

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

“Determinantes do aleitamento materno: da intenção à primeira hora de vida”

por

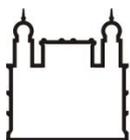
Carolina Perim de Faria

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutora em Ciências na área de
Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Granado Nogueira da Gama

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Couto de Oliveira

**Rio de Janeiro
Maio de 2013**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

Esta tese, intitulada

**“Determinantes do aleitamento materno:
da intenção à primeira hora de vida”**

Apresentada por

Carolina Perim de Faria

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /ENSP – Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ para obtenção do título de Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Granado Nogueira da Gama

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Inês Couto de Oliveira

**Rio de Janeiro
Maio de 2013**

Carolina Perim de Faria

**“Determinantes do aleitamento materno:
da intenção à primeira hora de vida”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /ENSP – Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública, julgada e aprovada pela banca examinadora.

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2013

Dr^a. Silvana Granado Nogueira da Gama

Dr^a. Maria Inês Couto de Oliveira

Dr^a. Maria do Carmo Leal

Dr^a. Leticia de Oliveira Cardoso

Dr^a. Maria Del Carmen Bisi Molina

Dr. Cristiano Siqueira Boccolini

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente às minhas orientadoras, Profa. Dra Silvana Granado Nogueira da Gama e Profa. Dra. Maria Inês Couto de Oliveira por me apoiarem nessa empreitada, provendo auxílio essencial e irrestrito para a execução desta tese.

Agradeço aos pesquisadores: Ana Paula Esteves e Cristiano Boccolini pelas valiosas informações e apoio com as mais diversas e insistentes dúvidas que me ocorreram no decorrer deste trabalho.

Agradeço à banca que se dispôs a dedicar seu tempo e compartilhar seu conhecimento para o desenvolvimento da versão final de minha tese. Agradeço à equipe da SECA-ENSP, especialmente ao Fábio, pelo suporte.

Por fim, agradeço aos colegas de trabalho da Universidade Federal do Espírito Santo pelo apoio e compreensão e, finalmente, à minha família e ao Thiago pelo suporte incondicional e constante em todos os meus (diversos) objetivos de vida.

RESUMO

FARIA, C. P. **Determinantes do aleitamento materno: da intenção à primeira hora de vida.** 2013. 169f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

Trata-se de tese apresentada sob a forma de dois artigos científicos abordando o tema de aleitamento materno como premissa para obtenção de título de Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ. Os artigos apresentados têm como objetivo identificar a prevalência e os determinantes da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida e do aleitamento materno na primeira hora de vida em amostra de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios de Queimados e Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro Brasil. A confecção dos artigos da tese se deu utilizando banco de dados de um estudo de base denominado “Capital Social e Fatores Psicossociais Associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer” realizado nos anos de 2008 e 2009 com desenho longitudinal clássico. O recorte utilizado para identificação de desfechos e fatores associados caracteriza os estudos realizados com estudos de Follow-up de prevalência, nos quais se tem um desfecho medido sob a forma de prevalência e variáveis independentes colhidas de modo longitudinal. Os manuscritos apresentados foram elaborados utilizando dados da pesquisa de base, para os quais foram retidas 80,9 e 74,8% da amostra inicial da pesquisa de base para o primeiro e segundo artigos respectivamente. Ambos os desfechos de interesse foram coletados durante a entrevista de pós-parto imediato. Os resultados obtidos no primeiro artigo: Determinantes da Intenção de Amamentar Exclusivamente até os Seis Meses de Vida demonstram associação negativa entre múltiparas e uma expressiva associação positiva entre qualidade e adequação do pré-natal e rotinas hospitalares, especialmente o alojamento conjunto, classe social mais elevada e a intenção de amamentar exclusivamente até o sexto mês. O segundo artigo: Timely initiation of breastfeeding: How influential are hospital's routines? Corrobora com os resultados do primeiro artigo, enfatizando o importante papel das rotinas hospitalares, observado via associação negativa do desfecho com o parto cesariano positiva com alojamento conjunto e contato precoce pele-a-pele e mais baixos escores de adequação do pré-natal. Além das rotinas hospitalares, classe social mais alta e prematuridade apresentaram associação negativa com iniciação do aleitamento materno durante a primeira hora de vida. Pode-se concluir que, na amostra estudada, fatores considerados modificáveis representam papel protagonista na determinação da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e na iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida, demonstrando que ações e intervenções bem planejadas e adequadas às especificidades de cada população, focadas justamente nos fatores que são passíveis de modificação, têm melhor potencial para obter resultados expressivos na melhora dos indicadores de aleitamento materno no Brasil.

