bettega
Almeida

Coorientadora: Profa. Dra. Anabelle Retondario

CURITIBA
2022

Rodrigues, Gêssica de Oliveira

Apoio do companheiro/companheira na amamentação durante a pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico] / Gêssica de Oliveira Rodrigues – Curitiba, 2022.
1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Cláudia Choma Bettega Almeida
Coorientador: Profa. Dra. Anabelle Retondario

1. Aleitamento materno. 2. Leite humano. 3. COVID-19. I. Almeida, Cláudia Choma Bettega. II. Retondario, Anabelle. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 649.33

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO - 40001016074P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GÉSSICA DE OLIVEIRA RODRIGUES** intitulada: **Apoio do companheiro/companheira na amamentação durante a pandemia de COVID-19**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

25/08/2022 18:08:51.0

ANABELLE RETONDARIO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 14:55:53.0

SÔNIA ISOYAMA VENÂNCIO

Avaliador Externo (FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP)

Assinatura Eletrônica

25/08/2022 18:04:47.0

JONAS AUGUSTO CARDOSO DA SILVEIRA

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO)

AGRADECIMENTOS

Agradecer à todos e todas que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui, é com certeza uma tarefa desafiadora...

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais “Marlene e Telmo” que são os responsáveis pela minha força e pelos meus valores: honestidade, dignidade, respeito, empatia, persistência, independência dentre outros tantos que me ensinaram a fim de que eu fosse um ser humano melhor. Agradeço e parablenho meus pais por ter conseguido cumprir (com distinção e louvor) a difícil tarefa de ser mãe e pai de cinco mulheres.

Às minhas irmãs, Gisele, Telma, Rogéria e Franciele, cada uma de seu jeito, muito grata pelo exemplo que vocês exercem na minha vida.

Aos meus sobrinhos, Maria Eduarda, Hector, Maria Luiza, Luiz Henrique, Hagata, Róger e Iana, cada um com a sua grandeza, os melhores presentes da minha vida.

Às minhas amigonas de vida, Ana Martha, Lisi, Indiara e Andressa K, obrigada pelo incentivo de sempre, carrego a parte mais incrível de vocês comigo.

À minha amiga e principal incentivadora do mestrado e de trabalhar no apoio ao aleitamento materno, Val Köhler gratidão imensa.

Às minhas amigas Thaís e Glenda que o mestrado me presenteou, em especial, por não medir esforços no apoio emocional e cognitivo na conclusão deste trabalho.

Ao professor Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira, por todas contribuições realizadas enquanto banca examinadora do projeto, da qualificação e da defesa final, seu apoio foi imprescindível para excelência deste estudo.

À professora Dra. Sonia Ioyama Venancio, gratidão pelo seu tempo e por todas contribuições realizadas enquanto banca examinadora da qualificação e da defesa final da dissertação.

À professora Dra. Anabelle Retondario pela orientação do mestrado, pelo olhar minucioso em todas as etapas deste estudo.

À minha orientadora, professora Dra. Claudia Choma Bettega Almeida, gratidão imensa por ter acreditado no meu potencial, pelo seu tempo, pela paciência em ensinar e pela dedicação que teve comigo nesses dois anos.

À todas mães que investiu o tempo precioso da maternidade para participar desta pesquisa, serei grata eternamente! Este estudo não seria possível sem o apoio de todas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Bolsa de Demanda Social.

À Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição (PPGAN) pela oportunidade e por todo aprendizado recebido.

*“O valor das coisas
não está no tempo que
elas duram, mas na
intensidade com que
acontecem. Por isso
existem momentos
inesquecíveis, coisas
inexplicáveis e pessoas
incomparáveis”.*

Fernando Pessoa

RESUMO

O isolamento social causado pela COVID-19 interferiu no acesso à rede de apoio à mulher que amamenta, permanecendo muitas vezes apenas o companheiro/companheira para oferecer esse apoio. Diante desse cenário, este estudo buscou investigar a associação entre a percepção da mulher sobre o apoio do companheiro/companheira na amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo (AME). Estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico, com a coleta de dados de forma online/virtual, de julho a dezembro de 2021, com 306 nutrízes que amamentaram na pandemia e moraram com o companheiro/companheira. A duração do AME foi calculada pela data do nascimento da criança até o início da Introdução Alimentar (IA). A percepção do apoio à amamentação foi avaliada por meio da “Escala do Apoio do Companheiro à Amamentação” (EACA) que contempla quatro categorias de apoio: emocional, instrumental, informativo e autoapoio. A variável de exposição “percepção do apoio do companheiro/companheira na amamentação” foi construída a partir da soma dos escores das quatro categorias de apoio que geraram o escore final “apoio geral”. A partir desse escore foram analisadas as pontuações mínima (34) e máxima (80), média de 66,31 e mediana 70, dado que a escala do escore poderia variar de 16 a 80, com ponto médio em 48. Já que a amostra teve uma alta mediana, considerou-se os tercís como pontos de corte para avaliar a percepção, sendo o primeiro tercil 66 e o segundo tercil 72. Assim, foi criada a variável de “percepção do apoio do companheiro/companheira”, sendo considerado o primeiro tercil, com escore menor que 66, de “menor percepção de apoio do companheiro/companheira”; o segundo tercil, com escore de 66 até 71, de “média percepção de apoio do companheiro/companheira”; e o escore igual ou superior a 72 “maior percepção de apoio do companheiro/companheira”, essa variável foi categorizada em 3 segmentos (menor, média e maior percepção de apoio). Foi realizada a análise de sobrevida para a duração do AME, sendo incluídas as observações em que havia o tempo de início da IA. A amostra composta por 306 mulheres, com 109 casos de censura (35,6%), em que elas relataram ainda estar em AME antes dos 180 dias, e 197 eventos (64,4%) de IA. A análise de sobrevida em relação as categorias de menor, média e maior percepção do apoio geral, teve média de tempo para a duração do AME de 155 dias (IC: 144 – 165 dias), 166 dias (IC: 158 – 175 dias) e 165 dias (IC: 157 – 173 dias) respectivamente, não havendo diferença estatística entre elas (teste de Log-Rank=0,050). Do mesmo modo, a probabilidade de crianças estar em AME nos 180 dias de vida foi de 70% para menor percepção, 85% para média percepção e 83% para maior percepção. Entretanto, quando comparada as categorias de menor apoio com a categoria médio/maior apoio, 210 (68,5%) das nutrízes perceberam médio ou maior apoio e 96 (31,4%) tiveram menor percepção de apoio, e foi possível observar diferença estatística entre esses dois grupos (teste de Log-Rank=0,014). Dos resultados descritivos, as nutrízes apresentaram idade média de 32,0 anos (DP $\pm$ 5,1), sendo a maioria moradora em municípios da região Sul do Brasil, de cor branca, casada, com graduação e/ou pós-graduação e renda familiar superior a 6 salários-mínimos (55%). Portanto, confirmando a hipótese, o presente estudo mostrou que o médio e maior apoio do companheiro/companheira teve uma relação protetora na duração do AME durante o isolamento social causado pela pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: aleitamento materno; amamentação; leite humano; apoio paterno; apoio do companheiro/companheira; COVID-19.

ABSTRACT

The social isolation caused by COVID-19 interfered with access to the support network for breastfeeding women, with only the partner often remaining to offer this support. Given this scenario, this study sought to investigate the association between the woman's perception of the partner's support in breastfeeding and the duration of exclusive breastfeeding (EBF). Quantitative, observational, cross-sectional and analytical study, with online/ virtually data collect, from July to December 2021, with 306 nursing mothers who breastfed during the pandemic and lived with their partner. The duration of EBF was actually the date of birth of the child the beginning of the Food Introduction (FI) until. The perception of breastfeeding support was assessed using the "Breastfeeding Partner Support Scale" (BPSS), which includes four categories of support: emotional, instrumental, informative and self-support. The exposure variable "perceived support from partner in breastfeeding" was constructed from the sum of the scores of the four support categories that generated the final score "general support". Based on this score, the minimum (34) and maximum (80) scores were analyzed, with a mean of 66.31 and a median of 70, given that the score scale could range from 16 to 80, with a midpoint of 48. Since the sample had a high median, tertiles were considered as cutoff points to assess perception, the first tertile being 66 and the second tertile 72. Thus, the variable "perceived support from partner" was created, being considered the first tertile, with a score lower than 66, of "lesser perception of support from partner"; the second tertile, with a score from 66 to 71, of "average perception of partner support"; and a score equal to or greater than 72 "greater perception of partner support", this variable was categorized into 3 segments (lower, medium and higher perception of support). Survival analysis was performed for the duration of EBF, including the observations in which the time of onset of FI was included. The sample consisted of 306 women, with 109 cases of censorship (35.6%), in which they reported still being on EBF before 180 days, and 197 events (64.4%) of FI. The analysis of survival in relation to the categories of lowest, average and highest perception of general support, had a mean time for EBF duration of 155 days (CI: 144 – 165 days), 166 days (CI: 158 – 175 days) and 165 days (CI: 157 – 173 days) respectively, with no statistical difference between them (Log-Rank test= 0.050). Likewise, the probability of children being EBF within 180 days of life was 70% for lower perception, 85% for medium perception and 83% for higher perception. However, when comparing the categories of less support with the medium/greater support category, 210 (68.5%) of the nursing mothers perceived medium or greater support and 96 (31.4%) had a lower perception of support, and it was possible to observe a difference statistics between these two groups (Log-Rank test=0.014). From the descriptive results, the nursing mothers had a mean age of 32.0 years (SD $\pm$ 5.1), most living in municipalities in the southern region of Brazil, white, married, with graduation and/or post-graduation and income family earning more than 6 minimum wages (55%). Therefore, confirming the hypothesis, the present study showed that medium and greater partner support had a protective relationship in the duration of EBF during the social isolation caused by the COVID-19 pandemic.

Keywords: breastfeeding; breast-feeding; human milk; father support; partner support; COVID-19.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 HIPÓTESE	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo geral	17
1.2.2 Objetivos específicos	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 ALEITAMENTO MATERNO	18
2.2 APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO	21
2.3 PANDEMIA COVID-19 E AMAMENTAÇÃO	24
3 MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	27
3.3 COLETA DOS DADOS	29
3.3.1 INSTRUMENTO	32
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	35
3.5 MODELO DE ANÁLISE	36
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	38
3.6.1 Variáveis	38
3.6.2 Análise de Sobrevida e Regressão de Cox	40
4 RESULTADOS	43
4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	43
4.2 ANÁLISE DE SOBREVIDA	50
5 DISCUSSÃO	54
5.1 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DA PESQUISA	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E	
CONDIÇÕES DE SAÚDE	72
ANEXO 1- ESCALA DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA À	
AMAMENTAÇÃO (EACA)	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
ANEXO 2- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
PESQUISA (CEP)	78

1 INTRODUÇÃO

As medidas de isolamento social ocorridas no mundo, no início do ano de 2020, para reduzir a propagação do vírus SARS-CoV-2, responsável por causar a doença COVID-19, levou a mudanças importantes na vida de muitas pessoas, inclusive a das mulheres com intenção de amamentar (BUTANTAN, 2022; WHO, 2020a).

Apesar dos prejuízos causados pelo vírus, tais como o risco de infecção grave por COVID-19 na mãe e no bebê no ato de amamentar e as consequências que a contaminação pode causar para ambos, ainda assim, a orientação é privilegiar o aleitamento materno (AM), pois amamentar segue sendo o melhor método de alimentação e nutrição para o lactente e é uma das formas mais eficazes de garantir a saúde e sobrevivência das crianças (BRASIL, 2020a).

O leite materno (LM) é o alimento ideal para recém-nascidos (RN) e lactentes, pois contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. É seguro, do ponto de vista microbiológico, e contém anticorpos que ajudam a proteger as crianças de doenças infecciosas comuns da infância, como diarreia e pneumonia, as duas principais causas de mortalidade infantil (WHO, 2018). Não amamentar está associado a 166 milhões e 9 milhões de casos evitáveis de diarreia e pneumonia, respectivamente, em crianças menores de dois anos a cada ano, a nível mundial (WALTERS; PHAN; MATHISEN, 2019).

No entanto, a pandemia trouxe inúmeros questionamentos quanto às recomendações sobre a amamentação. No início, a China, devido a estas incertezas, recomendou a interrupção da amamentação. Posteriormente, com alguns estudos publicados demonstrando a relação entre o risco-benefício de amamentar e reconhecendo não apenas os riscos potenciais da COVID-19 para o bebê, mas também dos riscos de morbidade e mortalidade associados à não amamentar e uso inadequado de fórmulas infantis, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e, conseqüentemente, o Ministério da saúde (MS) passaram a recomendar a amamentação a todas as mulheres, inclusive àquelas com suspeita ou confirmação de COVID-19. Esta recomendação é baseada em pesquisas que demonstraram, até o presente momento, que os benefícios do LM são superiores ao risco de contaminação (ABM, 2020; BRASIL, 2020b; UNICEF, 2021b; WHO, 2020b; 2021a).

Contudo, a decisão de amamentar cabe exclusivamente à mulher. É imprescindível que, nessa decisão, as nutrizes e seus familiares recebam orientações dos profissionais de saúde sobre cuidados da saúde do binômio mãe-filho, além de direcionamento sobre materiais informativos e cursos de atualização com as melhores evidências disponíveis. Ou seja, deve receber aconselhamento sobre os principais cuidados maternos, apoio psicossocial e ajuda na prática da amamentação, independente se elas ou os RN estiverem com suspeita ou confirmação da doença (BRASIL, 2020c).

As recomendações giram em defesa e proteção da prática do AM. No documento “Fluxo de decisão para amamentação no contexto da COVID-19” (BRASIL, 2020d), especialistas em AM recomendam que cuidados específicos devem iniciar desde a sala de parto até o retorno ao lar.

Em cenários onde a mãe é caso suspeito ou confirmado de COVID-19, e que esteja bem o suficiente para amamentar, o contato pele a pele e a amamentação devem ser iniciados logo após o parto. No entanto, recomenda-se adotar os cuidados de higiene e medidas de prevenção de contaminação do recém-nascido, como limpeza da parturiente, troca de máscara, touca, camisola e lençóis. No alojamento conjunto e em casa, a mãe deve fazer uso de máscara e higienizar as mãos antes de tocar o bebê ou antes de amamentá-lo. Nos casos em que a mãe não esteja bem o suficiente para amamentar, mas se mostre capaz de retirar o seu leite, mesmo com ajuda, orienta-se que a mãe ordenhe o LM para que seja oferecido ao bebê em um copo. Se a mãe não estiver em condições clínicas para retirar o seu leite, inclusive com ajuda de terceiros, deve-se seguir as orientações do Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos de idade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020e, 2020f, 2020g; SES/RS, 2020). Após recuperação, e se for da vontade da mãe amamentar, o profissional de saúde deve apoiar no processo de relactação (BRASIL, 2019). Diante disso, é necessário que no processo de lactação a mulher receba apoio dos familiares, principalmente, do companheiro/companheira.

Estudos evidenciam que a duração do AM, aleitamento materno exclusivo (AME) e a decisão de amamentar são afetadas por vários fatores, tais como, históricos (Investimento em saúde), socioeconômicos, culturais e individuais (ROLLINS; LUTTER; BHANDARI; HAJEEBHOY *et al.*, 2016). Dentre eles, pode-se citar o apoio familiar, em especial, o do companheiro/companheira (ALVARENGA; CASTRO; LEITE; BRANDÃO *et al.*, 2017; MARGOTTI; MARGOTTI, 2017; TEWABE;

MANDESH; GUALU; ALEM *et al.*, 2016). O incentivo ao AM e a participação do companheiro/companheira, no cuidado com o bebê e nos afazeres domésticos têm relação positiva com a duração do AM (LIMA; DE OLIVEIRA CAZOLA; PÍCOLI, 2017; PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2011). Dessa forma, o apoio do companheiro/companheira, ao favorecer um ambiente tranquilo e acolhedor para a mulher amamentar, oferecer suporte físico e emocional e dialogar sobre possíveis situações que levam à ansiedade e insegurança durante essa fase, constitui-se como uma estratégia essencial para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas, especialmente nos primeiros meses após o parto, e para a manutenção da amamentação (ANDRADE FIALHO; MARTINS LOPES; ÁVILA VARGAS DIAS; SALVADOR, 2014; TESTON; REIS; GÓIS; SPIGOLON *et al.*, 2018).

Sabendo da importância do AME e do AM continuado, Sousa et al. (2013) realizaram uma revisão de literatura e metassíntese com o objetivo de identificar e sintetizar as práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação. Das sínteses construídas, emergiram três tipos de apoiadores da amamentação: pai, avó e rede social e cinco categorias de apoio relativas às práticas familiares que se relacionam à manutenção do AM: apoio emocional, instrumental, presencial, informativo e autoapoio.

- Apoio emocional (*emotional/esteem support*): empatia, carinho e preocupação em relação à pessoa em situação de estresse; valorização positiva da pessoa, que se expressa no encorajamento e concordância com ideias e sentimentos individuais;
- Apoio instrumental (*tangible/instrumental support*): ajuda direta, de natureza prática;
- Apoio presencial (*companionship support*): disponibilidade para passar tempo com a pessoa, proporcionando-lhe sentimentos de pertencimento a um grupo, cujos integrantes partilham interesses e atividades sociais;
- Apoio informativo (*informational support*): oferta de conselhos, direções, sugestões ou retorno de como a pessoa está se saindo no enfrentamento do estresse;
- Autoapoio (*self-support*): envolve manter expectativas positivas sobre a amamentação (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Com o isolamento social imposto pela pandemia e as reorganizações dos serviços de saúde para o cuidado de pacientes com COVID-19, o acesso à rede de apoio social à mulher que amamenta se restringiu, permanecendo, muitas vezes, apenas o companheiro/companheira (DATASUS, 2022; ROBERTON; CARTER; CHOU; STEGMULLER *et al.*, 2020).

Em uma revisão de escopo realizada para identificar como a pandemia de COVID-19 tem influenciado as puérperas no AM, foi descrito que a pandemia afetou de maneiras diferentes a amamentação. A mesma interferiu nos cuidados com a amamentação quanto às medidas preventivas contra o vírus, nas taxas do AM, destacando mudanças nas práticas alimentares, favorecendo o uso de fórmulas infantis; na rede de apoio para o AM, apontando falta de assistência de serviços; nas emoções das puérpera, predominando preocupação e estresse (SOUZA; PEREIRA; PRANDINI; RESENDE *et al.*, 2022). Por outro lado, alguns fatores foram protetores da amamentação, como o uso da tecnologia para o teleatendimento - o qual facilitou a assistência à saúde, assim como a mudança da fórmula infantil para o LM por falta de fórmula, por conta dos custos, por medo de contaminação da fórmula ou por estar ciente que a amamentação era a melhor opção para proteção da criança (CEULEMANS; VERBAKEL; VAN CALSTEREN; EERDEKENS *et al.*, 2020).

