



UNICAMP



Rede de apoio de nutrizes com filhos nascidos em hospitais de ensino

Palavras-Chave: Apoio social; Aleitamento materno; Enfermagem materno-infantil.

Autoras:

Julia Melo Campanha, FENF – UNICAMP

Prof^a. Dr^a. Elenice Valentim Carmona (orientadora), FENF - UNICAMP

Doutoranda Enfa. Luciane Cristina Rodrigues Fernandes (coorientadora), FENF - UNICAMP

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que toda criança receba aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses de vida e, a partir deste período, a prática deve continuar até os dois anos, estando associada à introdução de alimentos complementares ¹. O leite materno é um alimento completo, que protege o recém-nascido contra infecções, reduz a possibilidade do desenvolvimento de obesidade e sobrepeso, está relacionado com a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC), desenvolvimento cognitivo e maior renda na vida adulta ^{1,2,3}. Além disso, traz benefícios maternos ao diminuir o risco de câncer de ovário e de mama, diabetes mellitus tipo II, como também permite um maior intervalo entre as gestações por atuar como um método contraceptivo natural ^{1,2}.

As iniciativas que visam a promoção do estímulo à amamentação tem potencial para reduzir a morbimortalidade infantil, uma vez que cerca de 16% das mortes infantis anuais estão associadas à amamentação inadequada ². Em 2012, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) estabeleceu como meta global que, até 2025, a taxa de AME nos primeiros seis meses de vida alcance 50% ⁴. No Brasil, a prevalência do AME em crianças menores de 6 meses vêm crescendo ao longo dos anos, porém ainda continua abaixo das recomendações da OMS ^{5,6}.

No contexto atual, a mulher exerce diversos papéis na sociedade, sendo que a conciliação entre eles e a maternidade é desafiadora, o que torna o cotidiano uma experiência complexa que demanda o envolvimento de profissionais da saúde, da família, comunidade e instituições. A adequação da mulher no papel de nutriz é um processo que requer a ressignificação da identidade social da mulher e a adaptação da rotina às necessidades do lactente ⁷.

A sobrecarga da maternidade em mulheres que cuidam dos filhos de maneira solitária tem repercussões psíquicas e físicas importantes ⁸. Nesses casos, a ausência de apoio é um dos fatores que contribuem para o desmame precoce, enquanto o aumento de apoio social contribui significativamente para o estabelecimento do AME ^{8,9,10}. O que denota a relevância de uma rede de apoio.

A rede de apoio é definida de diferentes maneiras na literatura, tratando-se de um sistema constituído por diferentes indivíduos pertencentes à esfera social, que fornecem apoio, em diferentes âmbitos da vida: emocional, material, educacional, nas necessidades do dia a dia, entre outros ^{11,12}. Assim, o aleitamento materno é uma fase do ciclo gravídico-puerperal que não deve ser vivida de maneira solitária pelas mulheres, pois, com o suporte de redes de apoio, há um alívio da sobrecarga permitindo que este período seja experienciado de uma maneira saudável. Desse modo, conhecer a rede de apoio de mulheres que amamentam pode facilitar o desenvolvimento de estratégias para promoção e proteção do aleitamento materno.

OBJETIVO

Investigar qual é a rede de apoio reconhecida por nutrizes com filhos nascidos em dois hospitais de ensino da Região Metropolitana de Campinas (RMC).

MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo de coorte prospectivo, realizado em dois hospitais públicos de ensino, credenciados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que atendem mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal, sendo referência na RMC para o atendimento a mulheres de risco habitual, médio ou alto risco em processo de parto e nascimento. A coleta de dados ocorreu junto às puérperas em alojamento conjunto.

Amostra e Coleta de Dados

O tamanho amostral foi determinado considerando a metodologia de cálculo amostral em que o objetivo é estimar uma proporção. Foi considerada uma proporção p igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, gerando assim uma estimativa com o maior tamanho amostral possível. A população considerada para o cálculo foi composta por 1464 puérperas (3 meses de coleta). Além disso, foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. O tamanho amostral obtido foi de 304 puérperas. Essa amostra foi dividida proporcionalmente entre os hospitais (156 e 148 puérperas em cada hospital)

Tratou-se de uma amostra por conveniência. Foram colhidos dados de prontuário e realizada entrevista com questionário estruturado, desenvolvido para o presente estudo. O questionário contemplou dados para caracterização da amostra, dados obstétricos e de amamentação, informações sobre o nascimento, assistência recebida, bem como sobre o reconhecimento pela puérpera da sua rede de apoio.