Palavras chave: Aleitamento materno, Cuidado Pré-Natal, Serviços de Saúde, Fatores Epidemiológicos.

ABSTRACT

FARIA, C. P. **Determinants of Breastfeeding: from the intention into the first hour.** 2013. 169f. Thesis (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

This thesis is presented in the form of two papers addressing the topic of breastfeeding as a premise to obtain the title of PhD in Epidemiology in Public Health from National School of Public Health Sergio Arouca - FIOCRUZ. The articles presented are intended to determine the prevalence and identify the determinants of the intention to breastfeed exclusively up to six months of life and breastfeeding in the first hour of life in a sample of Brazilian Public Health System's (SUS) users from cities named Queimados and Petrópolis, Rio de Janeiro State, Brazil. The manufacture of articles of the thesis was performed using a database from a larger study called "Social Capital and Psychosocial Factors Associated with Preterm and Low Birth Weight" carried out in 2008 and 2009, with a classic longitudinal design. The study design chosen to address the objectives of the two papers is defined as a hybrid study: prevalence follow-up; in which an outcome is measured as prevalence and independent variables collected longitudinally. Both outcomes were measured during the immediate post-partum period: Timely initiation of breastfeeding and maternal referred intent to exclusive breastfeed until the sixth month of life. The manuscripts presented on this thesis were developed using data from the larger study, for which 80.9 and 74.8% of the initial sample size were retained for manuscripts one and two respectively. The results obtained in the first article: Determinants of Intent to Breastfeed Exclusively during the first six months of life showed a significant negative association between being multiparous and a positive association between quality and adequacy of prenatal care and hospital routines, especially rooming-in care and higher economic class and the studied outcome. The second article was named: Timely initiation of breastfeeding: How influential are the hospital's routines? Its results corroborate with the ones of the first article, emphasizing the important role played by hospital routines, which was observed through the outcome's negative association with c-section births and positive association with rooming-in care, early mother-child skin contact and lower scores of prenatal adequacy. Also, higher economic class and preterm birth presented a negative association with the initiation of breastfeeding within the first hour of life. It can be concluded that, in our sample, factors considered modifiable represent a leading role in determining the intent to breastfeed exclusively for six months and timely breastfeeding initiation; thus demonstrating that actions and interventions planned and well suited to the specificities of each population, rightly focused on the factors that are modifiable, have the potential to achieve significant results in improving breastfeeding indicators in Brazil.

Keywords: Breastfeeding, Prenatal Care, Health Services, Epidemiologic Factors.

LISTA ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação esquemática da Theory of Planned Behaviour

Figura 2: Mapa político e administrativo do Estado do Rio de Janeiro.

Figura 3: Modelo de determinação social de saúde de Dahlgren e Whitehead.

Figura 4: Modelo de mediação dos determinantes da Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.

Figura 5: Modelo hierárquico simplificado de análise dos determinantes da Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.

Figura 6: Modelo de mediação dos determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.

Figura 7: Modelo de determinação do aleitamento materno na primeira hora de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fluxograma de composição da amostra final em Queimados e Petrópolis, RJ.

LISTA DE ABREVIACÕES

SUS – Sistema nico de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

DNCR – Departamento Nacional da Saúde da Criança

REMS – Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

BLH - Bancos de Leite Humano

IHAC - Iniciativa do Hospital Amigo da Criança

MS – Ministério da Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

SESRJ - Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro

IUBAAM - Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMP – Aleitamento Materno Predominante

AMC – Aleitamento Materno Complementado

NSCH - *National Survey of Children’s Health*

WABA - *World Alliance for Breastfeeding Action*

WBW – World Breastfeeding Week

BENFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil

TPB – *Theory of Planned Behavior*

CEP – Comitê de tica em Pesquisa

RJ – Rio de Janeiro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – ndice de Desenvolvimento Humano

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ANEP – Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