Em estudo realizado no Reino Unido, 57% das mulheres cujas crianças nasceram antes da pandemia perceberam uma diminuição do apoio em relação ao apoio que antes do isolamento social era oferecido pelo companheiro/companheira, pelos sogros e pelos profissionais da saúde. Dentre as mães cujas crianças nasceram durante o isolamento social, 45% relataram que não recebiam apoio suficiente. As mães que deram à luz na pandemia perceberam menos apoio dos amigos, da família, e do suporte online. Para estas mulheres, o parceiro foi a maior fonte de apoio e também a maior influência no AM, nesse período (VAZQUEZ-VAZQUEZ; DIB; ROUGEAUX; WELLS *et al.*, 2021b). O parceiro que tem uma participação mais ativa nos cuidados com os bebês durante esse período excepcional pode representar uma fonte valiosa de apoio para as mulheres, especialmente para aquelas que estão tendo acesso limitado a profissionais da área da saúde, a outros membros da família ou amigos, os quais poderiam fornecer esse apoio em circunstâncias normais.

Sendo assim, compreendeu-se que a informação segura (fidedigna), o apoio social, a saúde mental e meios novos de atendimento (teleatendimento) à lactação

são fatores a serem considerados no cuidado em relação ao apoio (SOUZA; PEREIRA; PRANDINI; RESENDE *et al.*, 2022).

Neste cenário, o MS recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 em 26 de fevereiro de 2020 (UNA-SUS, 2020). Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao Ministério da Saúde, de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de julho de 2021 (julho/início da coleta), haviam sido confirmados 19.917.855 casos e 556.370 óbitos por COVID-19 no Brasil. O maior registro de notificações de casos novos em um único dia (115.228 casos) ocorreu no dia 23 de junho de 2021.

O Mapa abaixo ilustra o número de casos novos de COVID-19 na semana epidemiológica 30 (25/7/2021 a 31/7/2021).



O sudeste foi a região com maior número absoluto de casos novos, seguido da região Sul. O Brasil recebeu as primeiras doses de vacina contra SARS-CoV-2 em março de 2021 (OPAS, 2021a). Conforme nota técnica datada no dia 06 de julho de 2021, considerando o risco-benefício da vacinação contra a COVID-19 em gestantes e puérperas até 45 dias do pós-parto, entendeu-se que naquele momento o perfil de risco-benefício da vacinação neste grupo seria altamente favorável à vacinação. Desta forma, as indicações de vacinação das gestantes e puérperas eram: vacinar gestantes e puérperas até 45 dias após o parto, a partir de 18 anos, como grupo prioritário independentemente da presença de fatores de risco adicional com as vacinas que não continham vetor viral (Sinovac/Butantan e Pfizer/Wyeth), em qualquer trimestre da gestação. A vacinação deveria ser condicionada a uma avaliação individualizada, compartilhada entre a gestante e seu médico, do perfil de risco-benefício,

considerando as evidências e incertezas disponíveis naquele período. A vacinação poderia ser realizada em lactantes que pertenciam a algum dos grupos prioritários, no momento da convocação do respectivo grupo, não sendo necessária a interrupção da lactação. No entanto, a lactação em si não seria considerada como prioritária para a vacinação (BRASIL, 2021a).

O incentivo e a prática do AME e continuado é fundamental, especialmente nesse momento de retorno do Brasil ao mapa da fome das Nações Unidas. Segundo os resultados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN), lares com criança tem mais fome, ou seja, a fome dobrou nas famílias com crianças menores de 10 anos, passando de 9,4% em 2020 para 18,1% em 2022 (ONU, 2022; PENSSAN, 2022; SOFI, 2021).

Ressalta-se que, frente a este contexto e às especificidades do atual cenário suscita a necessidade de refletir sobre a complexidade existente quanto à rede social de apoio, especialmente do companheiro/companheira, na promoção e apoio do AM, assegurando à criança o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e garantindo a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) dessa população (SOFI, 2021; UNICEF, 2022).

Ainda, de acordo com nosso conhecimento nenhum estudo foi realizado na população brasileira para avaliar a percepção da mulher quanto ao apoio do companheiro/companheira na amamentação no contexto da pandemia pela COVID-19. Acredita-se que as informações desta pesquisa serão úteis no desenvolvimento de estratégias que visem subsídios adicionais para o apoio da mulher e do companheiro/companheira na prática do AM. Por isso, o presente estudo teve o objetivo de investigar o apoio do companheiro/companheira durante a amamentação durante a pandemia de COVID 19.

1.1 HIPÓTESE

- O apoio do companheiro/companheira na amamentação durante o isolamento social tem relação direta e positiva com melhores condições socioeconômicas;
- O apoio do companheiro/companheira às mulheres que desejaram amamentar e/ou amamentaram tem uma relação positiva na adesão às práticas de amamentação durante o isolamento social causado pela COVID-19.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a associação entre a percepção do apoio do companheiro/companheira na amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo.

1.2.2 Objetivos específicos

Avaliar o apoio do companheiro/companheira na amamentação no contexto da pandemia COVID-19;

Descrever os apoios emocional, instrumental, informativo e autoapoio do companheiro/companheira durante a amamentação;

Investigar se o diagnóstico para COVID-19 em nutrizes interfere na manutenção do AME.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é um fluido translúcido de coloração amarelada, rico em micronutrientes, macronutrientes e anticorpos, produzido naturalmente pelo corpo da mulher após a gestação. O AM é o ato de amamentar, ou seja, de oferecer o leite materno ao bebê através da mama da mãe ou através de um recipiente (BALLARD; MORROW, 2013; BRASIL, 2019).

As vantagens decorrentes do AM para a criança e a mãe são exaltadas e fundamentadas cientificamente. O aporte nutricional, o escudo imunológico e o menor risco de contaminação favorecem a diminuição da morbimortalidade infantil por diarreia e por infecção respiratória.

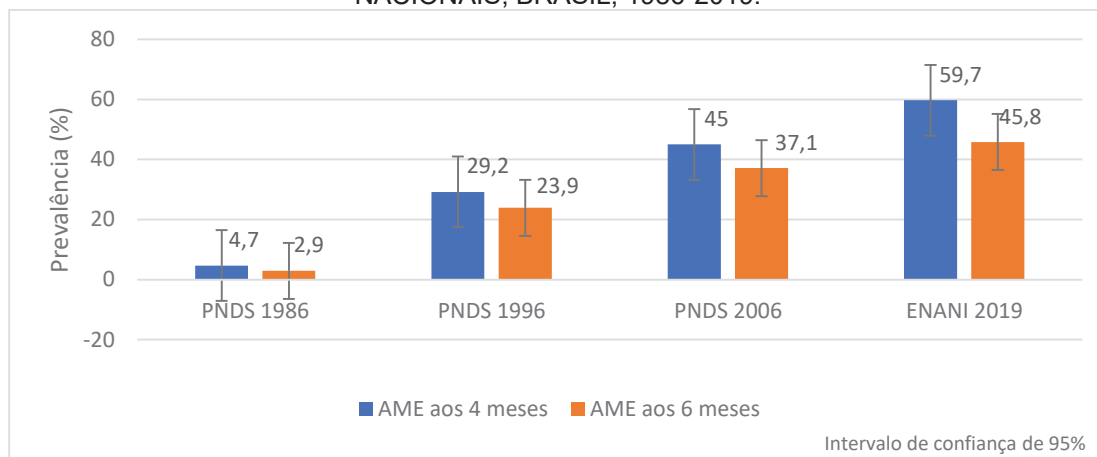
O AM realizado na primeira hora de vida do bebê ou na “hora dourada” pode ser um agente protetor contra mortes em RN (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA; PÉREZ-ESCAMILLA, 2013; EDMOND; ZANDOH; QUIGLEY; AMENGA-ETEGO *et al.*, 2006; MULLANY; BECKER; HINDIN, 2007). Além de ser uma estratégia natural de vínculo afetivo, o AM, de forma exclusiva, supre todas as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses. Após essa idade, permanece sendo uma fonte preciosa de nutrientes e fatores de proteção contra diversas doenças. Por essa razão, a OMS, o UNICEF e o MS recomendam a continuidade da oferta de leite materno (LM) até, pelo menos os 2 anos de idade (BRASIL, 2014; 2019; 2020h; UNICEF, 2021a; VICTORA; VAUGHAN; BARROS; SILVA *et al.*, 2000), pois cerca de 500ml de LM poderá fornecer 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% de proteína e 31% da energia total, além de continuar protegendo contra muitas doenças infecciosas (VICTORA; VAUGHAN; BARROS; SILVA *et al.*, 2000; WHO, 2020c). A ampliação do AM para uma esfera universal, seria capaz de impedir aproximadamente 823.000 mortes anuais em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes anuais por câncer de mama (KHAN; VESEL; BAHL; MARTINES, 2015; VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J.; FRANÇA, G. V. *et al.*, 2016; WALTERS; PHAN; MATHISEN, 2019). Evidências crescentes também indicam que a amamentação pode proteger contra o sobrepeso e diabetes tipo II na fase adulta. Neste contexto, existem evidências científicas de que a prática do AM está correlacionada à melhor performance em teste cognitivo e intelectual, refletindo em

maiores níveis de escolaridade e maior renda na idade adulta (VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D.; FRANÇA, G. V. A. *et al.*, 2016).

Entre os anos de 1986 e 2013, a prevalências de AME para menores de seis meses de idade, AM em menores de dois anos e AM continuado com um ano de vida tiveram uma inclinação ascendente até 2006, crescendo de 4,7%, 37,4% e 25,5% em 1986 para 37,1%, 56,3% e 47,2% em 2006, nessa ordem. Nos três indicadores, verificou-se uma pequena estabilização entre 2006 e 2013 (36,6%, 52,1% e 45,4%, respectivamente). O indicador de AM de dois anos teve comportamento diferente a prevalência relativamente estável, em torno de 25% entre 1986 e 2006, e aumento, chegando a 31,8% em 2013 (BOCCOLINI; BOCCOLINI; MONTEIRO; VENÂNCIO *et al.*, 2017). Em seguida, o Brasil comprometeu-se a atingir a meta global de AME em menores de 6 meses de 50% até 2025 (WHO, 2018). Estudo recente demonstra que os indicadores de AME ainda estão distantes da meta pactuada, pois foi observado que pouco mais de 45% das crianças seguem em AME (ENANI, 2021).

Os dados mais recentes sobre AM no Brasil são os resultados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI). O ENANI avaliou 14.505 crianças menores de cinco anos, distribuídas em todas as regiões brasileiras durante o ano de 2019. Foi observado que mais da metade (53%) das crianças estavam em AM no primeiro ano de vida. O índice de AME entre as crianças menores de seis meses foi de 45,8% e cerca de 60% entre as menores de quatro meses (ENANI, 2021). Ao comparar os dados das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizadas em 1986, 1996 e 2006, com os dados atuais do ENANI, observa-se um pequeno aumento na prevalência de AME entre as crianças menores de 4 meses e de 6 meses (FIGURA 1).

FIGURA 1 – PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE QUATRO MESES, E MENORES DE SEIS MESES, SEGUNDO PESQUISAS NACIONAIS, BRASIL, 1986-2019.



FONTE: ENANI (2021).

Comparando os indicadores do ENANI com os dados da I PNDS, de 34 anos antes, verifica-se um aumento de aproximadamente 13 vezes no indicador de AME em crianças menores de 4 meses, e cerca de 16 vezes entre crianças menores de 6 meses (ENANI, 2021). No entanto, mesmo com esse aumento, os indicadores ainda estão distantes de alcançar a meta global pactuada para 2025, de 50% das crianças menores de seis meses em AME. Ainda, devido às mudanças ocorridas no cenário mundial e nacional em razão da COVID-19, esta tendência de aumento dos indicadores de AM pode se modificar devido às incertezas e ansiedade social geradas durante a pandemia.

Proteger, apoiar e promover o AME até os seis meses e o AM continuado até pelo menos os dois anos de idade são práticas recomendadas para garantir a melhoria destes indicadores, sendo a principal meta nacional e mundial quanto às práticas adequadas da alimentação de crianças pequenas (WHO, 2018).

Portanto, cabe o incentivo e cumprimento de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança que promove e protege a saúde da criança e o AM, mediante atenção e cuidados integrais e integrados. A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde que disponibiliza o Manual de implementação detalhado para os profissionais de saúde, assim como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) que assegura

o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática do AM (BRASIL, 2006; 2015; 2018).

2.2 APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO

O companheiro/companheira, historicamente tem sido apresentados ou vistos como secundários, e às vezes desnecessários, ao processo parental (SCHMITZ, 2016) pois a responsabilidade dos mesmos, no período de preconcepção, pré-natal, parto e pós-parto, por muito tempo foi amplamente negligenciada, sendo que o companheiro tem um papel importante em todas as fases de assistência familiar, inclusive, no incentivo à amamentação e na criação de um ambiente favorável à maternidade (KOTHARI; THAYALAN; DULHUNTY; CALLAWAY, 2019).

Culturalmente, os cuidados com o bebê e o trabalho doméstico eram realizados, em sua maior parte, por mulheres. Atualmente, o protagonismo do cuidado ainda segue sendo da mulher, no entanto, observa-se um movimento de transformação nas atitudes de compartilhamento e envolvimento dos companheiros/companheiras com seus respectivos filhos, o qual merece ser encorajado (ABBASS-DICK; DENNIS, 2018; SORRENTINO; BÓGUS; VENANCIO, 2021) como o apoio à amamentação coparental, onde o pai e a mãe compartilham responsabilidades iguais no cuidado com o bebê, assim como, no processo de amamentar (ABBASS-DICK; DENNIS, 2018).

Em estudo realizado por Hensshaw et al. (2018), verificou-se que os companheiros revelaram a necessidade e a vontade de compreender as práticas de manejo na amamentação, além de sentirem mais necessidade de serem apoiados durante o período pós-parto inicial, ou seja, os companheiros precisam e desejam de práticas educativas em saúde após a alta, que incluam saúde, cuidados e adaptação aos pais (HENSHAW; COOPER; JARAMILLO; LAMP *et al.*, 2018). Esse envolvimento é de extrema importância para a vida das mulheres, crianças e dos próprios companheiros/companheiras (PROMUNDO, 2019; SARKADI; KRISTIANSSON; OBERKLAD; BREMBERG, 2008).

Nesse sentido, como forma de cuidado, a participação afetiva do companheiro/companheira no AM, preconizando apoio emocional e logístico durante esse período, é relevante para o seu sucesso, e a ausência dessa figura de apoio tem forte associação com o desmame precoce (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012;

SILVA; SILVEIRA; MASCARENHAS; SILVA *et al.*, 2012; SILVEIRA; BARBOSA; VIEIRA, 2018). Em uma revisão sistemática, verificou-se que os pais que foram incluídos em intervenções educacionais e psicossociais a respeito do AM apresentaram um avanço significativo no apoio à amamentação, com um aumento no início da amamentação, na duração da amamentação e na exclusividade da amamentação (ABBASS-DICK; BROWN; JACKSON; REMPEL *et al.*, 2019). Do mesmo modo, o uso de métodos educativos envolvendo tópicos importantes sobre o AM proporcionam maior engajamento dos companheiros/companheiras no processo da amamentação (FURMAN; KILLPACK; MATTHEWS; DAVIS *et al.*, 2016), pois a insegurança dos pais na amamentação está intimamente ligada à falta de informações (ATKINSON; SILVERIO; BICK; FALLON, 2021).

Segundo Heathman *et al.* (2019), os homens, sendo eles pais ou não, apresentam conhecimentos limitados a respeito da amamentação, pois em seu estudo, apenas 16% indicaram que a recomendação de AME é até o sexto mês de vida e mais da metade dos entrevistados ignoraram os riscos reduzidos de sobrepeso e obesidade, otite, diarreia ou alergias alimentares para crianças amamentadas (HEATHMAN; DOUGLAS; CAMEL, 2019). Por outro lado, a percepção de algumas mães revela uma insatisfação em relação aos seus companheiros/companheiras, pois os mesmos se concentraram nas necessidades do bebê, deixando-as desamparadas em relação à saúde física e mental (HENSHAW; COOPER; JARAMILLO; LAMP *et al.*, 2018).

Condutas paternas positivas em relação à amamentação foram significativamente associadas ao aumento da probabilidade de amamentar (ATKINSON; SILVERIO; BICK; FALLON, 2021). O apoio do parceiro na forma de encorajamento verbal, na sensibilidade às necessidades da mãe, no desempenho das tarefas domésticas, nos cuidados com o bebê e na assistência de prevenção e controle das dificuldades na amamentação, aumentam a duração e a exclusividade da amamentação (OGBO; AKOMBI; AHMED; RWABILIMBO *et al.*, 2020). Apesar das diferenças entre países e culturas, o apoio social, profissional e familiar é imprescindível para o sucesso do AM, visto que o suporte do companheiro/companheira é fundamental no sucesso da amamentação em razão da influência na decisão da mulher em amamentar e na sua continuidade (SILVA; SILVEIRA; MASCARENHAS; SILVA *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, outra revisão com artigos publicados entre 1984 a 2017 demonstrou que o apoio ineficaz, enquanto função de rede e assistência, pode ser determinante para desfechos negativos da saúde da mãe e do bebê. É o caso de mulheres no processo de AM, cuja primiparidade exige, ainda mais, bons aconselhamentos da rede de apoio. No entanto, quando esta rede vem acompanhada de mitos e tabus, a interferência no cuidado pode ser transformada em apoio inadequado, insuficiente ou ineficaz (FRANÇA; LOPES; FRAZÃO; GUEDES *et al.*, 2018).

Diante disso, é imprescindível conhecer mais sobre os diferentes tipos de apoio na amamentação relacionado às práticas paternas, inclusive os apoios emocionais, instrumentais, informativos e às práticas de autoapoio (FRANÇA, 2015). De acordo com a literatura, as práticas de apoio emocional consistem em apoio por meio de carinho, valorização, encorajamento, atenção, conversas sobre a amamentação durante a gravidez e após o nascimento. Envolve acalmar a mãe, ter paciência, consolá-la, manifestar alegria, proferir elogios, aderir à amamentação, apoiar a decisão da mãe e, sobretudo, persistir no apoio. Além disso, envolve apoio à autoestima da mãe, valorizando-a enquanto mulher e nutriz, além de manifestar sentimento de orgulho pela atitude nobre em amamentar; insistir na amamentação, porém sem gerar pressão à nutriz (GAMBLE; MORSE, 1993; MÜLLER; SILVA, 2009).

O apoio instrumental, por sua vez, envolve a participação ativa do companheiro/companheira nos cuidados com o bebê, com a mãe e com os afazeres domésticos e rotinas familiares; acordando durante a noite para acompanhar a mãe na amamentação; na amamentação mista, implica no revezamento com a mãe para oferecer outro alimento; exercitar a flexibilidade das rotinas, com ajustes no horário de trabalho de maneira a assumir responsabilidades no contexto familiar (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

O apoio informativo significa mencionar, com transparência para a mulher, que gostaria de ser inserido na prática da amamentação do bebê. Além disso, sugere munir a nutriz de informações sobre intercorrências com a amamentação, quando preciso, oferecendo ajuda prática e aconselhamento; manter atitude incentivadora; fomentar a amamentação; e motivar a mulher para que faça boas escolhas alimentares e manter bem hidratada (GAMBLE; MORSE, 1993).

O autoapoio do companheiro/companheira compreende em conservar expectativas otimistas e buscar esclarecimento sobre a amamentação; reconhecer a

brevidade desse momento; se manter permissivo para apoiar a mãe; responsabilizar-se com a amamentação, mantendo-se disponível para ajudar. O autoapoio para o companheiro/companheira envolve ainda manter postura inclusiva (Nós estamos esperando um filho/filha), além de compreender as necessidades do bebê e da mãe e as mudanças na relação conjugal (BARREIRA; MACHADO, 2004; SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Inteirar-se das possíveis carências, necessidades e apoio ineficaz do companheiro/companheira e da rede de apoio, para com a nutriz, poderá ser decisivo nos resultados envolvendo a saúde da dupla mãe-bebê.