A coleta dos dados ocorreu de setembro de 2022 a maio de 2024. Foi estabelecido que todas deveriam apresentar mais de 24 horas de pós-parto para inclusão. Mulheres que tiveram gestação de gemelar e/ou que foram separadas de seus filhos por internação em unidade neonatal ou comorbidades materna, não fizeram parte da amostra.

Análise dos Dados

Ocorreu análise estatística descritiva e inferencial, aplicando o *software Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS). Para a distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas, foi realizada análise descritiva por meio do cálculo de frequência e porcentagens, e medidas de tendência central e dispersão. A investigação de associações foi realizada por meio do teste Qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher. Para todas as análises foi considerado nível de significância igual a 5%.

Aspectos Éticos

O estudo atendeu a todas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP (CAAE: 38900020.0.0000.54.04, Parecer: 6.783.237). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informadas de que poderiam retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após tal assinatura, sem sofrer qualquer tipo de ônus ou constrangimento.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 304 mulheres. A maioria (232 mulheres) apresentava menos que 35 anos (76,2%). A média de idade foi de 29,33 anos (mín. 18; máx.46; DP 6,51). Quanto à cor de pele autodeclarada, 154 (50,7%) consideraram-se pardas, 118 (38,8%) brancas e 31 (10,2%) pretas. O tempo médio de estudo apresentado foi 11,43 anos (mín.: 2; máx.: 22; DP: 2,36).

Em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios de residência prevalentes foram os municípios onde estão alocados os hospitais, seguido de municípios vizinhos. Destes, apenas 9 (3%) das mulheres residiam em áreas rurais.

Ainda na análise social, destaca-se que apenas 34 (11,2%) das puérperas viviam com uma renda superior a cinco salários-mínimos. Enquanto 111 (36,5%) viviam com renda de um a dois salários-mínimos, 26 (8,6%) com menos de um salário-mínimo e 2 (0,7%) referiram não ter renda familiar. Um pouco mais da metade (165, 54,3%) das entrevistadas afirmaram estar empregadas e apenas 149 (49%) gozam do direito da licença maternidade. Sobre a situação conjugal, 265 (87,2%) mulheres declararam estar unidas (sendo casadas, em união estável ou vivendo na mesma residência que o parceiro), com tempo de união médio de 6 anos e meio (mín. 3 meses; máx. 27 anos; DP: 5,5).

Quanto ao histórico gestacional, o número médio de gestações foi 2,51 (mín.:1; máx.:9; DP:1,5), 106 (34,9%) eram primíparas. Apenas uma mulher (0,3%) não fez pré-natal. No entanto, 21 (7%) tiveram número de consultas inferior a 6, estando aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde. A média do número de consultas de pré-natal foi 10,5 (mín.: 2; máx.: 23; DP:3,4). Quanto à via de parto, 157 (51,6%) tiveram seus filhos por via cirúrgica. Este dado é preocupante para a manutenção do AM, uma vez que a cirurgia cesárea é um fator de risco para demora em estabelecer o aleitamento materno¹⁴.

A respeito da maturidade fetal, 271 (89,3%) dos RN apresentaram Capurro maior ou igual a 37 semanas (média: 38,6; mín.: 35; máx.: 41,4 semanas; DP: 1,35). O peso médio ao nascer foi de 3.127g (mín.: 2004g; máx.: 4310g; DP: 465).

Em relação ao histórico sobre AM, 235 (77,3%) das puérperas afirmaram ter sido amamentadas. Destas, 143 (61%) tinham filhos mais velhos e 136 (95%) tiveram algum grau de experiência com a amamentação.

A percepção das mulheres sobre o apoio da equipe hospitalar para auxiliá-las com amamentação foi positiva, sendo relatado por 295 (97,03%) que sentiram-se apoiadas. Um estudo apresentou que mulheres que perceberam apoio adequado à amamentação no hospital tiveram menores chances de enfrentar dificuldades com a amamentação em comparação com aquelas que consideraram o apoio intra-hospitalar inadequado¹³. No entanto, 278 (91,45%) referiram não se sentirem seguras para amamentar com as informações que receberam no hospital. A falta de confiança no conhecimento adquirido sobre a amamentação pode indicar um apoio insuficiente, sendo relacionado ainda a pouca exposição à temática desde o pré-natal. Essa demanda deve ser atendida, pois mulheres que desenvolvem conhecimento sobre a amamentação têm maiores chances de amamentar por mais tempo¹⁴.