SPSS – Statistical Package for Social Science

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	10
2	INTRODUÇÃO.....	12
2.1	Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno.....	15
2.2	Definições e Recomendações de Aleitamento Materno.....	21
2.3	Prevalência e Duração do Aleitamento Materno.....	24
2.4	Intenção de Amamentar.....	28
3	JUSTIFICATIVA.....	34
4	OBJETIVOS.....	36
4.1	Objetivo Geral.....	36
4.2	Objetivos Específicos.....	36
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
5.1	Artigo 1.....	42
5.1.1	<i>Tipo de Estudo.....</i>	42
5.1.2	<i>Amostra.....</i>	42
5.1.3	<i>Variáveis do Estudo.....</i>	43
5.1.3.1	<i>Variável Dependente.....</i>	43
5.1.3.2	<i>Variáveis Independentes.....</i>	43
5.1.4	<i>Análise Estatística.....</i>	46
5.2	Artigo 2.....	51
5.2.1	<i>Tipo de Estudo.....</i>	51
5.2.2	<i>Amostra.....</i>	51
5.2.3	<i>Variáveis do Estudo.....</i>	52
5.2.3.1	<i>Variável Dependente.....</i>	52
5.2.3.2	<i>Variáveis Independentes.....</i>	52
5.2.4	<i>Análise Estatística.....</i>	55
6	RESULTADOS.....	59
6.1	Manuscrito 1.....	60
6.2	Manuscrito 2.....	84
7	CONCLUSÃO.....	105
8	FINANCIAMENTO.....	108
9	REFERÊNCIAS.....	109
10	ANEXOS.....	120

1. APRESENTAÇÃO

A linha de pesquisa em Saúde Materno-Infantil vem se inserindo em minha formação acadêmica desde seu início, ainda na Graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto. Desde então, dentre os projetos de pesquisa dos quais participei, venho desenvolvendo trabalhos focados nestes grupos populacionais.

Minha trajetória acadêmica perpassa trabalhos objetivando a realização de avaliação nutricional e de saúde de escolares residentes em Vitória, Espírito Santo, de determinantes de catch-up growth em lactentes, e finalmente a avaliação do aleitamento materno em grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em todos os trabalhos realizados anteriormente, assim como nas revisões de literatura realizadas sobre o tema, pude observar uma expressiva associação entre o aleitamento materno, em suas diferentes caracterizações, com diversos desfechos de interesse na área da saúde materna e infantil; seja associando-se com o estado nutricional na infância (ou mesmo na vida adulta), com o padrão de crescimento nos primeiros meses de vida, com os benefícios para as nutrizes e até mesmo com questões relacionadas ao financiamento dos serviços de saúde.

Assim sendo, nessa etapa de minha formação, optei por buscar compreender o processo de determinação da intenção de amamentar e do aleitamento materno na primeira hora de vida, uma vez que seu papel no desenvolvimento físico e antropométrico e nos processos saúde-doença do grupo materno e infantil é indiscutível e amplamente estudado e divulgado na comunidade científica.

O presente trabalho consiste em tese de Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública baseada na análise dos determinantes da intenção de amamentar exclusivamente até o 6º mês de vida, duração preconizada como parte da recomendação atual do Ministério da Saúde do Brasil, e da iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida em uma amostra de puérperas usuárias do SUS domiciliadas nos municípios de Queimados e Petrópolis no Rio de Janeiro.

O estudo que deu origem ao banco de dados utilizado nos trabalhos apresentados posteriormente nessa tese foi denominado “Capital Social e Fatores Psicossociais

Associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer” sendo realizado entre os anos de ‘2008 e 2009 pelo grupo de estudos Saúde Da Mulher, Da Criança E Do Adolescente-Determinantes Sociais, Epidemiologia E Avaliação De Políticas, Programas E Serviços coordenado pela Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Leal da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

2. INTRODUÇÃO

Sob uma visão reducionista, o aleitamento materno é considerado um ato natural para todos os seres vivos mamíferos, havendo poucas situações em que o mesmo torna-se inviável. Por milhares de anos, diversas espécies garantiram a nutrição e conseqüentemente a sua sobrevivência por meio da amamentação. (STUART-MACADAM; DETTWYLER, 1995).

Contudo, a evolução das espécies não se limita somente aos aspectos biofisiológicos, tendo impacto expressivo nas organizações sociais, que por sua vez, muito mais que a própria determinação biológica, é responsável pela definição de novos padrões de comportamento. O aleitamento materno pode ser incluído em um grupo de padrões comportamentais sobre os quais as novas/velhas organizações sociais vêm, ao longo dos últimos séculos, exercendo importantes influências. (WELLS, 2006; ALMEIDA; NOVAK, 1999).