Portanto, em momentos de enfrentamento a uma pandemia mundial, cabe aos pesquisadores, gestores e profissionais da saúde identificar indicadores de uma rede social ineficaz nas dimensões estrutural, funcional e dinâmica, e promover apoio técnico, assim como, autonomia ao apoiador, neste caso, o companheiro/companheira.

2.3 PANDEMIA COVID-19 E AMAMENTAÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Desde então, o vírus se espalhou em velocidade elevada por diversos países de todos os continentes, tendo sido, em 11 de março de 2020, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia com mais de um milhão de casos confirmados (OPAS, 2021b).

Até o dia 05 de agosto de 2022, foram confirmados no mundo 579.092.623 casos de COVID-19, além de 6.407.556 óbitos. Quanto aos registros de novos casos foram identificados 894.309 para a doença. O número de doses de vacina administradas, até o referido momento, é de aproximadamente 12.308.330.588 doses.

A primeira notificação de um caso confirmado do vírus no Brasil foi em janeiro de 2020, tendo sido registrados, até 05 de agosto de 2022 mais de 33.924.061 casos, com 679.275 óbitos. Até 29 de julho de 2022, um total de 462.896.940 doses de vacina foram administradas no país (WHO, 2021b).

Neste mesmo período, a região Sul do Brasil, apresentou 7.208.479 casos e 107.378 óbitos, sendo que somente no estado do Paraná foram registrados 2.692.515 casos e 44.402 óbitos (BRASIL, 2022; PARANÁ, 2021).

A pandemia afetou toda a população, incluindo gestantes e nutrizes. Entende-se que as mesmas constituem grupo de risco frente à COVID-19 (KNIGHT; BUNCH; VOUSDEN; MORRIS *et al.*, 2020) pois gestantes acometidas pelo vírus SARS-CoV-2 tem maior chance de desenvolver pré-eclâmpsia, infecções graves, internação em Unidade de Terapia Intensiva, mortalidade materna, parto prematuro, maior índice de morbidade neonatal grave e maior índice de morbidade perinatal grave e mortalidade perinatal. Mulheres assintomáticas apresentam maior risco de morbidade materna e pré-eclâmpsia comparadas com gestantes sem diagnóstico para COVID-19 (HEALY, 2021; VILLAR; ARIFF; GUNIER; THIRUVENGADAM *et al.*, 2021). Por isso, o MS orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para doença (BRASIL, 2021a; FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021). Devido às incertezas em relação à patogênese e o potencial de transmissão do vírus, inicialmente, surgiram muitas dúvidas quanto às recomendações de amamentação para mães com suspeita ou confirmação da nova doença (CHEEMA; PARTRIDGE; KAIR; KUHN-RIORDON *et al.*, 2020) mas logo em seguida, em março de 2020, a OMS recomendou o início e a manutenção da amamentação em mães infectadas por COVID-19 (WHO, 2020d).

No entanto, com o passar do tempo, surgiram novos estudos demonstrando que crianças diagnosticadas com COVID-19, filhos de mães positivadas, em sua maioria, apresentavam apenas sintomas leves da doença. Em uma amostra de leite materno de 15 mães com COVID-19, 4 delas foi detectado SARS-CoV-2. As amostras de swab da garganta dos bebês dessas mães foram positivas para o RNA do SARS-CoV-2. Três das quatro mães estavam amamentando. Além disso, durante o isolamento de 14 dias, todas as mães, exceto três, amamentaram seus bebês. Dos 12 bebês amamentados, enquanto o teste para RNA SARS-CoV-2 em amostras de swab da garganta foi negativo em 6 dos bebês, os outros 6 bebês, que apresentaram sintomas leves de COVID-19, testaram positivo para SARS-CoV-2. Os resultados clínicos de todas as mães e bebês transcorreram sem intercorrências. Segundo o estudo, esta é a primeira série de casos com o maior número de casos positivos de SARS-CoV-2 em amostras de leite humano de mães com COVID-19 (KILIC; KILIC; BERBER; GUNDUZ *et al.*, 2021). No entanto, os benefícios da amamentação podem superar o risco de

infecção por SARS-CoV-2 em bebês (OPAS, 2020) visto que, em um achado importante foi detectado a presença e um aumento de oito vezes de interferon-alfa nos macrófagos do LM de uma mãe em lactação durante a infecção por SARS-coV-2, em comparação com seu leite antes da infecção. O interferon-alfa tem uma ação importante contra infecções virais, talvez, esse achado explique um dos efeitos protetores do aleitamento materno em relação à COVID-19, o qual pode auxiliar na tomada de decisões dos profissionais de saúde quanto à orientação da amamentação (YU; KHODADADI; SALLES; PHAM *et al.*, 2021).

Apesar das incertezas referente ao vírus, mães apostam nos benefícios do LM. Um estudo avaliou a experiência de consultoras em amamentação durante a pandemia de COVID-19, nas modalidades *online* e presencial, percebeu-se que as nutrizes estavam munidas de informações sobre a importância do AM e insistiram em oferecer LM, mesmo diante das adversidades do puerpério imediato, das alterações psicológicas, das circunstâncias da pandemia e da lacuna de rede de apoio presencial. As consultoras relataram que o maior desafio, durante os atendimentos, foi a ausência de toques afetivos, limitando-se apenas aos cuidados essenciais do binômio mãe/filho. Já as demandas das nutrizes, foram em relação às orientações sobre as técnicas e manejo no AM. O isolamento social imposto pela pandemia e, conseqüentemente, a redução da rede de apoio destas mulheres, geraram sentimentos negativos expressos pelas nutrizes, como medo, ansiedade e insegurança, manifestando silêncio, choro e expressões faciais de preocupação. Contudo, ao final, as consultoras perceberam a satisfação das nutrizes pelo serviço prestado, pelo sentimento de empatia, apoio, acolhimento e segurança transmitidos às suas famílias, nesse momento delicado (LIMA; CHAVES; OLIVEIRA; LIMA *et al.*, 2020).

Desta forma, é importante ressaltar que ações educativas e preventivas relacionadas às técnicas e ao manejo no AM são questões necessárias para sustentar o processo de amamentar fisiológico em qualquer circunstância, principalmente perante o momento da pandemia, pois construir relações de confiança, e vínculo do profissional da saúde com a mãe e a rede de apoio da mulher são indispensáveis nesse e em outros cenários (SANTOS; AMARAL; SANTOS; CARVALHO *et al.*, 2021).

Diante do exposto, evidencia-se a importância do acompanhamento por meio telefônico e virtual (teleSUS/telemedicina) da estratégia de saúde da família no pré-

natal e período neonatal, que ofereçam orientação adequada para puérperas durante o processo de AM (WHO, 2020e).

Portanto, considerando os benefícios da amamentação e as evidências disponíveis que sugerem um papel insignificante do leite humano na transmissão do SARS-CoV-2, o MS através das notas técnicas recomenda que a amamentação seja mantida, mesmo em caso de suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19. Assim, recomenda-se que prevaleça o desejo da mãe, e que a mesma esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo, respeitando as precauções exigidas pelas autoridades competentes (BHATT, 2021; BRASIL, 2020h; WHO, 2020f).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, visto que os resultados podem ser quantificados, centrado na objetividade, ou seja, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros (FONSECA, 2002). Estudo do tipo observacional, transversal e analítico. É observacional porque o pesquisador simplesmente observa o paciente, as características do desfecho, e sua evolução, sem intervir ou modificar qualquer aspecto que esteja estudando, (MEDEIROS, 2013). Quanto ao delineamento transversal, esse modelo apresenta uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostra (ROUQUAYROL, 2013). Estudos analíticos são estudos comparativos realizados com a intuito de identificar e quantificar associações, testar hipóteses e identificar fatores de risco (PORTA, 2008).

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Quanto ao critério de elegibilidade, a população do estudo foi composta por mulheres (≥ 18 anos de idade) que estavam amamentando ou que amamentaram durante a pandemia causada pela COVID-19 e que moraram na mesma residência com os companheiros/companheiras durante o período. Foram excluídas da pesquisa mulheres que responderam o questionário (Identificação da nutriz; Dados socioeconômicos e demográficos; Condições de saúde) mas não responderam às

perguntas referente à ferramenta do apoio do companheiro/companheira à amamentação. Também foi critério de exclusão a data de nascimento das crianças antes de março de 2020, ou seja, antes do início da pandemia no Brasil.

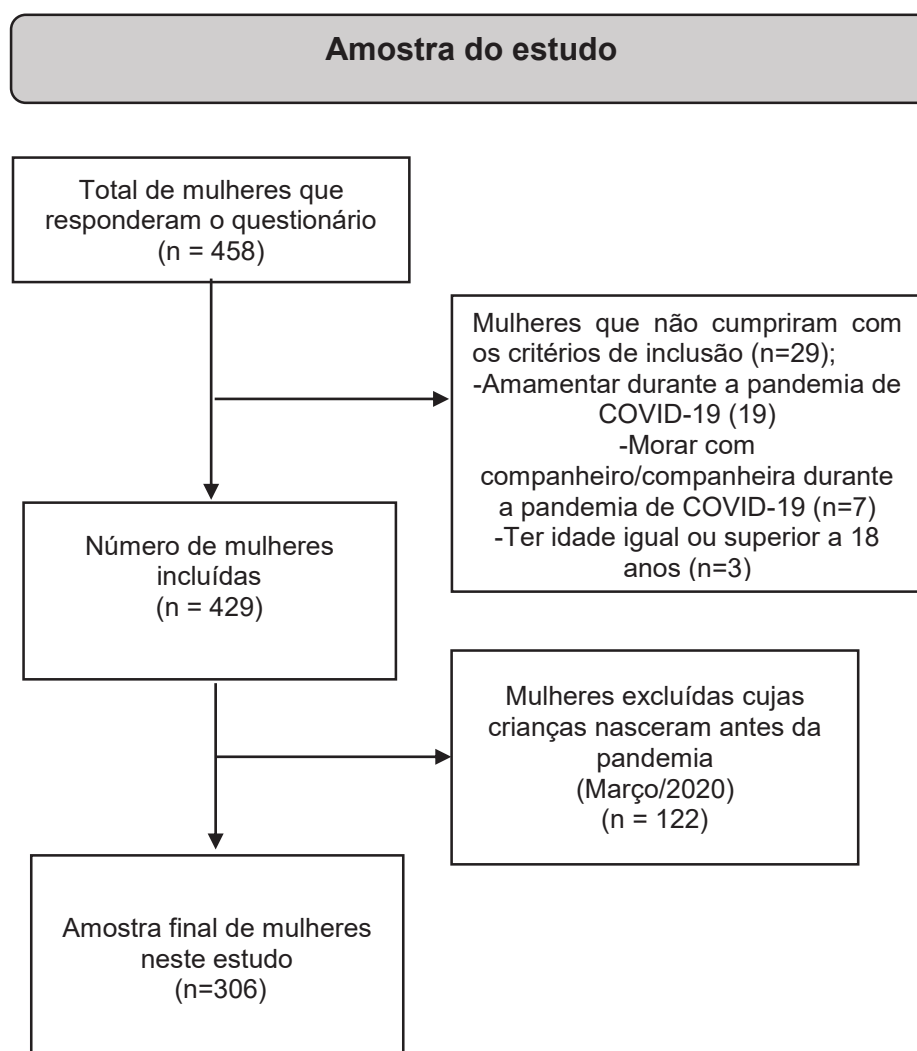


FIGURA 3.2: FLUXOGRAMA DE AMOSTRAGEM

A amostra do estudo foi não-probabilística por conveniência, constituída pelo número total de mulheres que tiveram contato com o formulário online e que aceitaram e se propuseram a participar da pesquisa durante o período de julho a dezembro de 2021.

O estudo foi divulgado nas redes sociais e meios de comunicação digital como WhatsApp, Facebook, e-mail, Telegram, Instagram e grupos virtuais de apoio ao AM. Nestas propagações foram explicitados os principais objetivos e métodos para realização do estudo e o hiperlink para ser direcionado ao formulário online do Google Forms® (<http://www.encurtador.com.br/azN06>).

3.3 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online autoaplicável (ANEXO I) após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O questionário foi composto por perguntas divididas em quatro seções: a) Identificação da nutriz; b) Dados socioeconômicos e demográficos; c) Condições de saúde; d) Apoio do companheiro/companheira, sendo esta categoria subdividida em: d.1) Apoio Emocional, d.2) Apoio Instrumental, d.3) Apoio Informativo e d.4) Autoapoio do companheiro/companheira durante a amamentação com a dupla mãe-bebê.

O tempo estimado para responder o instrumento foi de aproximadamente 15 minutos. A coleta de informações foi realizada de forma online/virtual de julho a dezembro de 2021. A identidade e as informações das participantes foram codificadas, resguardando sigilo, tendo apenas a pesquisadora principal e as colaboradoras acesso aos dados. Na primeira página do inquérito foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em que foram explicados os objetivos, benefícios e riscos, além da garantia de sigilo de identidade e autonomia para participação (APÊNDICE II). As mulheres que consentiram a participar do estudo precisaram assinalar/aceitar o TCLE digitalmente, só assim poderiam avançar para o preenchimento das questões. Foi garantido o sigilo dos dados por meio de identificação das participantes da pesquisa nas fichas de coleta de dados por códigos e não pelo nome. Foi realizado todo cuidado referente à proteção dos dados, por possíveis vazamentos de informações pessoais ou ataques físicos ou cibernéticos. Para esse fim, utilizou-se gerenciador de senhas, realizou-se backup dos dados (com frequência) e monitoramento da rede em uso, em busca de atividades suspeitas. Sendo assim, apenas as pesquisadoras envolvidas tiveram acesso aos dados obtidos. Tais dados foram usados somente para a produção desta pesquisa e serão armazenados por um período de cinco anos e depois serão destruídos, conforme preconiza a resolução 466/2012.

As variáveis investigadas estão organizadas nos Quadros 1, 2 e 3.

QUADRO 1 – VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DAS MULHERES QUE AMAMENTARAM DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Faixa etária (anos)	Não numérica (qualitativa categórica ordinal)	20 – 29 30 – 39 ≥ 40
Estado civil	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Divorciada ou separada ou solteira Casada/ União estável
Relação homoafetiva	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Sim Não Não quis responder
Cor ou raça	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Branca Preta e/ou parda Amarela Sem declaração
Região do domicílio	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Sul Sudeste Centro-Oeste Nordeste Norte
Escolaridade	Não numérica (qualitativa categórica ordinal)	Ensino fundamental incompleto Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Pós-graduação
Trabalho remunerado	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
*Renda familiar (SM)	Numérica (Categórica ordinal)	Nenhuma renda 0 - 0,9 1 - 2,9 3 - 5,9 6 - 8,9 9 - 11,9 12 - 15
*Renda familiar categorizada	Numérica (Categórica ordinal)	0= 6 SM > 6 SM
Residiu com crianças<5anos	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
Idade da criança (dias)	Numérica (Categórica ordinal)	0-119 120-179 180-329 330-689

NOTA:* SM: salário mínimo; Salário mínimo de referência= R\$ 1.045,00.

QUADRO 2 – VARIÁVEIS DE SAÚDE DAS MULHERES QUE AMAMENTARAM DURANTE A PANDEMIA COVID-19, INVESTIGADAS NA PESQUISA. BRASIL, 2021.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Gravidez planejada	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
Tipo de parto	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Cesária Normal/natural
Idade gestacional ao nascer) (semanas)	Não numérica (qualitativa categórica ordinal)	<37 ≥ 37
Peso ao nascer (gramas)	Não numérica (qualitativa categórica ordinal)	< 1,500 1.500 - 1.999 2.000 - 2.499 2.500 - 2.999 3.000 - 3.999 ≥4.000
Problema nas mamas	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Ingurgitamento/leite empedrado/mastite/inflamação Mamilos doloridos/fissuras/rachaduras Não teve problemas na mama
Aleitamento materno no momento da coleta de dados	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
Duração do Aleitamento materno exclusivo (AME)	Numérica (discreta)	De zero até 6 meses de idade da criança
Estar em AME aos 180 dias	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
Experiência anterior com amamentação	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
Recebeu orientação sobre aleitamento materno no hospital ou em casa	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não
Diagnosticada com COVID-19	Não numérica (qualitativa categórica) dicotômica	Sim Não

QUADRO 3 – VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS COMPANHEIROS/COMPANHEIRAS. BRASIL, 2021.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Faixa etária (anos)	Não numérica (qualitativa categórica ordinal)	19 – 29 30 – 39 ≥ 40
Escolaridade	Não numérica (qualitativa categórica ordinal)	Ensino fundamental incompleto Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Pós-graduação
Tipo de vínculo trabalhista	Não numérica (qualitativa categórica nominal)	Autônomo Carteira assinada Empregador/empresário Servidor público Não possui trabalho remunerado Militar Informal/outros

QUADRO 4 – VARIÁVEIS DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA. BRASIL, 2021.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Escore Apoio Emocional	Numérica (quantitativa discreta)	1-Nunca 3-Raramente/às vezes 5-Quase sempre/sempe
Escore Apoio Instrumental	Numérica (quantitativa discreta)	1-Nunca 3-Raramente/às vezes 5-Quase sempre/sempe
Escore Apoio Informativo	Numérica (quantitativa discreta)	1-Nunca 3-Raramente/às vezes 5-Quase sempre/sempe
Escore Autoapoio	Numérica (quantitativa discreta)	1-Nunca 3-Raramente/às vezes 5-Quase sempre/sempe
Escore Apoio Geral	Numérica (quantitativa discreta)	<66 ≥66 e <72 ≥72
Percepção do Apoio Geral	Não numérica (qualitativa categórica)	< 66 pontos (Não) ≥ 66 pontos (Sim)

3.3.1 INSTRUMENTO

O instrumento de medição das práticas apoiadoras da rede social à mulher que deseja amamentar, denominado “Escala do Apoio do Companheiro/companheira à Amamentação” (EACA), foi construído como um instrumento único que contempla os apoios prestados pela própria mulher (apoio da mulher para consigo mesma/autoconfiança, busca de informações e ajuda), companheiro/companheira e a avó, à criança (FRANÇA, 2015). Neste estudo, foram analisados apenas o apoio do companheiro/companheira durante a amamentação.

O instrumento foi produzido inicialmente por Monte (2012), com base nas práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação, tendo como referência a revisão da literatura e metassíntese de Imada et al. (2010). 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), continha 41 itens. 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 o mesmo aplicado na população-alvo correspondente, em uma amostra de 205 mulheres com

experiência em aleitamento materno (FRANÇA, 2015). Nessa etapa, foi realizada a análise da validade do instrumento, assim como análise da confiabilidade e estabilidade teste-reteste, quando foi excluída uma dimensão denominada “apoio presencial” e 25 perguntas. Desta maneira, o instrumento final passou a ser composto por 16 itens e os resultados evidenciaram validade e confiabilidade da escala.

Os itens da EACA foram estruturados para serem respondidos numa escala tipo Likert de 3 pontos, variando de nunca a sempre, com os respectivos escores: 1-Nunca; 3-Raramente/às vezes; 5-Quase sempre/sempre, de acordo com o grau de assentimento.