A continuidade do AME após a alta hospitalar está relacionada com o adequado enfrentamento das dificuldades vivenciadas na amamentação. Dentre tais dificuldades, podem surgir: a percepção de produção insuficiente de leite; limitações para encontrar boas posições para amamentar; dificuldade do bebê na pega e sucção; conhecimento inadequado sobre estratégias para iniciar ou desmamar da suplementação em situações específicas, bem como a dor durante a amamentação^{7,13}. No presente estudo, durante a internação, para 76 (25%) RNs havia prescrição médica de complementação, o que pode ser um risco para o desmame precoce, como descrito por alguns autores^{7,13}.

Além disso, o apoio insuficiente para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à amamentação, pode ser um fator contribuinte para o desmame precoce. A sobrecarga gerada pela necessidade de conciliação entre o papel de nutriz e outras atividades diárias, gera a impossibilidade de descanso relatado pelas puérperas^{7,8}.

Aqui destaca-se um aspecto valoroso para a discussão que é o papel da família, em especial do acompanhante, no momento do parto¹⁵. Na entrevista, ainda no hospital, 284 (93,42%) referiram que poderiam contar com ajuda da sua rede de apoio (RA) após alta. O companheiro (marido, namorado, pai do bebê) foi o mais citado enquanto RA (170; 59,86%). O apontamento do companheiro como principal fonte de apoio pode ser relevante para a continuidade da amamentação, uma vez que o apoio do pai da criança por mais de 24 meses é considerado um fator de proteção ao AM¹⁴.

A respeito das boas práticas do parto e nascimento¹⁶, 249 (82,1%) das mulheres tiveram acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; 187 (61,51%) vivenciaram o contato pele a pele (CPP) ao nascimento do filho. Dentre elas, 70 (37,43%) amamentaram ainda na sala de parto. Não tiveram CPP ao nascer 117 binômios (38,49%): dessas, apenas sete (5,98%) amamentaram na sala de parto. Dentre as mulheres que não fizeram CPP ao nascer, 22 (7,24%) tiveram a oportunidade de vivenciá-la na sala de

Recuperação Pós-anestésica e 17 (77,27%) amamentaram nesse momento. Nenhuma delas havia amamentando na sala de parto. Verifica-se assim que o CPP em sala de parto é um relevante aspecto para a amamentação.

A janela de tempo entre o nascimento e a primeira sucção no complexo aréolo-mamilar é importante para a continuidade do AM, pois um intervalo de tempo superior a duas horas oferece risco ao estabelecimento e à continuidade do AM¹⁴. É sabido que a presença de um acompanhante durante o parto pode contribuir para maiores taxas de CPP precoce e amamentação na primeira hora de vida¹⁷, além do apoio emocional fornecido por esse integrante¹⁸. Além disso, a literatura aponta que há associação entre a presença de acompanhante durante o parto e a redução de medidas assistenciais intervencionistas e desnecessárias à gestante e ao bebê¹⁵, o que também favorece a amamentação.

A percepção de um maior nível de apoio social está relacionada ao maior tempo de amamentação. Ou seja, mulheres que percebem que têm um maior apoio têm maiores chances de planejar um aleitamento prolongado¹⁹. Assim, mostra-se imprescindível que as mulheres sejam instruídas desde o pré-natal a estabelecer uma rede de apoio, conhecendo possibilidades a respeito, bem como que essa rede de apoio seja envolvida em atividades educativas para compreensão do seu papel na promoção e proteção do aleitamento²⁰.

CONCLUSÃO

No presente estudo, das 304 mulheres entrevistadas, 97,03% sentiram-se apoiadas pela equipe hospitalar, 93,42% reconhecem ter rede de apoio após alta. O companheiro (marido, namorado, pai do bebê) foi o principal agente da RA, sendo reconhecido por 59,86%. No entanto, 91,45% referiram não se sentirem seguras para amamentar com as informações que receberam no hospital e para 25% dos bebês havia prescrição de fórmula. Tais fatores são reconhecidos como de risco para o desmame.