O Ato de amamentar não é somente biologicamente determinado, ele é socioculturalmente condicionado, sendo que o condicionamento sociocultural tende a se sobrepor à determinação biológica. Pode-se concluir que o ato de amamentar varia em função do tempo e do lugar e obedece a determinações não somente biológicas como também (e principalmente) sociais e econômicas. (WELLS, 2006; ALMEIDA; NOVAK, 1999; ICHISATO; SHIMO, 2002).

Há indícios de que a civilização humana venha interferindo na prática do aleitamento materno desde a antiguidade. A presença de objetos semelhantes a mamadeiras, datada de 4.000 a.C, foi identificada em áreas que hoje correspondem à Grécia e Itália; também há relatos de desenhos que descrevem sinais de uso de mamadeiras no ano de 888 a.C em ruínas do Egito, além das representações mitológicas de Rômulo e Remo sendo amamentados por uma loba e Zeus por uma cabra, reforçam as evidências para tais afirmações. (REA, 1990; FILDES, 1986).

Tome-se como exemplo a população indígena brasileira por volta do ano 1500; sendo caracterizada como uma população de caçadores coletores cuja única forma de alimentação de seus bebês era o aleitamento materno. (WELLS, 2006). Silva (1990) sugere

que entre essas populações a evolução natural da alimentação das crianças seguia o desenvolvimento físico dos mesmos em relação à marcha. Enquanto ainda restritos ao colo da mãe alimentavam-se apenas com leite materno e à medida que iniciavam a deambulação sua alimentação era gradualmente adaptada ao padrão alimentar familiar, tendo o aleitamento materno duração superior a 2 anos.

Documentos dos séculos XVI e XVII, que tratavam especificamente dos indígenas da etnia Tupinambá, indicam que as nutrizes carregavam seus filhos em tipoias durante um período de aproximadamente um ano e meio, período durante o qual praticavam o aleitamento materno concomitantemente às demais atividades características da mulher indígena. (RAMINELLI, 1997).

Segundo Badinter (1985), a França foi o primeiro país europeu a confiar os filhos às amas de leite; esse comportamento baseava-se no fato de que, no início do século XVII as crianças eram tidas como “símbolo da força do mal, um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original” sendo frequentemente tidas como um estorvo e o ato de amamentar visto como uma prática de desclassificação social, um ato animalesco e até mesmo um atentado à sexualidade das mulheres que restringiria seu prazer sexual.

Esse comportamento foi amplamente difundido na Europa, alcançando diversos povos e países dentre eles Portugal, que por sua vez, semelhantemente aos franceses adotou a prática de utilização de amas de leite/saloias para amamentação de crianças. Tal interferência na prática do aleitamento materno ocorreu em um momento em que o chamado “amor materno” não se apresentava imbuído de significados/valoração sociais e morais positivos, tornando a atividade da amamentação pouco comum entre mulheres de origem social elevada, comportamento este prontamente mimetizado por classes mais baixas como forma de distinção social. (BADINTER, 1985).

Dessa forma, os colonizadores portugueses apresentaram ao Brasil o hábito da amamentação cruzada, iniciando um processo que perdurou por séculos, evoluindo para a chamada amamentação mercenária e posteriormente até o uso indiscriminado de fórmulas industrializadas na alimentação de recém-nascidos. (ALMEIDA; NOVAK, 1999).

A prática da interrupção precoce do aleitamento materno ou mesmo da não amamentação se firmou nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento de tal forma

que se tornou praticamente um padrão de comportamento, sendo justificada e recomendada sem discriminação, caracterizando a chamada “cultura da mamadeira”.

São diversos os motivos para a desvalorização e redução na prática do aleitamento materno, tanto no Brasil como no restante do mundo, entre o início do século até meados da década de 70; salienta-se entre eles o desenvolvimento de fórmulas artificiais para substituição do leite materno, apresentadas como substitutos perfeitos do leite materno, práticos, de fácil preparo e conservação e boa digestibilidade. O desenvolvimento destes produtos associado às impositivas campanhas de marketing comercial dos mesmos, o investimento na formação de médicos pediatras que adotassem o uso dos substitutos do leite materno, e o notório desinteresse generalizado dos profissionais de saúde pela amamentação, refletido nas rotinas alimentares estabelecidas nas maternidades, foram influências importantes para o decréscimo da prática do aleitamento materno observado até a década de 70. (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Além do desenvolvimento dos leites artificiais, o novo papel da mulher na sociedade, definido por sua entrada progressiva no mercado de trabalho, também apresentou papel relevante na evolução negativa da prevalência e duração do aleitamento materno; evolução essa igualmente influenciada pelo culto ao corpo, pela crença de que a amamentação deixaria os seios flácidos, pelas alterações na constituição das famílias para um modelo nuclear (mãe, pai e filho), pela popularização das mamadeiras e bicos e pelo desenvolvimento de técnicas de refrigeração e esterilização, que seriam capazes de garantir qualidade microbiológica de substitutos do leite materno, contribuíram para o apogeu do aleitamento artificial. (ICHISATO E SHIMO, 2002).