Os 16 itens finais foram subdivididos em quatro categorias e seis dimensões. As categorias são:

Categoria I - Apoio Emocional

Nesta categoria, fazem parte as questões:

- 1) Seu companheiro/companheira demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você a ao bebê?
- 2) Seu companheiro/companheira lhe elogia/elogiava pela sua decisão em amamentar?
- 3) Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro/companheira por estar/quando estava amamentando?
- 4) O seu companheiro/companheira diz ou já disse que sente/sentia orgulho de você por estar amamentando?
- 5) O seu companheiro/companheira insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?

Categoria II - Apoio Instrumental

Nesta categoria, procura-se avaliar o comportamento do companheiro/companheira em relação à participação nas intervenções de saúde, ao participar nas atividades domésticas e em cuidados com o bebê, evitando oferecer alimentos quando a criança estiver em AME. Fazem parte desta categoria as questões:

- 1) O seu companheiro/companheira teve tempo para acompanhá-la nas consultas de pré-natal?
- 2) O seu companheiro/companheira cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer alimentos saudáveis e líquidos?

- 3) O seu companheiro/companheira 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/companheira acorda/acordava para lhe fazer companhia?
- 5) O seu companheiro/companheira lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?
- 6) Em relação à amamentação, o seu companheiro/companheira lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?

Categoria III - Apoio Informativo

Nesta categoria, procura-se investigar se o companheiro/companheira oferece conselhos sobre alimentação saudável e se mantém uma postura incentivadora que estimula a amamentação. Faz parte desta categoria a questão:

- 1) O seu companheiro/companheira conversa com você sobre alimentação saudável e sobre beber bastante líquido?

Categoria IV - Autoapoio

Esta categoria procura investigar se, na percepção da mulher que amamenta, o companheiro/companheira se reconhece como apoiador do aleitamento materno desde a gravidez, mantendo-se confiante na amamentação. Fazem parte desta categoria as questões:

- 1) O seu companheiro/companheira mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?
- 2) O seu companheiro/companheira comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?
- 3) O seu companheiro/companheira está/estava sempre pronto para ajudar com a amamentação?
- 4) Você sente/sentiu satisfeita com o apoio recebido do companheiro/companheira?

Em relação às dimensões, a escala se divide em:

Primeira dimensão (ajuda concreta) - corresponde aos itens que se referem ao apoio instrumental do companheiro/companheira no sentido de ajuda concreta nas

atividades práticas relativas à amamentação. Referem-se aos itens 1, 3, 4, 5 e 6 do questionário (anexo I) 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 I), 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 I).

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 I), 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 escores 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 I).

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 I).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

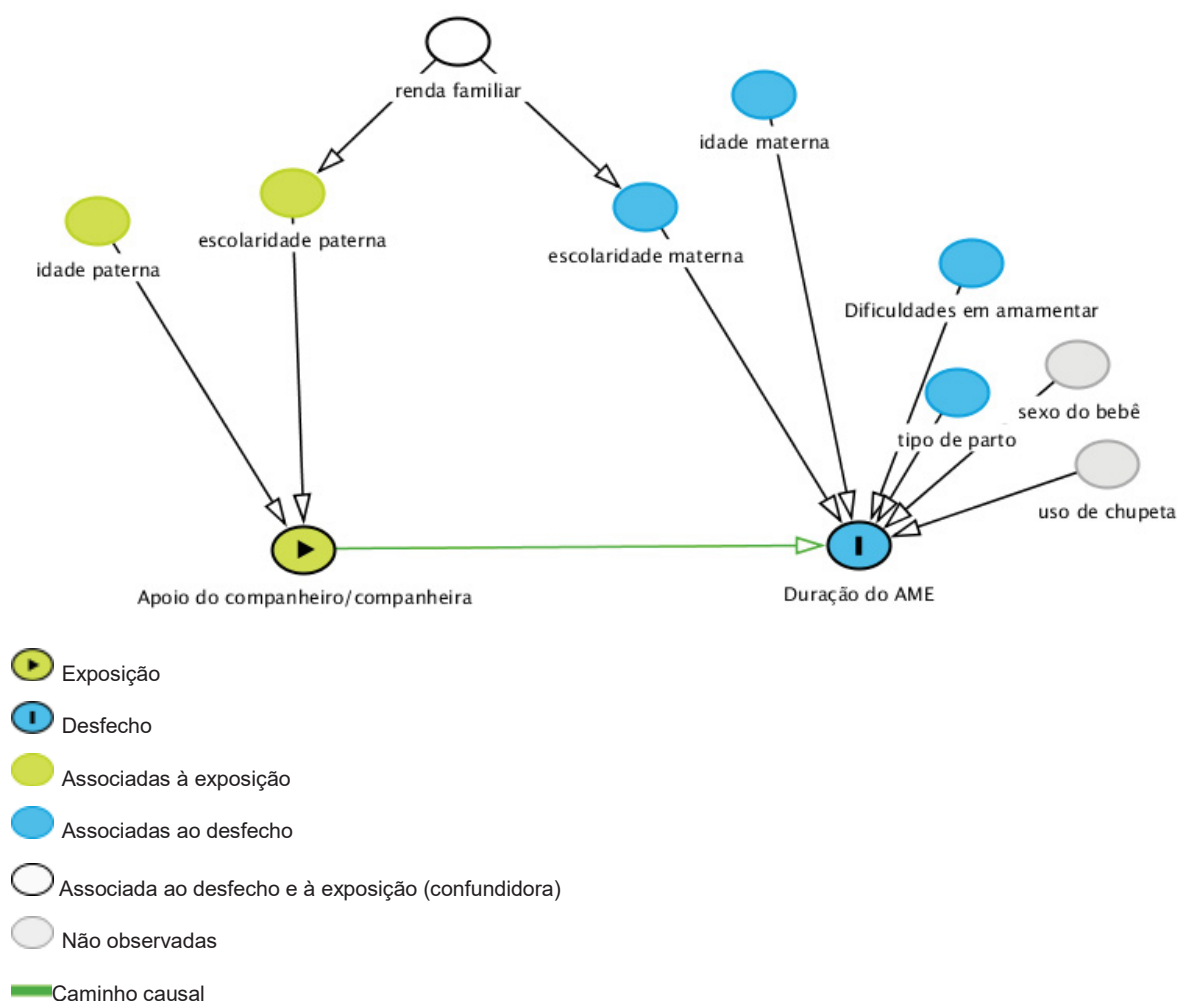
O projeto seguiu as disposições éticas previstas na Declaração de Helsinki e na Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares, e foi desenvolvido após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o número do parecer consubstanciado 4.751.478 (ANEXO II) e o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 46232121.3.0000.0102.

As participantes que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa foram informadas sobre os objetivos do estudo e a possibilidade de desistência preencheram o TCLE online (APÊNDICE II) disponível no endereço eletrônico, que ficou salvo em arquivo digital na plataforma de armazenamento em nuvem no Dropbox®, caso fosse da vontade da participante imprimi-lo.

3.5 MODELO DE ANÁLISE

Para a realização das análises estatística, optou-se pelo desenho de um modelo teórico, tendo em vista a capacidade desse tipo de modelo de proporcionar melhor entendimento quanto ao confundimento entre as variáveis de exposição e desfecho (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016). O modelo teórico proposto neste estudo abrange os fatores associados à percepção do apoio do companheiro/companheira e à duração do AME durante a pandemia de COVID-19, apresentadas abaixo (FIGURA 3). Conteúdo referente à idade paterna, escolaridade paterna, renda familiar, idade materna, escolaridade materna, dificuldades em amamentar, sexo do bebê e uso de chupeta foram identificadas na revisão de literatura (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; SANTANA; GIUGLIANI; VIEIRA; VIEIRA, 2018) como variáveis associadas ao desfecho e/ou à exposição. As variáveis “sexo do bebê” e “uso de chupeta” não foram coletadas no presente estudo, mas estão associadas ao desfecho. Este modelo teórico foi elaborado a partir da teoria dos diagramas causais (Glymour and Greenland, 2008), gráficos acíclicos direcionados (*Directed Acyclic Graphs, DAGs*) criados para ilustrar hipóteses causais e os pressupostos que permitem avaliar como as mesmas se relacionam com os dados observados (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016).

FIGURA 3: MODELO TEÓRICO DE ANÁLISE



FONTE: A autora (2022).

Na Figura acima, observa-se um gráfico que propõe ilustrar a associação entre a percepção do apoio do companheiro/companheira (variável exposição) e a duração do AME (variável desfecho) conectadas por uma linha verde (caminho causal). As variáveis representadas em azul (idade materna, escolaridade materna e dificuldades em amamentar) representam fatores associados ao desfecho, assim como, renda familiar. A variável representada em branco (renda familiar) está associada também ao apoio do companheiro/companheira, por esse motivo integrou-se ao modelo mínimo de análise, empregando-a como variável confundidora. Há confundimento quando exposição e desfecho possuem uma ou mais variável em comum. Controlando essa variável é possível bloquear todos os caminhos pela porta de trás e, assim, controlar a confusão no modelo (CORTES; FAERSTEIN; STRUCHINER, 2016; GLYMOUR; GREENLAND, 2008).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi gerado a partir das respostas coletadas na plataforma *Google Forms*® e convertido para o formato de arquivo *Comma-separated values* (ou CSV). No programa Excel, foi criada a variável “ID” para cada indivíduo, a partir da data e hora do preenchimento do formulário, com códigos para identificação anônima e foram excluídas as observações que não atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa (ter idade igual ou acima de 18 anos, ter amamentado durante a pandemia e ter residido com o seu companheiro/companheira durante esse período) (FIGURA 4). Para a análise estatística descritiva e inferencial dos dados, adotou-se o critério de exclusão referente ao nascimento de crianças antes do início da pandemia no Brasil, ou seja, apenas crianças nascidas a partir de março de 2020 permaneceram nas análises.

Além disso, as variáveis socioeconômicas, demográficas da mulher e dos companheiros/companheiras e de saúde das mulheres foram categorizadas em formato dicotômico ou ordinal. Em seguida, as análises estatísticas foram realizadas no software *IBM® SPSS Statistics* (versão 22.0).

Os resultados referentes às características socioeconômicas e demográficas das nutrizes e dos companheiros/companheiras e as características de saúde das mulheres que amamentaram durante a pandemia de COVID-19 foram descritos por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%), assim como, os resultados da prevalência do apoio emocional, apoio instrumental, apoio informativo e do autoapoio do companheiro/companheira percebido pela nutriz na amamentação durante a pandemia de COVID-19. A percepção de apoio do companheiro/companheira na amamentação foi analisada a partir de um escore mínimo e máximo, onde se considerou a mediana como ponto de corte. A definição do ponto de corte é uma escolha subjetiva das autoras, tendo em vista que não está padronizado junto à escala.

3.6.1 Variáveis

A variável de exposição “percepção do apoio do companheiro/companheira na amamentação” foi construída a partir da soma dos escores (pontuações) dos 4 tipos de apoio (emocional, informativo, instrumental e autoapoio), que geraram o

escore final “apoio geral”. A partir desse escore do “apoio geral”, foram analisadas as pontuações mínima (34) e máxima (80), média de 66,31 e mediana 70,0, dado que a escala do escore poderia variar de 16 a 80, com ponto médio em 48. Já que a amostra teve uma alta mediana, considerou-se os tercís como pontos de corte para avaliar a percepção, sendo o primeiro tercil 66 e o segundo tercil 72.

Assim, foi criada a variável de “percepção do apoio do companheiro/companheira”, sendo considerado o primeiro tercil, com escore menor que 66, de “menor percepção de apoio do/a companheiro/companheira”; o segundo tercil, com escore de 66 até 71, de “média percepção de apoio do/a companheiro/companheira”; e o escore igual ou superior a 72 “maior percepção de apoio do/a companheiro/companheira”, como no QUADRO 5.

Portanto, a variável “percepção do apoio do companheiro/companheira” foi categorizada em 3 segmentos (menor, média e maior), sendo que a categoria menor percepção de apoio considerada risco para o desfecho duração de AME e a média e maior percepção como categoria protetora para a duração de AME.

QUADRO 5- VARIÁVEL DE EXPOSIÇÃO

ESCORE	VARIÁVEL
<66	Menor percepção de apoio do/a companheiro/companheira
≥66 e <72	Média percepção de apoio do/a companheiro/companheira
≥72	Maior percepção de apoio do/a companheiro/companheira

A variável de desfecho avaliada foi a “Duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME)”, considerando que AME compreende o período do nascimento até o sexto mês (180 dias) de vida da criança, devido ao tempo de recomendação até 6 meses (WHO, 2001) ou data da introdução alimentar (IA) que marca a interrupção do AME.

No formulário, foi possível descrever o tipo de amamentação no momento da coleta de dados, sendo categorizado em: mães que não amamentavam mais (NAM); mães que estavam oferecendo leite materno com algum tipo de complemento, podendo ser fórmula infantil, água, bebidas ou alimentos sólidos (LM_outros); e mães que estavam em aleitamento materno exclusivo (AME). Além disso, para as categorias de mães que já não amamentavam mais (NAM) ou que começaram com a introdução

alimentar (LM_outros), foi coletada a idade que a criança tinha quando o AME foi interrompido.

Outros questionamentos como a idade em que a criança consumiu pela primeira vez água, fórmula e outras bebidas ou que consumiu alimentos sólidos; foram essenciais para obter a informação quanto à idade da criança ao término do AME. Portanto, foram utilizadas 4 perguntas diferentes (tipo de amamentação no momento da coleta; idade da criança quando parou o AM; quando foram consumidos pela primeira vez água, fórmula ou outros líquidos; quando foram consumidos pela primeira vez alimentos sólidos) para estimar o tempo de término do AME e início da introdução alimentar, o qual foi contabilizado em dias.

Nesse sentido, a introdução alimentar foi utilizada como evento pois é o oposto do AME, ou seja, o início da introdução é o término do AME.

Entre as nutrizes que afirmaram ainda estar em AME, foram identificados casos nos quais a mãe também respondeu que estava oferecendo fórmula infantil para a criança, sendo essas, então, reclassificadas como LM_outros. Outras mães que relataram estar em AME, mas que as crianças já tinham mais de seis meses de vida, também foram classificadas como término de AME aos 180 dias

Portanto, a variável “percepção do apoio do companheiro/companheira” foi construída como categórica, a partir do apoio geral, e os escores abaixo de 66 considerado risco para a duração de AME. E a “duração do AME”, como variável numérica (discreta), em dias, em relação ao tempo de início da introdução alimentar, tendo como período avaliado de 0 a 6 meses (180 dias).

Além disso, foi criada a variável “estar em AME aos 180 dias”, como variável categórica dicotômica (SIM=1 ou NÃO=0), classificando as nutrizes que fizeram a introdução alimentar no tempo igual ou superior de 180 dias, como recomendado, a fim de agregar análises descritivas referente às variáveis do modelo teórico, como idade materna, idade do companheiro, renda familiar, problemas na mama, além de variáveis como diagnóstico de COVID-19 e tipos de apoio.

3.6.2 Análise de Sobrevida e Regressão de Cox

Foram realizadas análises de sobrevida e regressão de Cox, a fim de analisar se a percepção do apoio do companheiro/companheira na amamentação resultaria em maior duração do AME.

Para isso, a duração do AME, ou seja, do nascimento até o início da introdução alimentar (evento/falha) (KLEINBAUM; KLEIN, 2012) foi observada pela análise gráfica de sobrevivência, por meio do estimador de Kaplan-Meier, que identifica uma probabilidade condicional acumulada dos eventos em função do tempo.

Houve casos de mulheres que no momento da pesquisa ainda estavam em AME antes dos 180 dias, e consequentemente, não possuíam início da introdução alimentar e a duração do AME. Por isso, foi considerada a idade da criança em dias até o momento da coleta como a duração de AME, entretanto, não foi contabilizado como evento, e sim como censura. Os casos observados onde a introdução alimentar não aconteceu até o sexto mês de vida foram considerados como IA aos 180 dias. Foi utilizado o teste de Log-rank, a fim de avaliar se havia diferença significativa entre as categorias de percepção do apoio em relação à duração de AME. Além disso, realizou-se a regressão dos riscos proporcionais de Cox para investigar o efeito da “percepção do apoio do companheiro/companheira na amamentação” e das variáveis do modelo teórico, mas não houve diferença estatística no modelo.

A variável de exposição “percepção do apoio do companheiro/companheira na amamentação” foi construída a partir da soma dos escores (pontuações) dos 4 tipos de apoio (emocional, informativo, instrumental e autoapoio), que geraram o escore final “apoio geral”. A partir desse escore do “apoio geral”, foram analisadas as pontuações mínima e máxima, e considerou-se a mediana (escore 72) do “apoio geral” como ponto de corte para avaliar a percepção. Assim, foi criada a variável de “percepção do apoio do companheiro/companheira”, sendo considerada Sim (1) quando igual ou superior ao escore 72, e percepção Não (0) quando inferior ao escore 72.

A variável de desfecho avaliada foi a “duração do aleitamento materno exclusivo (AME)”. Considerando que AME compreende o período do nascimento até o sexto mês de vida da criança, devido ao tempo de recomendação para o AME ser até 6 meses (WHO, 2001), esse intervalo foi utilizado para analisar a duração do AME. Os casos observados onde a introdução alimentar não aconteceu até o sexto mês de vida não foram avaliados, tendo sido considerados censuras à direita na análise de sobrevivência. Nos casos de mulheres que ainda estavam em AME, e consequentemente, não possuíam dados de início da introdução alimentar e duração do AME, foi considerado a idade da criança em dias como a duração de AME, entretanto, não foi contabilizado como evento, e sim como censura.

No formulário, foi possível coletar o tipo de amamentação no momento da coleta de dados, sendo categorizado em: mães que não amamentavam mais (NAM); mães que estavam oferecendo leite materno com algum tipo de complemento, podendo ser fórmula infantil, água, bebidas ou alimentos sólidos (LM_outros); e mães que estavam em aleitamento materno exclusivo (AME). Além disso, para as categorias de mães que já não amamentavam mais (NAM) ou que começaram com a introdução alimentar (LM_outros), foi coletada a idade que a criança tinha quando o AME foi interrompido.

Outros questionamentos como a idade em que a criança consumiu pela primeira vez água e outras bebidas ou que consumiu alimentos sólidos foram essenciais para obter a informação quanto à idade da criança ao término do AME. Portanto, foram utilizadas 3 perguntas diferentes para estimar o tempo de término do AME e início da introdução alimentar, o qual foi contabilizado em dias. Nesse sentido, a introdução alimentar foi utilizada como evento pois é o oposto do AME, ou seja, o início da introdução é o término do AME.

Entre as nutrizes que afirmaram ainda estar em AME, foram identificados casos nos quais a mãe também respondeu que estava oferecendo fórmula infantil para a criança, sendo essas, então, reclassificadas como LM_outros. Outras mães que relataram estar em AME, mas que as crianças já tinham mais de seis meses de vida, também foram classificadas como observações censuradas à direita na análise de sobrevida.

Portanto, a variável “percepção (Sim ou Não) do apoio do companheiro/companheira” foi construída como categórica dicotômica, a partir do apoio geral e a “Duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME)”, como variável numérica (discreta), em dias, em relação ao tempo de início da introdução alimentar, tendo como período avaliado de 0 a 6 meses (180 dias).

Além disso, foi criada a variável “estar em AME aos 180 dias”, como variável categórica dicotômica (Sim=1 ou Não=0), classificando as nutrizes que fizeram a introdução alimentar no tempo igual ou superior de 180 dias, como recomendado, a fim de agregar análises descritivas referente às variáveis do modelo teórico, como idade materna, idade do companheiro, renda familiar, problemas na mama, além de variáveis como diagnóstico de COVID-19 e tipos de apoio.