Assim, apesar das recomendações e dos benefícios da amamentação, é sabido que o estabelecimento e a continuidade da amamentação são multifatoriais, bem como sua proteção. Desse modo, o reconhecimento por parte das nutrizes de sua rede de apoio, poderá ser o fator determinante para a superação dos desafios, promoção do AM e maiores chances de um aleitamento prolongado. As equipes de saúde e a implementação de políticas públicas devem ter como foco o fortalecimento da rede de apoio e a instrumentalização da mulher para melhor apropriar-se desse recurso, com discussões e envolvimento de diferentes atores desde o pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Infant and Young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2021[cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365140>
3. Koh K. Maternal breastfeeding and children's cognitive development. Soc Sci Med. 2017;187:101-108. doi:10.1016/j.socscimed.2017.06.012
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar#:~:text=O%20aleitamento%20materno%20prolongado%20reduz,diabetes%20tipo%202%20em%2035%2>.
5. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos: ENANI 2019. [Documento eletrônico]. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ; 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
6. Salviano AF, Guedes BM, Carioca AAF, Venancio SI, Buccini G, Lourenço BH. Positive changes in breastfeeding and complementary feeding indicators in Brazil are associated with favorable nurturing care

- environments. *Public Health*. 2024 Jul 22;235:33-41. doi: 10.1016/j.puhe.2024.06.030. Epub ahead of print. PMID: 39043006
7. Roberts D, Jackson L, Davie P, et al. Exploring the reasons why mothers do not breastfeed, to inform and enable better support. *Front Glob women's Heal*. 2023;4:1-7. doi:10.3389/fgwh.2023.1148719.
 8. Alves TR de M, Silva GW dos S, Lopes TRG, Santos JLG dos, Temoteo RC de A, Miranda FAN de, et al. Experiences of mothers with early weaning: a grounded theory. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2023; 44:e20220290. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220290.en>
 9. Leeming D, Marshall J, Hinsliff S. Self-conscious emotions and breastfeeding support: A focused synthesis of UK qualitative research. *Matern Child Nutr*. 2022 Jan;18(1):e13270. doi: 10.1111/mcn.13270. Epub 2021 Oct 15. PMID: 34651437; PMCID: PMC8710115.
 10. Scorupski RM, Ravelli APX, Baier L de CD, Skupien SV, Paula PP de, Amaral I do, Cabral LPA, Panassol MRC. Rede de Apoio ao Aleitamento Materno: percepções de puérperas/Breastfeeding Support Network: puerperal perceptions. *Braz. J. Develop*. 6(10):77654-69. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18173>
 11. Prates LA, Schmalfuss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2015;19(2):310-5. <https://doi.org/10.5935/14148145.20150042>
 12. Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Rede de Apoio faz diferença no aleitamento materno? 2023. Disponível: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/redede-apoio-faz-diferenca-no-aleitamento-materno>
 13. Lojander J, Axelin A, Niela-Vilén H. "Breastfeeding exclusivity, difficulties, and support in the first days after hospital discharge: A correlational study." *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology [Internet]*. 2024 May [cited 2024 Jul 13];296:76-82. Available from: <https://search-ebshost-com.ez88.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=176611902&lang=pt-br&site=ehost-live>
 14. Yang Z, Ding Y, Song S, Zhang Y, Li A, Su M, Xu Y. Factors Affecting the Breastfeeding Duration of Infants and Young Children in China: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2023 Mar 10;15(6):1353. doi: 10.3390/nu15061353. PMID: 36986082; PMCID: PMC10051738
 15. Santos APS, Lamy ZC, Koser ME, Gomes CMRP, Costa BM, Gonçalves LLM. Contato pele a pele e amamentação no momento do parto: desejos, expectativas e experiências de mulheres. *Rev. paul. pediatri [internet]*. 40, 2022. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>
 16. Brasil. Caderno Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2014. Available from: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
 17. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev. bras. enferm. [Internet]*. 2014; 67(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>.
 18. Góes FGB, Ledo BC, Santos AST, Bastos MPC, Silva ACSS, Pereira-Ávila FMV. Boas práticas no cuidado ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto: revisão integrativa [internet]. 2021 jan/dez; 13:899-906. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9611>. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9611>.
 19. Lyons GC, Kay MC, Duke NN, Bian A, Schilderout JS, Perrin EM, Rothman RL, Yin HS, Sanders LM, Flower KB, Delamater AM, Heerman WJ. Social Support and Breastfeeding Outcomes Among a Racially and Ethnically Diverse Population. *Am J Prev Med*. 2023 Mar;64(3):352-360. doi: 10.1016/j.amepre.2022.10.002. Epub 2022 Nov 30. PMID: 36460526; PMCID: PMC9974778.
 20. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: a systematic review. *Midwifery*. 2023; 118:103579. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103579