4 RESULTADOS

Esta pesquisa se propõe a ser o primeiro estudo sobre a percepção da mãe sobre o apoio do companheiro/companheira na amamentação durante a pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo inovador que vem fornecer dados atuais para avaliação e comparação com outros estudos.

4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

A amostra do presente estudo foi de 306 mulheres, mães de crianças que nasceram durante a pandemia, que afirmaram ter idade igual ou acima de 18 anos, ter amamentado durante a pandemia e ter residido com o seu companheiro/companheira durante esse período. As informações completas acerca das características gerais da amostra estão descritas nas TABELAS 1, 2 e 3.

Quanto às características gerais (TABELA 1), as nutrizes apresentaram idade média de 32 anos ($\pm 5,1$), variando entre 20 e 43 anos. A maioria afirmou morar em municípios da região Sul (49,34%, $n=151$), autodeclarou-se de cor branca (72,5%, $n=222$) e estar casada no momento da coleta de dados (93,5%, $n=286$). Ainda, 3,2% ($n=10$) relataram estar em um relacionamento homoafetivo. No que se refere à escolaridade, 84,4% ($n=255$) possuíam graduação e/ou especialização, mestrado ou doutorado como a última formação concluída. A maioria afirmou ter algum trabalho remunerado (78,4%, $n=240$), sendo que 75,8% ($n=232$) sofreram alteração de vínculo no trabalho durante a pandemia e 47,1% ($n=144$) das participantes relataram alteração para menos na renda. Ainda assim, 54% ($n=168$) possuíam renda familiar superior a 6 salários-mínimos.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DAS MULHERES QUE AMAMENTARAM DURANTE A PANDEMIA COVID-19. BRASIL, 2021.
(Continua)

Características (n=306)	Total n (%)
Faixa etária (anos)	
18 – 29	77 (25,2)
≥30 – 39	203 (66,3)
≥ 40	26 (8,5)
Situação conjugal	286 (93,5)
União estável/ Casada	20 (6,5)
Divorciada ou separada ou solteira	
Relação homoafetiva	
Sim	10 (3,3)
Não	294 (96,1)
Não quis responder	2 (0,7)
Cor ou raça	
Branca	222 (72,5)
Preta e/ou parda	77 (25,1)
Amarela	5 (1,6)
Sem declaração	2 (0,7)
Região do domicílio	
Sul	151 (49,3)
Sudeste	118 (38,6)
Centro-Oeste	20 (6,5)
Nordeste	13 (4,2)
Norte	4 (1,3)
Escolaridade	
Ensino fundamental ou médio incompleto	2 (0,6)
Ensino médio completo	14 (4,6)
Ensino superior incompleto	35 (11,4)
Ensino superior completo	73 (23,9)
Pós-graduação	182 (59,5)
Trabalho remunerado	
Sim	240 (78,4)
Não	66 (21,6)
Tipo de vínculo	
Autônoma	80 (26,1)
Bolsista	13 (4,2)
Carteira assinada	153 (50,0)
Pessoa jurídica	13 (4,2)
Não possui trabalho remunerado	47 (15,4)
Alteração de vínculo no trabalho durante a pandemia	
Sim	232 (75,8)
Não	74 (24,2)
Quais alterações de vínculo no trabalho você teve durante a pandemia	
Perdi o emprego	22 (7,1)
Continuei trabalhando mas houve redução de salário	135 (43,8)
Comecei a trabalhar após início da pandemia	13 (4,2)
Continuei trabalhando mas em casa (home office)	5 (1,6)
Licença maternidade	64 (21,4)
Outros	67 (21,8)

FONTE: A autora, (2022).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DAS MULHERES QUE AMAMENTARAM DURANTE A PANDEMIA COVID-19. BRASIL, 2021. (Continuação)

Características (n=306)	Total n (%)
Renda familiar (salário mínimo)	
Nenhuma renda	1 (0,3)
Até 1 (até R\$ 1.045,00)	8 (2,6)
De 1 a 3 (de R\$ 1.045,01 a R\$ 3.135,00)	50 (16,3)
De 3 a 6 R\$ 3.135,01 a R\$ 6.270,00)	79 (25,8)
De 6 a 9 (de R\$ 6.270,01 a R\$ 9.405,00)	61 (19,9)
De 9 a 12 (de R\$ 9.405,01 a R\$12.540,00)	39 (12,7)
De 12 a 15 (de R\$ 12.540,01 a R\$15.675,00)	19 (6,2)
Mais de 15 (mais de R\$ 15.675,01)	49 (16,0)
Alteração de renda durante a pandemia	
Sim, para mais	29 (9,4)
Sim, para menos	144 (47,1)
Não	133 (43,5)
Residir com criança menor de 5 anos	256 (83,7)
Sim	50 (16,3)
Não	

FONTE: A autora, 2022

Quanto às características de saúde (TABELA 2), 59,8% (n=183) afirmaram ter desfrutado de uma gravidez planejada e a via de parto mais prevalente foi a normal/natural (49,3%, n=151). A idade gestacional ao nascer predominou acima de 37 semanas (93,5%, n=286) e o peso ao nascer concentrou-se entre 3.000 a 3.999 gramas (70,3%, n=215). A maioria das mães estava amamentando no momento da pesquisa (94,4%, n=289), apenas 27,5% (n= 84) tinham experiência anterior com a amamentação, 87,6% (n=268) afirmaram ter recebido orientações sobre aleitamento materno ainda no hospital e 19,0% (n=58) tiveram diagnóstico para COVID-19 durante o isolamento social.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DAS MULHERES QUE AMAMENTARAM DURANTE A PANDEIA DE COVID-19 E SEUS RESPECTIVOS FILHOS. BRASIL, 2021.

Características (n=306)	Total n (%)
Gravidez planejada	
Sim	183 (59,8)
Não	123 (40,2)
Tipo de parto	
Cesariana	155 (50,7)
Normal/natural	151 (49,3)
Idade gestacional ao nascer (semanas)	
<37	20 (6,5)
≥ 37	286 (93,5)
Idade da criança (dias)	
0-119	90 (29,4%)
120-1179	48 (15,7%)
180-329	103 (33,7%)
330-690	65 (21,2%)
Idade da criança em AME (dias)	
0-29	32 (10,5%)
30-59	19 (6,2%)
60-89	31 (10,1%)
90-119	28 (9,2%)
120-149	27 (8,8%)
150-180	169 (55,2%)
Peso ao nascer (gramas)	
< 1.500g	4 (1,3)
1.500 - 1.999	6 (2,0)
2.000 - 2.499	13 (4,2)
2.500 - 2.999	46 (15,0)
3.000 - 3.999	215 (70,3)
≥ 4.000	22 (7,2)
Em Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	113 (36,9%)
Sim	193 (63,1)
Não	
Aleitamento materno no momento da coleta de dados	280 (91,5)
Sim	26 (8,5)
Não	
Experiência anterior com amamentação	84 (27,5)
Sim	222 (72,5)
Não	
Recebeu orientação sobre amamentação no hospital ou em casa	268 (87,6)
Sim	38 (12,4)
Não	
Diagnosticada com COVID-19	
Sim	58 (19,0)
Não	248 (81,0)

FONTE: A autora, 2022.

Em relação ao companheiro/companheira (TABELA 3), a idade média foi de 34 ± 6 anos, variando de 19 a 53 anos. 82,0% (n=251) possuíam ensino superior e/ou especialização, mestrado ou doutorado e 58,5% (n=179) possuíam carteira de trabalho assinada.

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS COMPANHEIROS/COMPANHEIRAS DAS MULHERES QUE AMAMENTARAM DURANTE A PANDEMIA COVID-19. BRASIL, 2021.

Variáveis (n=306)	Total n (%)
Faixa etária (anos)	
18 – 29	59 (19,3)
30 – 39	185 (60,5)
≥ 40	62 (20,2)
Escolaridade	
Ensino fundamental ou médio incompleto	9 (2,9)
Ensino médio completo	46 (15,0)
Ensino superior incompleto	43 (14,1)
Ensino superior completo	98 (32,0)
Pós-graduação	110 (35,9)
Tipo de vínculo	
Autônomo/Informal/outros	87 (28,4)
Carteira assinada/Servidor público	179 (58,5)
Empregador/empresário/produtor rural	25 (8,2)
Não possui trabalho remunerado	11 (3,6)
Bolsista	4 (1,3)

FONTE: A autora, 2022.

As informações detalhadas acerca dos resultados do apoio emocional, apoio instrumental, apoio informativo e do autoapoio do companheiro/companheira percebido pela nutriz na amamentação durante a pandemia de COVID-19 estão descritas na TABELA 4, 5, 6 e 7, respectivamente.

TABELA 4 – RESULTADOS DO APOIO EMOCIONAL DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021 (N=306).

Apoio I Apoio Emocional	Nunca 1	Raramente ou às vezes 3	Quase sempre ou sempre 5
	Frequência (%)	Frequência (%)	Frequência (%)
1. O seu companheiro/companheira demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você e ao bebê?	2 (0,7%)	8 (2,6%)	296 (96,7%)
2. O seu companheiro/companheira lhe elogia/elogiava pela sua decisão em amamentar?	18 (5,9%)	65 (21,2%)	223 (72,9%)
3. Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro/companheira por estar/ quando estava amamentando?	14 (4,6%)	47 (15,4%)	245 (80,1%)
4. O seu companheiro/companheira diz ou já disse que sente/sentia orgulho de você por estar amamentando?	59 (19,3%)	88 (28,8%)	159 (52,0%)
5. O seu companheiro/companheira insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?	73 (23,9%)	58 (19,0%)	175 (57,2%)

FONTE: A autora, 2022.

TABELA 5 – RESULTADOS DO APOIO INSTRUMENTAL DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021 (N=306).

Apoio II Apoio Instrumental	Nunca 1	Raramente ou às vezes 3	Quase sempre ou sempre 5
	Frequência (%)	Frequência (%)	Frequência (%)
1. O seu companheiro/companheira teve tempo de acompanhá-la nas consultas de pré-natal?	26 (8,5%)	80 (26,1%)	200 (65,4%)
2. O seu companheiro/companheira cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer alimentos saudáveis e líquidos?	11 (3,6%)	73 (23,9%)	222 (72,5%)
3. O seu companheiro/companheira participa/participou dos cuidados com o bebê? (Segurando-o, trocando fralda ou dando banho)	1 (0,3%)	38 (12,4%)	267 (87,3%)
4. Quando você precisa/precisava de ajuda para amamentar de madrugada, o seu companheiro/companheira acorda/acordava para lhe fazer companhia?	48 (15,7%)	113 (36,9%)	145 (47,4%)
5. O seu companheiro/companheira lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?	13 (4,2%)	79 (25,8%)	214 (69,9%)
6. Em relação à amamentação, o seu companheiro/companheira lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?	10 (3,3%)	32 (10,5%)	264 (86,3%)

FONTE: A autora, 2022.

TABELA 6 – RESULTADOS DO APOIO INFORMATIVO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021 (N=306).

Apoio III Apoio Informativo	Nunca 1	Raramente ou às vezes 3	Quase sempre ou sempre 5
	Frequência (%)	Frequência (%)	Frequência (%)
1. O seu companheiro/companheira conversa com você sobre alimentação saudável e a beber bastante líquido?	37 (12,1%)	120 (39,2%)	149 (48,7%)

FONTE: A autora, 2022.

TABELA 7 – RESULTADOS DO AUTOAPOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021 (N=306).

Apoio IV Autoapoio	Nunca 1	Raramente ou às vezes 3	Quase sempre ou sempre 5
	Frequência (%)	Frequência (%)	Frequência (%)
1. O seu companheiro/companheira mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?	9 (2,9%)	48 (15,7%)	249 (81,4%)
2. O seu companheiro/companheira está/estava sempre pronto para ajudar com a amamentação?	13 (4,2%)	55 (18,0%)	238 (77,8%)
3. O seu companheiro/companheira comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?	180 (58,8%)	88 (28,8%)	38 (12,4%)
4. Você se sente/sentia satisfeita com o apoio recebido do companheiro/companheira?	11 (3,6%)	53 (17,3%)	242 (79,1%)

FONTE: A autora, 2022.

Quanto à percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo companheiro/companheira na amamentação durante a pandemia de COVID-19 (TABELA 8), observou-se a partir do escore geral que pouco mais da metade das nutrizes (n=157; 51,3%) sentiu de médio a alto apoio nessa fase pelos seus companheiros/companheiras.

TABELA 8 – PREVALÊNCIA DA PERCEPÇÃO DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021(N=306).

Dimensão do apoio	Escore Mínimo a máximo (Mediana)	Prevalência das categorias de apoio acima da mediana n (%)		
		Menor	Média	Maior
Apoio Emocional	7 a 25 (21)	28 (12,9 %)	79 (36,4 %)	110 (50,7%)
Apoio Instrumental	10 a 30 (28)	16 (9,6%)	45 (26,9%)	106 (63,5%)
Apoio Informativo	1 a 5 (5)	62 (23%)	93 (34,6%)	114 (42,4%)
Autoapoio	4 a 20 (16)	96 (11,7%)	85 (38,1%)	112 (50,2%)
ESCORE GERAL	34 a 80 (70)	0 (0%)	43 (27,4%)	114 (72,6%)

FONTE: A autora, 2022.

Em relação ao tipo de amamentação no momento da coleta (TABELA 9), os percentuais de mães que NAM são similares entre as categorias de menor e média/maior percepção de apoio e dentre os tipos de AM, o LM_outros foi maior para

as categorias de apoio. Além disso, a maioria das mulheres apresentou diagnóstico negativo para COVID-19 (n=248) e os percentuais do tipo de AM para ambos os diagnósticos foram similares.

TABELA 9 – PREVALÊNCIA DA PERCEPÇÃO DO APOIO GERAL DOS COMPANHEIROS/COMPANHEIRAS NA AMAMENTAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE COVID-19, EM RELAÇÃO AO TIPO DE AM, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021.

TIPO DE AM	APOIO GERAL		DIAGNÓSTICO PARA A COVID-19	
	MENOR	MÉDIA/MAIOR	POSITIVO	NEGATIVO
NAM	6 (6,3%)	11 (5,2%)	3 (5,2%)	14 (5,6%)
LM_outros	50 (52,1%)	126 (60,0%)	34 (58,6%)	142 (57,3%)
AME	40 (41,7%)	73 (34,8%)	21 (36,2%)	92 (37,1%)
TOTAL	96 (100%)	210 (100%)	58 (100%)	248 (100%)

NAM: Não amamenta mais; LM_outros: Leite materno e outros tipos de leite ou alimentos sólidos; AME: Aleitamento materno exclusivo.

FONTE: A autora, 2022.

4.2 ANÁLISE DE SOBREVIDA

Para análise de sobrevida sobre a duração do AME, foram incluídas as observações em que haviam o tempo de início da introdução alimentar (n=306), e assim o término do AME (TABELA 10). Foram 109 casos de censura (35,6%), em que as nutrízes relataram ainda estar em AME antes dos 180 dias, e 197 eventos (64,4%) de IA. Em relação às categorias da percepção de apoio, 210 (68,5%) nutrízes perceberam médio ou maior apoio e 96 (31,4%) tiveram menor percepção de apoio.

TABELA 10 – RESULTADOS DE EVENTOS E CENSURAS, NA ANÁLISE DE SOBREVIDA, DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO DO APOIO, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. BRASIL, 2021.

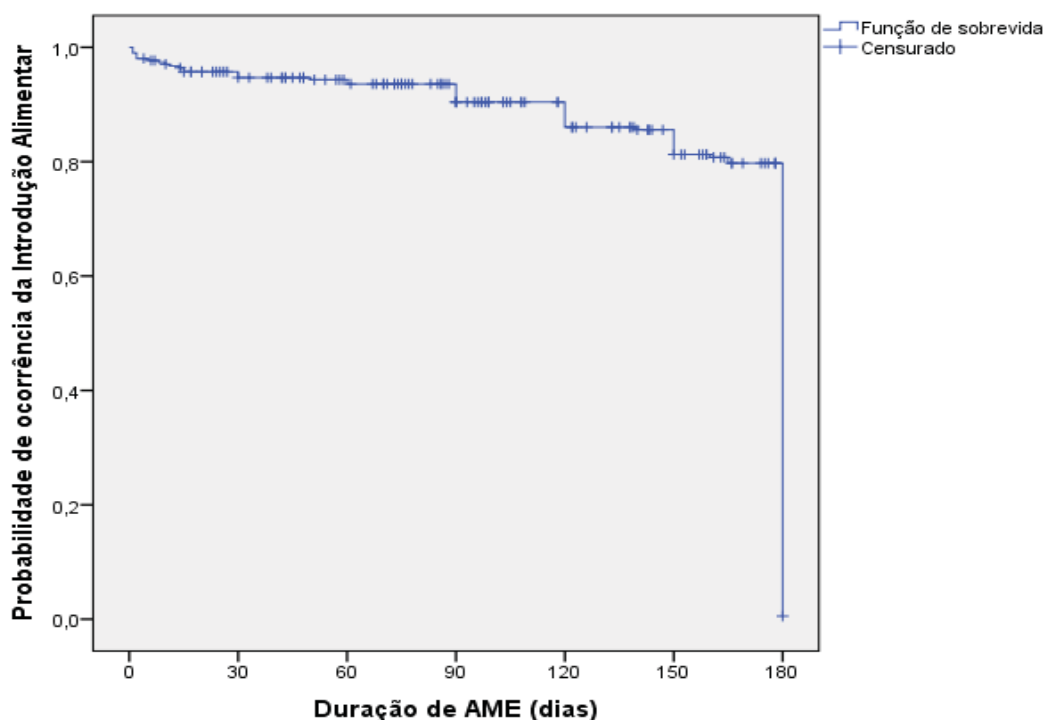
PERCEPÇÃO DO APOIO GERAL	EVENTO: IA ATÉ OS 6 MESES DE VIDA		
	N TOTAL	N EVENTOS	CENSURA
Menor	96	57 (59,4%)	39 (40,6%)
Média	96	65 (67,7%)	31 (32,3%)
Maior	114	75 (65,8%)	39 (34,2%)
TOTAL	306	197 (64,4%)	109 (35,6%)

IA: Introdução alimentar

FONTE: A autora, 2022.

A média de tempo para a duração do AME nessa amostra foi de aproximadamente 163 dias (IC 95%: 157-168 dias), como evidenciado no gráfico de sobrevivência (GRÁFICO 1), com a probabilidade de 79,7% das crianças do estudo estarem em AME, próximo aos 180 dias de vida.

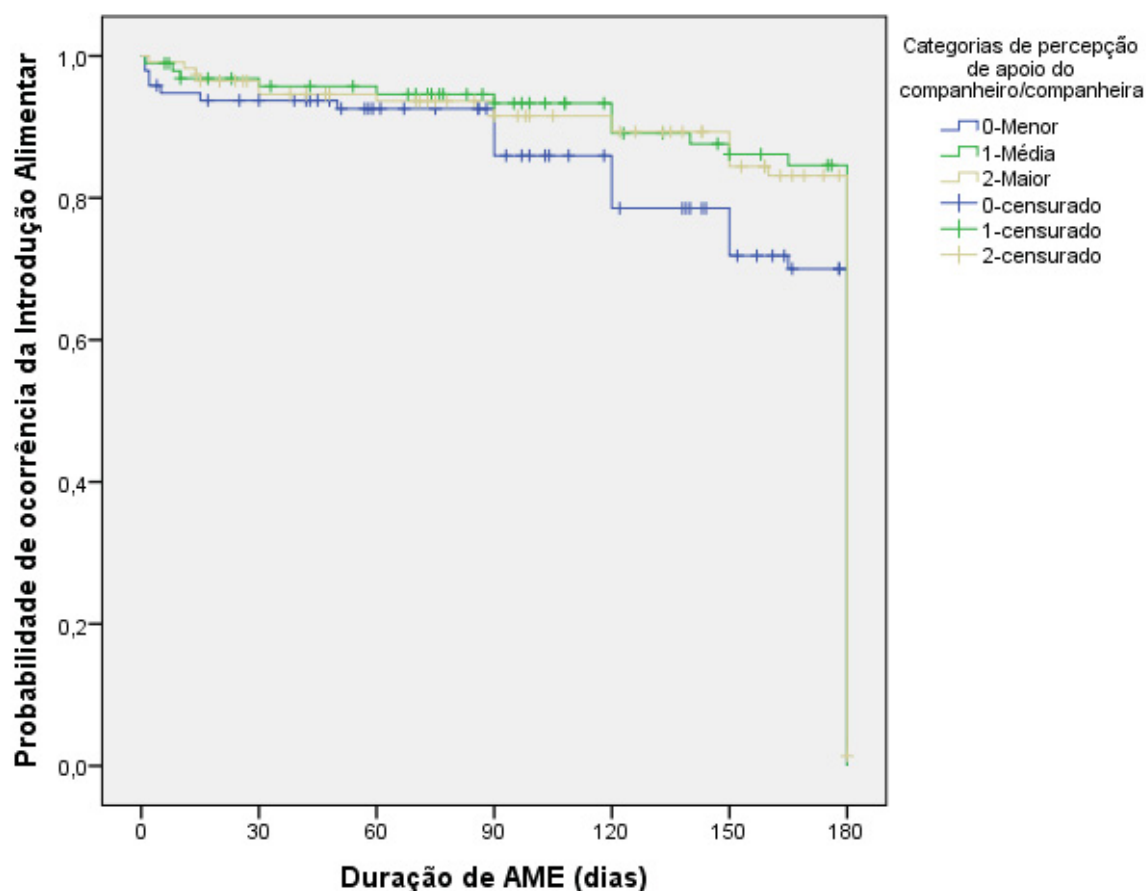
GRÁFICO 1 - ANÁLISE DE SOBREVIDA EM RELAÇÃO À DURAÇÃO DO AME



FONTE: A autora (2022).

Em relação às categorias de menor, média e maior percepção do apoio geral do companheiro/companheira (GRÁFICO 2), a média de tempo para a duração do AME foi de 155 dias (IC 95%: 144 – 165 dias), 166 dias (IC 95%: 158 – 175 dias) e 165 dias (IC 95%: 157 – 173 dias), respectivamente, não havendo diferença estatística entre as categorias e com teste de Log-Rank= 0,050. Do mesmo modo, a probabilidade de crianças estarem em AME aos 180 dias de vida foi de 70% para menor percepção, 85% para média percepção e 83% para maior percepção.

GRÁFICO 2 - ANÁLISE DE SOBREVIDA EM RELAÇÃO À DURAÇÃO DO AME, COM A PERCEPÇÃO, SIM OU NÃO, DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA.



FONTE: A autora (2022).

Ao comparar os eventos das categorias de menor percepção (risco) em relação à média e à maior percepção de apoio, e a probabilidade de estar em AME, conforme o tempo e os meses de vida da criança (Tabela 11), evidencia-se uma queda de probabilidade mais suave nas curvas de média/maior percepção do apoio do companheiro/companheira e maior distanciamento entre as curvas a partir do terceiro mês de vida da criança. Não há diferença estatística entre as curvas de média e alta percepção de apoio pois ambas se cruzam. Entretanto, ao comparar a categoria de menor percepção com a categoria média/maior percepção de apoio, há diferença significativa estatisticamente (teste Log-Rank=0,014; $X^2= 5,977$; GL:1), concluindo que há diferença no efeito desses grupos de percepção de apoio em relação a duração de AME.

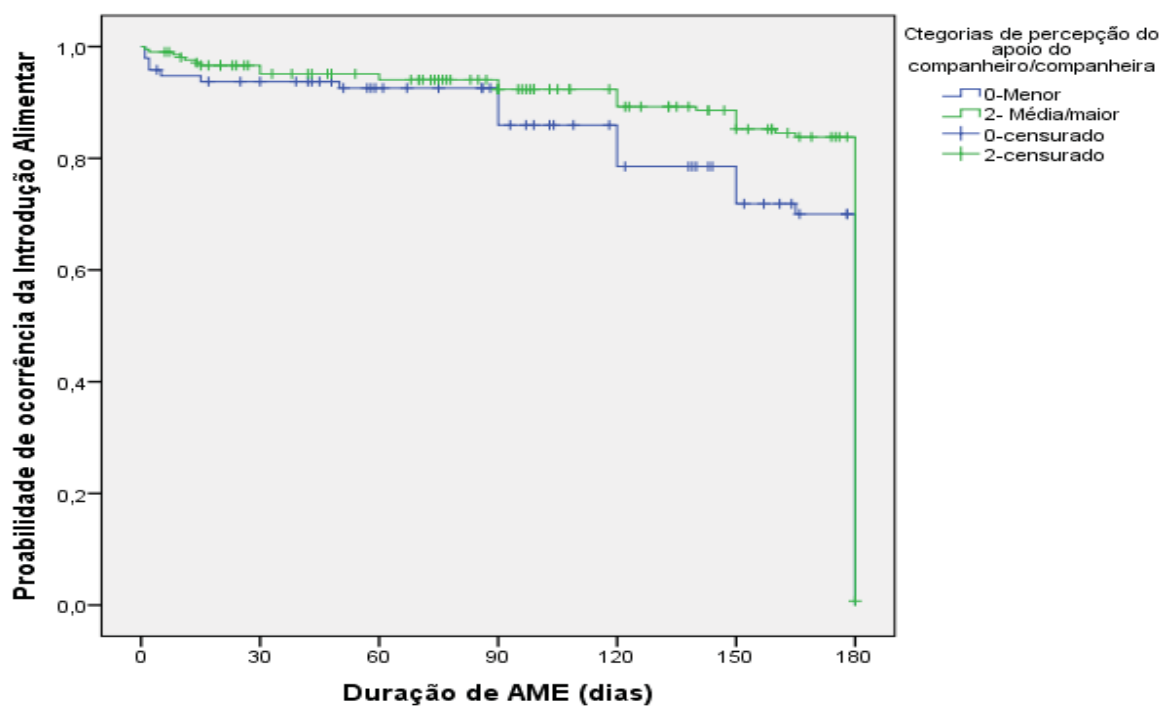
TABELA 11 - MEDIANA E PROBABILIDADE ACUMULADA DO TEMPO DE DURAÇÃO DO AME. BRASIL, 2021.

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	PROBABILIDADE DE DURAÇÃO DO AME			TESTE DE LOG RANK
			1 mês	3 meses	6 meses	
Percepção do apoio geral	Menor	96	0,937	0,860	0,860	0,014
	Média/Maior	210	0,975	0,951	0,924	

N: tamanho amostral; AME: aleitamento materno exclusivo.

FONTE: A autora, 2022.

GRÁFICO 3 - ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA EM RELAÇÃO À DURAÇÃO DO AME, COMPARANDO A CATEGORIA MENOR COM A CATEGORIA MÉDIA/MAIOR PERCEPÇÃO DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA.



FONTE: A autora (2022).

5 DISCUSSÃO

O propósito desta pesquisa foi avaliar a percepção da mãe sobre o apoio oferecido pelo companheiro/companheira na amamentação e a duração do AME no contexto da pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo inovador que vem fornecer dados atuais para avaliação, comparação e contribuição com outros estudos e cenários.

Os achados evidenciam o perfil da amostra, são mães brasileiras com características socioeconômicas e demográficas privilegiadas, pois a maioria trata-se de mulheres de cor branca (72,5%), adultas, com nível elevado de instrução (84,4% possuíam graduação ou pós-graduação), alto poder aquisitivo (54,9% continham renda familiar superior a 6 salários mínimos) e situação conjugal estável (93,5%).

As características das mulheres que amamentaram durante a pandemia de COVID-19, citadas, são semelhantes das mulheres que amamentaram no isolamento social no Reino Unido, onde 94% (n=1365) das participantes se autodeclararam de cor branca, 95% eram casadas ou residiam com seus companheiros/companheiras e a maioria tinha curso superior e/ou pós-graduação (66%) e alta renda familiar (63%) (VAZQUEZ-VAZQUEZ; DIB; ROUGEAUX; WELLS *et al.*, 2021b).

Apesar do Brasil ser considerado um país de média-alta renda, enquanto que o Reino Unido é de alta renda, a queda nos índices de amamentação em países de baixa e média renda tem seguido os padrões de países com alta renda: em que mulheres com níveis de escolaridades mais altos, com maior renda e moradoras na área urbana passaram a utilizar substitutos do leite materno, já que associavam a amamentação à classe social baixa (ROLLINS; LUTTER; BHANDARI; HAJEEBHOY *et al.*, 2016).

No presente estudo, 55,2% das crianças tinham idade menor que 180 dias (6 meses de vida), sendo que 36,9% da amostra estava em AME e 63,1% em AM, número aquém comparado aos dados do ENANI, de amostra proporcional à população brasileira, onde a prevalência de AME no Brasil, em menores de 6 meses, é de 45,8%, com maior prevalência na região Sul (54,3%) (ENANI, 2021).

Uma característica inovadora do estudo, foi averiguar se o diagnóstico para COVID-19 em nutrízes interferiria na manutenção do AME e, o estudo mostrou que do total de mulheres que tiveram diagnóstico de COVID-19 (n=58), apenas 5,2% (n=3)

não estavam em AM (NAM). Salienta-se a importância da amamentação para o binômio mãe-bebê, principalmente, em tempos de pandemia mundial e retorno do Brasil ao mapa da fome (ONU, 2022; PENSSAN, 2022; SOFI, 2021), já que o apoio ao AM não é restrito ao binômio mãe-bebê, pois envolve todo contexto socioeconômico e político em que está inserido (FEITOSA; DA SILVA; DA SILVA, 2020; ROLLINS; LUTTER; BHANDARI; HAJEEBHOY *et al.*, 2016).

Dentre os tipos de apoio que podem estar envolvidos ao AM e analisados pelo instrumento desse estudo, o apoio informativo foi o mais percebido entre as nutrizes comparado aos outros apoios. Nessa categoria, observou-se que apenas 12,1% das mulheres responderam “nunca” quando questionadas se companheiro/companheira conversava sobre alimentação saudável e a ingestão de líquidos na fase do AM. O autoapoio aparece na sequência. Nessa categoria, observou-se também que 79,1% das mães responderam “quase sempre” ou “sempre” quando questionadas se sentiam satisfeitas com o apoio recebido do companheiro/companheira. Dessas, a maioria afirmou estar em AM (91,5%), validando que mães satisfeitas com o envolvimento paterno influenciam positivamente na continuidade da amamentação (ABBASS-DICK; BROWN; JACKSON; REMPEL *et al.*, 2019; REMPEL; REMPEL; MOORE, 2017; TOMBEAU COST; JONAS; UNTERNAEHRER; DUDIN *et al.*, 2018).

Ainda que a maioria das mães deste estudo tenha se sentido apoiada na categoria de autoapoio, quando questionada se o companheiro/companheira comenta/comentou alguma vez que a amamentação é algo passageiro, 87,6% responderam “nunca” ou “raramente/às vezes”. Na sexta dimensão de apoio (autoapoio), brevidade, é abordado o caráter passageiro do processo de amamentação (FRANÇA, 2015), considerando seis meses de AME e dois anos ou mais continuado (WHO, 2001). Neste contexto, apesar das restrições ao estilo de vida da mulher, como ingerir álcool e tabaco, a amamentação é um período curto que em breve acaba, mas que os benefícios do AM para a criança são a longo prazo (BROWN; LEE, 2011; FRANÇA, 2015; VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D.; FRANÇA, G. V. A. *et al.*, 2016).

Os resultados deste estudo evidenciaram que a categoria de apoio instrumental foi a menos percebida pelas mulheres, no entanto, quando questionadas se o companheiro/companheira participa/participou dos cuidados com o bebê, como segurando-o, trocando fralda ou dando banho, 72,5% afirmaram “sempre” ou “quase sempre”. Contudo, houve divergência quando questionada se ao amamentar de

madrugada, o companheiro/companheira acorda/acordava para fazer companhia e mais da metade das mães afirmaram que “nunca” ou “raramente ou às vezes”. Essa mesma inquirição foi realizada no estudo de Rocha (2020), o qual comparou as respostas das mães aos 30 e aos 180 dias de amamentação e percebeu que o apoio instrumental diminui consideravelmente ao longo do tempo (ROCHA, 2020). Esse achado corrobora a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre tipos de serviços e gêneros, que avaliou sete atividades de afazeres domésticos, onde a mulher foi maioria em seis. Apenas a manutenção do domicílio e a execução de pequenos reparos são tarefas em sua maior parte assumidas pelos companheiros/companheiras. A responsabilidade com a alimentação da família foi a tarefa com a maior diferença entre os sexos, com incidência de 95,5% entre as mulheres e apenas 60,8% entre os homens (IBGE, 2017).

Destacando a importância da inclusão do companheiro/companheira na responsabilização das tarefas de apoio à mulher e de cuidador da criança, desde o pré-natal, na primeira infância e ao longo do seu desenvolvimento (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2011).

A interrupção da amamentação pode ocorrer na volta da mulher ao trabalho, antes do sexto mês de idade, quando é hábito a introdução de substitutos do leite materno, com o intuito de reduzir as mamadas noturnas e a sobrecarga da maternidade. Neste momento, o apoio instrumental quando efetivo, pode ser um grande aliado na manutenção do AM e na redução de incidência no desmame precoce (ALVARENGA; CASTRO; LEITE; BRANDÃO *et al.*, 2017; AMARAL; BIELEMANN; DEL-PONTE; VALLE *et al.*, 2020; MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015; SANTOS; AMARAL; SANTOS; CARVALHO *et al.*, 2021).

Quanto ao apoio geral, o qual contempla os quatro tipos de apoio, observou-se uma prevalência ligeiramente acima da metade de nutrízes que perceberam médio a alto apoio em todas categorias (apoio geral, 51,3%), comparadas às mães que apresentaram menor percepção de apoio geral do companheiro/companheira (48,7%) durante a pandemia de COVID-19.

As nutrízes do estudo no Reino Unido foram questionadas antes e depois da pandemia sobre quem teria mais influência na amamentação e o companheiro/companheira foi o mais citado no que se refere à alimentação da criança (VAZQUEZ-VAZQUEZ; DIB; ROUGEAUX; WELLS *et al.*, 2021a). Isso reforça o achado apresentado no presente estudo, onde verificou-se que a probabilidade de

crianças estar em AME nos 180 dias de vida foi de 70% para menor percepção, 85% para média percepção e 83% para maior percepção de apoio. Evidenciando que o apoio do companheiro/companheira para com a dupla mãe-bebê, pode garantir tempo adequado de AME, inclusive em contextos desfavoráveis, como ocorrido na pandemia de COVID-19. Compreendeu-se que informações adequadas, apoio social, saúde emocional e meios novos de atendimento à lactação são fatores a serem considerados no cuidado em relação ao AM e como precaução contra o desmame precoce. Portanto, mesmo com o apoio do companheiro/companheira a rede de apoio das puérperas durante a pandemia de COVID-19 tornou-se uma questão importante e indispensável no cuidado à dupla (SOUZA; PEREIRA; PRANDINI; RESENDE *et al.*, 2022). Desse modo, a duração do AM, AME e a decisão de amamentar são afetadas por vários fatores, tais como, socioeconômicos, culturais e individuais, como determinantes, estes fatores incluem tendências sociais, propagandas, mídia e produtos disponíveis em lojas e sites; intervenções no nível estrutural incluem legislação, política e mobilização na mídia e social para mudar atitudes e práticas sociais (ROLLINS; LUTTER; BHANDARI; HAJEEBHOY *et al.*, 2016). Visto que a amamentação é uma prática multidimensional, de ordem emocional/psicológica (fatores de apoio social), cultural/social (crenças culturais, informações equivocadas) e tabus (problemas mamários) (FEITOSA; DA SILVA; DA SILVA, 2020; ROLLINS; LUTTER; BHANDARI; HAJEEBHOY *et al.*, 2016), a pandemia de COVID-19 tornou-se mais um fator de interferência nessa variável.

Portanto, a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno é um direito das gestantes e famílias com crianças na primeira infância. As Políticas Públicas articuladas em todas as esferas de governo, seja federal, estadual ou/e municipal deve garantir a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequada frente à qualquer cenário.

5.1 LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DA PESQUISA

Quanto às limitações do estudo, identificou-se que a Escala do Apoio do Companheiro/Companheira à Amamentação (EACA) utilizada para avaliar a percepção da nutriz em relação ao apoio recebido do companheiro/companheira não possibilitou investigar a qualidade do apoio oferecido, analisando o apoio apenas de forma generalizada, ou seja, sem apresentar detalhes. Por exemplo, a pergunta “O

seu companheiro/companheira participa/participou dos cuidados com o bebê? (Segurando-o, trocando fralda ou dando banho)” não apresenta exatamente como foi oferecido esse apoio e por quanto tempo durante o AM. Ainda, o estudo alcançou mais mulheres de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade. O formato de coleta online, apesar de amplo, ágil e de facilitar o volume de captação da amostra, não favoreceu o acesso a mulheres de baixa renda e de baixa escolaridade. Assim, não absorveu amostras proporcionais em relação aos fatores socioeconômicos como a escolaridade dos pais, a renda familiar e a distribuição geográfica entre as regiões brasileiras, não sendo representativas da população, como também ocorreu no estudo de Fernández-Carrasco et al. (2020). Ainda, o instrumento EACA utilizado é de análise quantitativa, pois a escala de apoio dicotomiza a percepção entre maior ou menor pela mediana e distribuição dos escores, mas não argumenta sobre a qualidade desse apoio percebido, que seria uma análise mais subjetiva para com as nutrizes.

Além disso, por ser um formulário online/virtual autoaplicável e com muitas perguntas fechadas, há limitações do método, como não ter um entrevistador treinado para captar informações precisas ou reduzir os vieses, além de ser um questionário fechado e finito, que pode não captar a subjetividade e complexidade das respostas.

Outro ponto que merece ser ressaltado é que a escala tipo likert de três pontos, utilizada para pontuação, é menos fidedigna para demonstrar com precisão o ponto de vista da entrevistada quando comparado com a escala likert de cinco e de sete pontos. Outro destaque importante é que o estudo não considerou outros tipos de apoiadores, limitando-se apenas à percepção sobre o apoio do companheiro/companheira. Portanto, sugere-se que investigações similares sejam reproduzidas com uso de outros instrumentos, a fim de investigar e confirmar a relação protetora do AME e a percepção de apoio do companheiro/companheira à mulher.

Esta pesquisa se propôs a ser o primeiro estudo a avaliar a percepção da mulher sobre o apoio do companheiro/companheira na amamentação durante a pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo inovador que vem fornecer dados atualizados para avaliação, comparação e contribuição com outros estudos e cenários. O formato como foi realizado a coleta de dados (virtual/online), apresentou agilidade e favoreceu um volume significativo da amostra, além de acessar mulheres de todas as macrorregiões do Brasil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da pandemia de COVID-19, confirmando a hipótese da pesquisa, o presente estudo mostrou que a média e maior percepção de apoio teve uma relação protetora na duração do aleitamento materno exclusivo durante o isolamento social causado pela pandemia de COVID-19.

Sugere-se que os próximos estudos incluam na amostragem diferentes estratos socioeconômicos, pois percebeu-se uma maior prevalência de mulheres com poder aquisitivo elevado, o que pode ter favorecido os resultados. Sugere-se também que investigações similares sejam reproduzidas com uso de outros instrumentos, a fim de investigar se a relação com a percepção do apoio entre a duração do AME segue sendo positiva. Portanto, o presente estudo apresenta dados atuais para um momento oportuno de transição de uma pandemia mundial.

REFERÊNCIAS

ABBASS-DICK, J.; BROWN, H. K.; JACKSON, K. T.; REMPEL, L. *et al.* Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. **Midwifery**, 75, p. 41-51, Aug 2019.

ABBASS-DICK, J.; DENNIS, C. L. Maternal and paternal experiences and satisfaction with a co-parenting breastfeeding support intervention in Canada. **Midwifery**, 56, p. 135-141, Jan 2018.

ABM. **ABM Statement on Coronavirus 2019 (COVID-19)**. 2020. Disponível em: https://www.bfmed.org/abm-statement-coronavirus?fbclid=IwAR2Pp3w8RKLNclC9vZhC8-rvTsSlr1mMf3_poEQ4J_GeZf9EfPuug38H_o. Acesso em: 01 mai. 2021.

ALVARENGA, S. C.; CASTRO, D. S. D.; LEITE, F. M. C.; BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Factors that influence early weaning. **Aquichán**, 17, n. 1, p. 93-103, 2017.

AMARAL, S. A. D.; BIELEMANN, R. M.; DEL-PONTE, B.; VALLE, N. C. J. *et al.* Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 29, p. e2019219, 2020.

ANDRADE FIALHO, F.; MARTINS LOPES, A.; ÁVILA VARGAS DIAS, I. M.; SALVADOR, M. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Cuidarte**, 5, n. 1, p. 670-678, 2014.

ATKINSON, L.; SILVERIO, S. A.; BICK, D.; FALLON, V. Relationships between paternal attitudes, paternal involvement, and infant-feeding outcomes: Mixed-methods findings from a global on-line survey of English-speaking fathers. **Maternal & Child Nutrition**, 17, p. e13147, 2021.

BALLARD, O.; MORROW, A. L. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. **Pediatric Clinics**, 60, n. 1, p. 49-74, 2013.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. D. F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, 26, n. 1, p. 11-20, 2004.

BHATT, H. Should COVID-19 Mother Breastfeed her Newborn Child? A Literature Review on the Safety of Breastfeeding for Pregnant Women with COVID-19. **Current Nutrition Reports**, 2021. Article in Press.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. D. M. M.; MONTEIRO, F. R.; VENÂNCIO, S. I. *et al.* Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, 51, p. 108, 2017.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. D.; OLIVEIRA, M. I. C. D. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, 49, p. 91, 2015.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. D.; OLIVEIRA, M. I. C. D.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, 89, n. 2, p. 131-136, 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.265 de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.**, 2006. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11265&ano=2006&ato=531ETVE5kMRpWT239>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 1. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 2. Alimentação. 3. Preparação de alimentos. I. Título.: Brasília: 2021.

BRASIL. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no sistema único de saúde: manual de implementação** / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde. – Brasília. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos**. Dietary guidelines for Brazilian children under two years of age. A. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2021: Normas e manuais técnicos nº 107 p. 2019.

BRASIL. 5/8 - Palestra: Maternidade e COVID-19: o que dizem os protocolos nacionais? 2020a.

BRASIL. Fluxo de decisão para amamentação no contexto da COVID-19. 2020b.

BRASIL. Fluxo de decisão para contexto no contexto da COVID-19. SAÚDE, M. D. e SAÚDE., S. D. A. P. À. 2020c.

BRASIL. **Guia Alimentar Da População Brasileira**. 2020d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19**. Nota INformativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS, Brasília, 2020e. ISSN 978-85-xxx-xx. Disponível em: file:///G:/Downloads/Manual-de-Recomendac%C3%A7%C3%A3o%20para%20gestantes%20e%20puerperas%20frente%20a%20COVID%2019_.pdf. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento, Materno. **Avaliação de medida para o enfrentamento da situação de emergência em saúde pública no contexto da infecção da COVID-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2).** 2020f.

BRASIL. **Nota técnica nº 8/2020-cocam/cgcivi/dapes/saps/ms.condutas para a doação de leite materno aos bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano no contexto da infecção pelo coronavírus (sars-cov-2).** 2020g. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/96>. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. **Nota técnica nº 9/2020-cosmu/cgcivi/dapes/saps/ms. Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da covid-19 :** 2020h. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. **Nota técnica nº 14/2020 - COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da pandemia da Covid-19.** 2020i. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/index2.pdf/view>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BRASIL. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19.** 2021a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. **Nota técnica Nº 2/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS.** 2021b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=0021464579&codigo_crc=4863F560&hash_download=3cfd43ffbcba4b08f37ce10fc87697b0116fa8bbb63303a6110477124d1d99cd053c45d86c748bfe31764f024e1f046f2de39d9289b8534bdbbb87ed5c878df&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. **COVID-19 no Brasil.** 2022. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fluxo de decisão para amamentação no contexto da COVID-19.** 2020a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Perguntas frequentes amamentação e COVID-19.** 2020b.

BROWN, A.; LEE, M. An exploration of the attitudes and experiences of mothers in the United Kingdom who chose to breastfeed exclusively for 6 months postpartum. **Breastfeeding Medicine**, 6, n. 4, p. 197-204, 2011.

BUTANTAN, I. **Coronavírus X SARS-CoV-2 X Covid-19**. 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/qual-a-diferenca-entre-sars-cov-2-e-covid-19-prevalencia-e-incidencia-sao-a-mesma-coisa-e-mortalidade-e-letalidade>. Acesso em: 28 jun. 2022.

CEULEMANS, M.; VERBAKEL, J. Y.; VAN CALSTEREN, K.; EERDEKENS, A. *et al.* SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. **International Journal of Environmental Research and Public Health (Online)**, 17, n. 18, 2020/09 2020.

CHEEMA, R.; PARTRIDGE, E.; KAIR, L. R.; KUHN-RIORDON, K. M. *et al.* Protecting breastfeeding during the COVID-19 pandemic. **American Journal of Perinatology**, 2020.

CORTES, T. R.; FAERSTEIN, E.; STRUCHINER, C. J. Utilização de diagramas causais em epidemiologia: um exemplo de aplicação em situação de confusão. **Cadernos de Saúde Pública**, 32, p. e00103115, 2016.

DATASUS. Informações de Saúde (**TABNET**) **DATASUS**. 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 28 mar. 2022.

EDMOND, K. M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M. A.; AMENGA-ETEGO, S. *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, 117, n. 3, p. e380-e386, 2006.

EMMOTT, E. H.; MACE, R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. **PLoS One**, 10, n. 7, p. e0133547, 2015.

ENANI. **Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos. ENANI-2019**. 2021. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf. Acesso em: 28 mar. 2022.

FEITOSA, M. E. B.; DA SILVA, S. E. O.; DA SILVA, L. L. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. **Research, Society and Development**, 9, n. 7, p. e856975071-e856975071, 2020.

FERNÁNDEZ-CARRASCO, F. J.; VÁZQUEZ-LARA, J. M.; GONZÁLEZ-MEY, U.; GÓMEZ-SALGADO, J. *et al.* [Coronavirus Covid-19 infection and breastfeeding: an exploratory review]. **Revista Española de Salud Pública**, 94, 2020/05 2020.

FRANCISCO, R. P. V.; LACERDA, L.; RODRIGUES, A. S. Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 76 2021.

FRANÇA, M. S. D. **Validação de Instrumentos de Medição das Práticas Apoiadoras da Rede Social à Mulher/Nutriz**. 2015. 135 f. (Mestrado) - Pós-

Graduação em Enfermagem, UFPE, Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/14943/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Micheline%20Santos%20de%20Fran%c3%a7a.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2020.

FRANÇA, M. S. D.; LOPES, M. V. D. O.; FRAZÃO, C. M. F. D. Q.; GUEDES, T. G. *et al.* Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 39, n. 0, 2018.

FURMAN, L.; KILLPACK, S.; MATTHEWS, L.; DAVIS, V. *et al.* Engaging Inner-City Fathers in Breastfeeding Support. **Breastfeed Medicine**, 11, n. 1, p. 15-20, 2016 Jan-Feb 2016.

GAMBLE, D.; MORSE, J. M. Fathers of breastfed infants: postponing and types of involvement. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, 22, n. 4, p. 358-369, 1993.

GLYMOUR, M. M.; GREENLAND, S. Causal diagrams. **Modern Epidemiology**, 3, p. 183-209, 2008.

HEALY, C. M. COVID-19 in pregnant women and their newborn infants. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 175, n. 8, p. 781-783, 2021.

HEATHMAN, L.; DOUGLAS, C. C.; CAMEL, S. P. Relationship among Breastfeeding Exposure, Knowledge, and Attitudes in Collegiate Males Residing in East Texas. **Journal of Human Lactation**, 35, n. 4, p. 782-789, Nov 2019.

HENSHAW, E. J.; COOPER, M. A.; JARAMILLO, M.; LAMP, J. M. *et al.* "Trying to Figure Out If You're Doing Things Right, and Where to Get the Info": Parents Recall Information and Support Needed During the First 6 weeks Postpartum. **Maternal and Child Health Journal**, 22, n. 11, p. 1668-1675, Nov 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo agro 2017**. 2017. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/2012-agencia-de-noticias/noticias/24267-mulheres-dedicam-quase-o-dobro-do-tempo-dos-homens-em-tarefas-domesticas.html>. Acesso em: 28 jun. 2021.

KHAN, J.; VESEL, L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity—a systematic review and meta-analysis. **Maternal And Child Health Journal**, 19, n. 3, p. 468-479, 2015.

KILIC, T.; KILIC, S.; BERBER, N. K.; GUNDUZ, A. *et al.* Investigation of SARS-CoV-2 RNA in milk produced by women with COVID-19 and follow-up of their infants: A preliminary study. **International Journal of Clinical Practice**, 75, n. 7, p. e14175, 2021.

KNIGHT, M.; BUNCH, K.; VOUSDEN, N.; MORRIS, E. *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2

infection in UK: national population based cohort study. **British Medical Journal**, 369, 2020.

KOTHARI, A.; THAYALAN, K.; DULHUNTY, J.; CALLAWAY, L. The forgotten father in obstetric medicine. **Obstetric Medicine**, 12, n. 2, p. 57-65, Jun 2019.

LIMA, A. C. M. A. C. C.; CHAVES, A. F. L.; OLIVEIRA, M. G. D.; LIMA, S. A. F. C. C. *et al.* Consultoria em amamentação durante a pandemia COVID-19: relato de experiência. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 24, n. spe, p. e20200350-e20200350, 2020/01 2020.

LIMA, J. P.; DE OLIVEIRA CAZOLA, L. H.; PÍCOLI, R. P. A participação do pai no processo de amamentação. **Cogitare Enfermagem**, 22, n. 1, 2017.

MARGOTTI, E.; MARGOTTI, W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde em Debate**, 41, n. 114, p. 860-871, 2017-09 2017.

MONTESCHIO, C. A. C.; GAÍVA, M. A. M.; MOREIRA, M. D. D. S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 68, p. 869-875, 2015.

MULLANY, B. C.; BECKER, S.; HINDIN, M. The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. **Health Education Research**, 22, n. 2, p. 166-176, 2007.

MÜLLER, F. S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 17, p. 651-657, 2009.

OGBO, F. A.; AKOMBI, B. J.; AHMED, K. Y.; RWABILIMBO, A. G. *et al.* Breastfeeding in the Community-How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17, n. 2, 01 2020.

ONU. **Número de pessoas afetadas pela fome sobe para 828 milhões em 2021**. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/189062-numero-de-pessoas-afetadas-pela-fome-sobe-para-828-milhoes-em-2021>. Acesso em: 28 jun. 2022.

OPAS. **Benefícios da amamentação superam riscos de infecção por COVID-19, afirmam OPAS e OMS**. 2020.

OPAS. **Brasil receberá as primeiras vacinas contra COVID-19 por meio do Mecanismo COVAX neste domingo - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/21-3-2021-brasil-recebera-primeiras-vacinas-contr-covid-19-por-meio-do-mecanismo-covax>. Acesso em: 28 jan. 2022.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19.** 2021b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 28 jun. 2022.

PALMQUIST, A. E. L.; FOX, C.; CHUNG, S.; TOMORI, C. *et al.* Infant Feeding during the COVID-19 Pandemic in the U.S. **American Journal of Physical Anthropology**, 174, n. SUPPL 71, p. 81, 2021. Conference Abstract.

PARANÁ. **Secretaria da Saúde. Boletim-Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19).** 2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>. Acesso em: 28 jan. 2022.

PENSSAN. **II VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.** 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

PIAZZALUNGA, C. D. R. C.; LAMOUNIER, J. A. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Revista Médica de Minas Gerais**, 21, n. 2, 2011/06 2011.

PROMUNDO, I. **A situação da paternidade no Brasil 2019: Tempo de Agir.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://movimentomulher360.com.br/publicacoes/a-situacao-da-paternidade-no-brasil-2019-tempo-de-agir/>. Acesso em: 23 fev. 2021.

REMPEL, L. A.; REMPEL, J. K.; MOORE, K. C. J. Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. **Maternal & Child Nutrition**, 13, n. 3, p. e12337, 2017.

ROBERTON, T.; CARTER, E. D.; CHOU, V. B.; STEGMULLER, A. R. *et al.* Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, 8, n. 7, p. e901-e908, 2020/07/01/ 2020.

ROCHA, M. C. P. D. **Práticas de apoio paterno e amamentação.** 2020.

ROLLINS, N. C.; LUTTER, C. K.; BHANDARI, N.; HAJEEBHOY, N. *et al.* Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 387, n. 21, p. 25-44, 2016.

SANTANA, G. S.; GIUGLIANI, E. R. J.; VIEIRA, T. D. O.; VIEIRA, G. O. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, 94, n. 2, p. 104-122, 2018.

SANTOS, R. C. D.; AMARAL, R. C. C.; SANTOS, E.; CARVALHO, T. V. *et al.* Aleitamento materno exclusivo em tempos de pandemia da COVID-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, 10, n. 3, p. e28310313167, 2021.

SARKADI, A.; KRISTIANSSON, R.; OBERKLAD, F.; BREMBERG, S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. **Acta Paediatrica**, 97, n. 2, p. 153-158, 2008.

SCHMITZ, R. M. Constructing men as fathers: A content analysis of formulations of fatherhood in parenting magazines. **The Journal of Men's Studies**, 24, n. 1, p. 3-23, 2016.

SES/RS. 5/8 - **Lecture: Maternity and COVID-19: what do the national protocols say?** 2020.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Fathers support on breastfeeding: An integrative review. **Revista Paulista de Pediatria**, 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Review.

SILVA, P. P.; SILVEIRA, R. B.; MASCARENHAS, M. L. W.; SILVA, M. B. *et al.* The maternal perception on paternal support: Influence on the duration of breastfeeding. **Revista Paulista de Pediatria**, 30, n. 3, p. 306-313, 2012. Article.

SILVEIRA, F. J. F. D.; BARBOSA, J. C.; VIEIRA, V. A. M. Conhecimento dos pais sobre o processo de aleitamento materno em mães de uma maternidade pública em Belo Horizonte, MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, 28, p. [1-6], 2018/01 2018.

SOFI. **SOFI 2021: Relatório da ONU destaca os impactos da pandemia no aumento da fome no mundo.** 2021. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/BL287MZV/SO FI2021_Report_EN_FINAL_1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

SORRENTINO, E.; BÓGUS, C. M.; VENANCIO, S. A participação dos homens na alimentação infantil: novos caminhos para a equidade de gênero? **Saúde e Sociedade**, 30, n. 3, 2021.

SOUSA, A. M. D.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 34, p. 127-134, 2013.

SOUZA, S. R. R. K.; PEREIRA, A. P.; PRANDINI, N. R.; RESENDE, A. C. A. P. *et al.* Aleitamento materno em tempos de COVID-19: uma scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 56, 2022.

TESTON, E. F.; REIS, T. S.; GÓIS, M. D.; SPIGOLON, D. N. *et al.* Aleitamento materno: percepção do pai sobre seu papel. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 8, 2018/03 2018.

TEWABE, T.; MANDESH, A.; GUALU, T.; ALEM, G. *et al.* Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, 12, n. 1, p. 1-7, 2016.

TOMBEAU COST, K.; JONAS, W.; UNTERNAEHRER, E.; DUDIN, A. *et al.* Maternal perceptions of paternal investment are associated with relationship satisfaction and breastfeeding duration in humans. **Journal of Family Psychology**, 32, n. 8, p. 1025, 2018.

UNA-SUS. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença**. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>. Acesso em: 28 dez. 2020.

UNICEF. **Aleitamento Materno**. 2021a. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>. Acesso em: 28 dez. 2021.

UNICEF. **COVID-19: Frequently asked questions**. Tips and guidance for protecting your family, 2021b. Disponível em: <https://www.unicef.org/stories/novel-coronavirus-outbreak-frequently-asked-questions>. Acesso em: 28 dez. 2021.

UNICEF. **Relatório da ONU: ano pandêmico marcado por aumento da fome no mundo**. 2022.

VAZQUEZ-VAZQUEZ, A.; DIB, S.; ROUGEAUX, E.; WELLS, J. C. *et al.* The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. **Appetite**, 156, p. 104985, 01 2021a.

VAZQUEZ-VAZQUEZ, A.; DIB, S.; ROUGEAUX, E.; WELLS, J. C. *et al.* The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. **Appetite**, 156, p. 104985-104985, 2021/00 2021b.

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J.; FRANÇA, G. V. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, 387, n. 10017, p. 475-490, Jan 30 2016.

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D.; FRANÇA, G. V. A. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; BARROS, F. C.; SILVA, A. C. *et al.* Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, 356, n. 9235, p. 1093-1098, 2000.

VILLAR, J.; ARIFF, S.; GUNIER, R. B.; THIRUVENGADAM, R. *et al.* Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. **Journal of the American Medical Association Pediatrics**, 175, n. 8, p. 817-826, 2021.

WALTERS, D. D.; PHAN, L. T. H.; MATHISEN, R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. **Health Policy Planning**, 34, n. 6, p. 407-417, Jul 1 2019.

WHO. **The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding Report of an Expert Consultation.** 2001. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67219/WHO_NHD_01.09.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

WHO. **Breastfeeding the goal.** 2018. Disponível em:

https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf.

Acesso em: 28 dez. 2021.

WHO. **Breastfeeding and Covid-19- Scientific Brief.** World Health Organization,

2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19>.

Acesso em: 28 dez. 2020.

WHO. **Breastfeeding during COVID-19.** 2020b.

WHO. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic.** 2020c. Disponível em:

https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwxo6lBhBKEiwAXSYBs9u2Z9enQMYX3x3GiEHIMCpJTlaK94YB1zqDFSz9lFiUvk7JTfTIVRoCoBcQAvD_BwE. Acesso em: 28 dez. 2020.

WHO. **Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community.** 2020d. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf. Acesso em: 29 dez. 2020.

WHO. **Perguntas Frequentes: Amamentação e a COVID-19 Para profissionais de saúde.** 2020e. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332719/WHO-2019-nCoV-FAQ-Breast_feeding-2020.1-por.pdf. Acesso em: 28 dez. 2020.

WHO. **Brazil Situation.** 2021a. Disponível em:

<https://covid19.who.int/region/amro/country/br/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

WHO. **Coronavirus disease (COVID-19): Breastfeeding.** 2021b. Disponível em:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-breastfeeding>. Acesso em: 28 fev. 2022.

YU, J. C.; KHODADADI, H.; SALLES, É. L.; PHAM, Q. *et al.* High levels of interferon-alpha expressing macrophages in human breast milk during SARS-CoV-2 infection: A case report. **Breastfeeding Medicine**, 16, n. 5, p. 439-442, 2021.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Claudia Choma Bettega Almeida e Anabelle Retondario, professoras da Universidade Federal do Paraná, e Géssica de Oliveira Rodrigues, aluna de pós-graduação, convidamos você a participar de um estudo chamado **“APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA NA AMAMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19”** com o número do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): 4.751.478 e o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 46232121.3.0000.0102.

a). O objetivo desta pesquisa é avaliar o apoio do companheiro/companheira na amamentação durante a pandemia pela COVID-19 e quais fatores estão relacionados a ele.

b). Caso você aceite participar desta pesquisa, será necessário responder um questionário com informações sobre: seus dados socioeconômicos e demográficos, sua condição de saúde, as práticas do companheiro/companheira de apoio à amamentação.

c). Para tanto você irá receber esses questionários de forma online/virtual por meio da plataforma Google Forms®. O tempo estimado para responder todo questionário é de aproximadamente, 20 minutos.

d). É possível que você experimente algum tipo de desconforto apenas relacionado ao constrangimento para responder algumas perguntas e o cansaço. No entanto, você poderá responder ao questionário no momento que lhe for mais conveniente; poderá interromper o questionário a qualquer momento e poderá deixar de responder às perguntas caso se sinta desconfortável com alguma delas.

e). Os riscos relacionados a este estudo são pequenos e estão relacionados ao constrangimento para responder o questionário. Estes riscos podem ser evitados com a liberdade para escolher o melhor horário e local para responder o questionário.

f). Os benefícios esperados com essa pesquisa são indiretos e estão relacionados ao conhecimento da situação do apoio do companheiro durante a amamentação em tempos de isolamento social. Essas informações poderão auxiliar na promoção e apoio ao aleitamento em situações similares atuais e futuras.

g). Nós, Anabelle Retondario, nutricionista, Professora do Departamento de Nutrição da Universidade Federal do Paraná, e Géssica de Oliveira Rodrigues, Nutricionista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição (PPGAN) da Universidade Federal do Paraná, responsáveis pela coleta dos dados online/virtual, poderemos ser contatadas pelo e-mail: gehnutri@hotmail.com. A pesquisadora Claudia Choma Bettega Almeida, responsável por este estudo, poderá ser localizada na Rua Lothario Meissner, 632, bloco Nutrição, ou pelo telefone 3360-4012 ou ainda por e-mail: clauchoma@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h). A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento sem prejuízos para você.

i). O questionário obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será deletado de todos os arquivos ao término do estudo, dentro de 5 (anos).

j). As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas apenas pelas pesquisadoras responsáveis ou por parte de integrantes que fizerem parte da pesquisa. Neste caso, garantimos o anonimato e privacidade. Somente a professora orientadora (Claudia Choma Bettega Almeida) autorizará outros integrantes e a inclusão deles, como membros da pesquisa, será incluída no TCLE. Diante disso, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma sigilosa e codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

k). Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, não aparecerá seu nome.

l). As despesas necessárias para a realização desta pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

m). Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código numérico.

n). Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Assinatura do Pessoa Participante de Pesquisa]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura da Pesquisadora Responsável ou quem aplicou o TCLE]

[Assinatura da Pesquisadora Responsável]

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE

BLOCO I – Critérios de exclusão			
1	Você amamentou alguma vez o seu bebê durante a pandemia de COVID-19?	0. Não	1. Sim
2	Você morou com o seu companheiro/companheira durante a pandemia de COVID-19?	0. Não	1. Sim
3	Você tem idade igual a 18 anos ou mais?	0. Não	1. Sim
BLOCO II - Identificação			
1	Qual a sua idade?		
2	Como você se classifica em relação à sua cor de pele ou raça? 0.Branca 1.Preta 2.Parda 3.Amarela 4.Indígena 5.Outro		
3	Qual cidade e estado você mora?		
4	Qual o seu estado civil atualmente? 0.Solteira 1.Casada 2.Divorciada 3.Viúva 4.União estável		
5	Você mantém uma relação/união homoafetiva? 0.Não 1.Sim 2.Não quero responder		
6	Qual foi a sua última série concluída na escola? 0.Sem escolaridade 1. Ensino fundamental (1º grau/incompleto) 2. Ensino fundamental (1º grau/completo) 3. Ensino médio (2ª grau/incompleto) 4. Ensino médio (2ª grau/completo) 5. Superior incompleto 6. Superior completo 7. Especialização, Mestrado ou Doutorado		
7	Qual a sua ocupação/profissão?		
8	Você tem algum trabalho remunerado?	0. Não	1. Sim
8a	Qual o tipo de vínculo que você possui com o seu trabalho? 1. Informal 2. Carteira assinada 3. Autônoma 4. Militar 6. Servidora pública 7. Empregadora/empresária 8. Não possuo trabalho remunerado 9. Outros		
9	Houve alteração na sua situação de trabalho com a pandemia COVID-19? 0.Estou e continuei trabalhando 1.Estou e continuei trabalhando, mas em casa (home office) 2.Estou e continuei trabalhando, mas houve redução no salário 3.Comecei a trabalhar após o		

	início da pandemia 4.Tive férias remuneradas 5.Perdi o emprego 6.Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar 7.Não trabalho e não estou procurando trabalho		
10	No último mês, qual foi a renda da família (todas as pessoas que contribuem com as despesas da casa) em reais? 0. Nenhuma renda 1. Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.045,00) 2. De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.045,01 a R\$ 3.135,00) 3. De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.135,01 a R\$ 6.270,00) 4. De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 6.270,01 a R\$ 9.405,00) 5. De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 9.405,01 a R\$ 12.540,00) 6. De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 12.540,01 a R\$ 15.675,00) 7. Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 15.675,01)		
11	Houve alteração na sua renda durante a pandemia COVID-19? 0.Não 1. Sim, para menos 2. Sim, para mais		
12	Você recebe ou recebeu algum auxílio do governo?	0. Não	1.Sim
12a	Se sim, qual(is) auxílio(s) você recebe ou recebeu? 0.Auxílio emergencial 1.Bolsa família 2.Não recebi/recebo nenhum auxílio do governo 3.Outros		
13	Você reside com alguma criança menor de 5 anos?	0. Não	1. Sim
14	Com quem você mora atualmente (pode marcar mais de uma opção)? 0.Sozinha 1.Com o cônjuge/companheiro/companheira 2.Com o cônjuge/companheiro/companheira e os filhos 3.Com familiares 4.Outros		
15	Onde e como você mora atualmente? 0. Casa ou apartamento próprio 1. Em casa ou apartamento alugado/financiado 2. Em casa ou apartamento de favor/emprestado 3.Outros		
16	Qual a idade do seu companheiro/companheira?		
17	Qual a ocupação/profissão do seu companheiro/companheira?		
18	Qual o tipo de vínculo que seu companheiro/companheira possui no trabalho? 1. Informal 2. Carteira assinada 3. Autônomo 4. Eventual 5. Militar 6. Servidor público 7. Empregador/Empresário 8.Não possui trabalho remunerado 9.Outros		
19	Qual foi a última série concluída pelo seu companheiro/companheira, na escola? 0.Sem escolaridade 1. Ensino fundamental (1º grau/incompleto) 2. Ensino fundamental (1º grau/completo) 3. Ensino médio (2ª grau/incompleto) 4. Ensino médio (2ª grau/completo) 5. Superior incompleto 6. Superior completo 7. Especialização, Mestrado ou Doutorado		
BLOCO III - Amamentação			

1	A sua gravidez foi planejada?	0.Não	1.Sim
2	Qual foi a idade gestacional no nascimento da criança (em semanas)?		
3	Qual foi o tipo de parto do nascimento do seu bebê?	0.Normal/natural	1.Cesária
4	Qual foi o peso da criança ao nascer (em quilograma/kg)?		
5	Qual foi o comprimento/altura da criança ao nascer (em centímetros/cm)?		
6	Você está amamentando neste momento?	0.Não	1.Sim
6a	Por que parou de amamentar e com quantos meses? (Caso ainda esteja amamentando, responda: ainda estou amamentando).		
6b	Além do seu leite, a sua criança está recebendo outra bebida ou alimento? 0.Não, somente leite materno 1.Sim, leite materno e uso de água/chá/suco 2.Sim, leite materno e fórmula infantil 3.Sim, leite materno e outros alimentos		
7	Você já amamentou outro filho?	0.Não	1.Sim
7a	Se sim, como foi a sua experiência? (Caso não tenha amamentado outro filho, responda: não amamentei outro filho).		
8	No hospital, você recebeu ajuda de algum profissional para amamentar a sua criança?	0.Não	1.Sim
9	Você teve algum problema na sua mama? 0.Não 1.Mamilos doloridos/fissuras/rachaduras 2.Ingurgitamento/leite empedrado 3.Mastite/inflamação		
BLOCO IV – Saúde			
1	Em geral, como você avaliaria seu estado de saúde antes da pandemia COVID-19? 0.Muito bom 1.Bom 2.Regular 3.Ruim 4.Muito ruim 5.Não sabe		
2	Em geral, como você avalia o seu estado de saúde durante a pandemia Covid-19? 0.Muito bom 1.Bom 2.Regular 3.Ruim 4.Muito ruim 5.Não sabe		
3	Você já foi diagnosticada com Coronavírus?	0. Não	1. Sim

ANEXO 1- ESCALA DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA À AMAMENTAÇÃO (EACA)

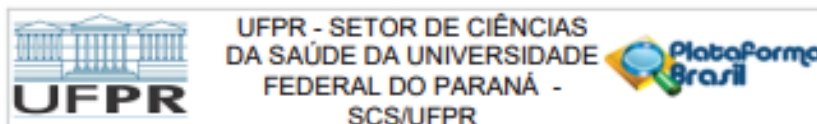
BLOCO V - ESCALA DO APOIO DO COMPANHEIRO/COMPANHEIRA À AMAMENTAÇÃO (EACA)				
<u>CATEGORIA I- Apoio Emocional</u>		1.Nunca	3.Raramente/Às vezes	5. Quase sempre/sempre
1	O seu companheiro/companheira demonstra/demonstrava afeto e carinho em relação a você e ao bebê?			
2	O seu companheiro/companheira lhe elogia/elogiava pela sua decisão em amamentar?			
3	Você se sente/sentia valorizada pelo seu companheiro/companheira por estar/ quando estava amamentando?			
4	O seu companheiro/companheira diz ou já disse que sente/sentia orgulho de você por estar amamentando?			
5	O seu companheiro/companheira insiste/insistia (fazer pressão) para que você amamente/amamentasse?			
<u>CATEGORIA II- Apoio Instrumental</u>		1.Nunca	3.Raramente/Às vezes	5. Quase sempre/sempre
1	O seu companheiro/companheira teve tempo de acompanhá-la nas consultas de pré-natal?			
2	O seu companheiro/companheira cuida/cuidava de você, preocupando-se em oferecer alimentos saudáveis e líquidos?			

3	O seu companheiro/companheira 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/companheira acorda/acordava para lhe fazer companhia?			
5	O seu companheiro/companheira lhe ajuda/ajudava nas atividades do lar enquanto você amamenta/amamentava ou descansa/descansava?			
6	Em relação à amamentação, o seu companheiro/companheira lhe ajuda/ajudou no primeiro mês depois do parto?			
<u>CATEGORIA III – Apoio Informativo</u>		1.Nunca	3.Raramente/Às vezes	5. Quase sempre/sempre
1	O seu companheiro/companheira conversa com você sobre alimentação saudável e a beber bastante líquido?			
<u>CATEGORIA IV – Auto apoio</u>		1.Nunca	3.Raramente/Às vezes	5. Quase sempre/sempre
1	O seu companheiro/companheira mantém/mantinha expectativas positivas (confiante) sobre a amamentação?			
2	O seu companheiro/companheira está/estava sempre pronto			

	para ajudar com a amamentação?			
3	O seu companheiro/companheira comenta/comentou que a amamentação é algo passageiro?			
4	Você se sente/sentia satisfeita com o apoio recebido do companheiro/companheira?			
Cor da fonte: (preto) Apoio negativo; (vermelho) Apoio positivo Legenda: 1. Nunca; 3. Raramente/às vezes; 5. Quase sempre/sempre				

(FRANÇA, M.S. de, 2015)

ANEXO 2- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



Continuação do Parecer: 4.751.478

Objetivos Específicos

- Analisar o apoio emocional, instrumental, informativo e o autoapoio do companheiro/companheira durante a amamentação;
- Investigar a associação do apoio do companheiro/companheira fatores socioeconômicos e demográficos;
- Investigar a associação entre o apoio do companheiro/companheira e a duração do aleitamento materno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como se trata de uma pesquisa com questionários online, o tipo de risco mais provável é o constrangimento para as participantes, desconforto e dificuldade para lidar com a questão da experiência da amamentação durante o difícil período de isolamento social.

Os benefícios desta pesquisa são indiretos, ou seja, por meio da disseminação do conhecimento sobre as práticas paternas relacionadas ao apoio à amamentação durante o isolamento social.

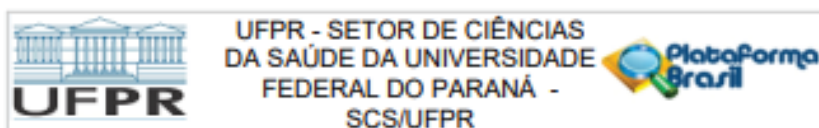
Também será auxiliar na possível elaboração e implementação de estratégias que visem ajudar o enfrentamento das consequências deste período, atuais e vindouras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional, com delineamento transversal analítico. A população do estudo será composta por mulheres adultas (> 18 anos de idade) que amamentaram pelo menos uma vez durante a pandemia causada pela COVID-19 e que compartilharam suas residências com os companheiros/companheiras durante este período. A pesquisa será divulgada nas redes sociais ou meios de comunicação digital, como, WhatsApp, Facebook, E-mail, Telegram, grupos virtuais de apoio ao aleitamento materno entre outras redes.

A coleta de dados será realizada por meio de um questionário online autoaplicável, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O questionário possui perguntas divididas em quatro categorias: a) Identificação da nutriz; b) Dados socioeconômicos e demográficos; c) Condições de saúde; d) Apoio do companheiro/companheira, sendo esta categoria subdividida em: d.1) Apoio Emocional, d.2) Apoio Instrumental, d.3) Apoio Informativo e d.4) Autoapoio do companheiro durante a amamentação com a dupla mãe-bebê.

Endereço: Rua Padre Camargo, 385 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.751.478

O tempo estimado para responder o instrumento é de aproximadamente 20 minutos. A coleta de informações será realizada de forma online/virtual por meio da plataforma Google Forms®. A identidade e as informações das participantes serão codificadas, resguardando sigilo, tendo apenas a pesquisadora principal e as colaboradoras acesso aos dados.

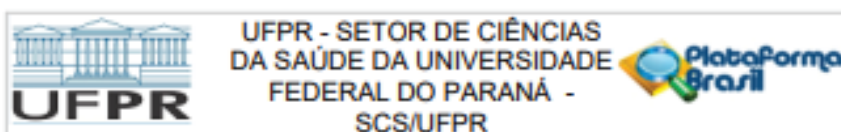
O instrumento de medição das práticas apoiadoras da rede social à mulher que deseja amamentar, denominado "Escala do Apoio do Companheiro/companheira à Amamentação (EACA)" investiga o apoio do companheiro/companheira na amamentação. Trata-se de um questionário validado de FRANÇA, (2015) subdividido em quatro categorias: categoria I, apoio emocional; categoria II, apoio instrumental; categoria III, apoio informativo; e categoria IV, autoapoio à mulher durante o processo de amamentação. Conforme o estudo de SOUSA, (2013) as categorias citadas acima são relativas às práticas familiares, que inclui as práticas paternas que se relacionam à manutenção da amamentação, são elas: 1) práticas paternas de apoio emocional, a qual abrange o acolhimento a dupla mãe-bebê de forma empática, enaltecer e incentivar a mulher por estar amamentando reafirmando a grandeza deste ato; 2) práticas paternas de apoio instrumental requer ajuda de natureza prática, ou seja, participação com os cuidados do bebê, presença nas consultas pré e pós-natal, atuação ativa nas tarefas domésticas; 3) práticas paternas de apoio informativo compreende em mencionar/informar sobre a vontade de ser incluído na prática da amamentação e encorajar a mulher, se for da vontade dela; 4) práticas paternas de autoapoio ou apoio pessoal que envolve manter o fomento, a esperança, a expectativa sobre o sucesso no aleitamento materno (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Este projeto propõe ser o primeiro estudo sobre o apoio do companheiro/companheira na amamentação e a preocupação da nutriz quanto à ansiedade e estresse durante a pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo inovador que fornecerá dados atuais para avaliação e comparação com resultados de outros estudos. Salienta-se a importância da amamentação para o binômio mãe-filho(a), em tempos de isolamento social, paralelamente à inexistência de dados referentes ao comportamento do companheiro/companheira neste processo, sendo o momento oportuno de diagnóstico na população de nutrízes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	
Bairro: Alto da Glória	CEP: 80.060-240
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.751.478

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos dos novos projetos.

Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais a critério do CEP:

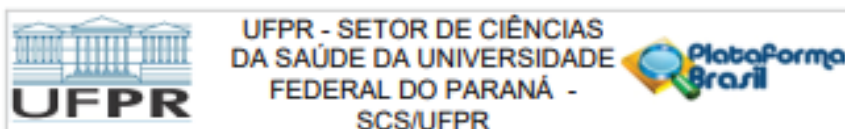
Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1711325.pdf	27/04/2021 18:00:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2604.docx	27/04/2021 17:57:00	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoastoassinada2604.pdf	26/04/2021 11:34:10	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Outros	achecklist.pdf	07/04/2021 14:50:04	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Outros	ANALISEMERITO.pdf	07/04/2021	CLAUDIA CHOMA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.751.478

Outros	ANALISEMERITO.pdf	11:52:33	BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTO.pdf	07/04/2021 11:22:45	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPNOVO.docx	07/04/2021 11:11:28	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Outros	ATADEPARTAMENTAL.pdf	02/03/2021 16:20:34	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Declaração de concordância	CONCORDANCIASERVICO.pdf	02/03/2021 16:12:14	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECOMPROMISSOSDA EQUIPEDAPESQUISA.pdf	02/03/2021 15:54:51	CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 02 de Junho de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-340
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br