Com o passar dos anos e a evolução da agenda de saúde pública mundial, cada vez mais alarmada com os níveis altíssimos de desnutrição e mortalidade infantil observados em diversas áreas do mundo, inclusive no Brasil, buscou-se formas de identificar ações e comportamento que pudessem ser aplicados à prevenção da mortalidade infantil. Dentre as ações identificadas, destaca-se a implantação do sistema de saneamento básico/tratamento de água e esgoto, a ampla cobertura vacinal e principalmente a prática do aleitamento materno, que se constitui como a mais exequível e barata forma de prevenção da mortalidade infantil no mundo (JONES et al., 2003).

Neste momento, a duração insuficiente do aleitamento materno seja ele exclusivo ou complementado ou mesmo sua não iniciação passou a receber mais atenção dos gestores em saúde pública e pesquisadores. (ALMEIDA, 1999).

As próximas seções da tese apresentam uma sucinta revisão sobre a evolução dos Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno, a Padronização de Nomenclatura e as Recomendações sobre o tema e finalmente sobre a Evolução dos Indicadores de Aleitamento Materno no Brasil e no Mundo.

2.1 Programas de incentivo ao Aleitamento Materno

Santos Neto et al. (2008) citam o século XVIII como o momento em que as mudanças econômicas e sociais ocorridas na Europa, associadas ao nascimento da medicina social produziram as primeiras políticas sociais voltadas ao controle social, cujas bases eram a higiene, a infância e a medicalização da família.

Neste período, os esforços realizados em prol da saúde pública, especificamente da saúde materna e infantil estavam focados na reprodução da força de trabalho; sob a ótica da demanda pela perpetuação da mesma para manutenção do corpo social produtivo, necessário ao modelo de capitalismo burguês observado à época. Dessa forma, a saúde materna e infantil passa a responder às necessidades e interesses do capitalismo e encontra-se sob o controle do estado. (SANTOS NETO et al., 2008; FOUCAULT, 1984).

No Brasil especificamente, a proteção da saúde materna e infantil começou a ser abordada por políticas públicas por volta da década de 1920 com a reforma sanitária de Carlos Chagas, sendo que suas estratégias, conceitos e desenvolvimento vêm se alterando com o passar das décadas. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Entre as décadas de 20 e 40, as ações estatais voltadas para a saúde materna e infantil eram definidas como programas verticais focados apenas na dimensão biológica da saúde, tendo como base as ações tecnicistas essencialmente baseadas nos cuidados médicos individualizados. Apenas na década de 40 surgiu o primeiro órgão governamental voltado somente para a saúde materna e infantil: O Departamento Nacional da Saúde da Criança (DNCR). A lei nº 2.024 de 1940 em seu artigo primeiro versa sobre a organização do DNCR:

Art. 1º Será organizada, em todo o país, a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida. (BRASIL, 1940)

A partir da criação do DNCR, passando pelo desmembramento do Ministério da Saúde do Ministério da Educação em 1953, até o golpe militar e a instituição do Regime Militar no Brasil em 1964, as ações de saúde materna e infantil tinham, como descrevem Nagahama e Santiago (2005), a função de “garantir braços fortes para a nação” (p.652). O DNCR foi extinto em 1969, época em que a prioridade das ações estatais passou a ser o combate às moléstias endêmicas rurais.

Pode-se concluir que as políticas públicas de saúde materno-infantil, até os anos 70 pouco atentavam para a importância do Aleitamento Materno, que por sua vez apresentava prevalências cada vez mais baixas e impacto social imenso, especialmente no que diz respeito à mortalidade infantil.

Durante o período da ditadura militar no Brasil (1964-1985), especialmente após os anos 70, mediada pelos primeiros estudos populacionais sobre a prevalência do aleitamento materno no país, vê-se a ressurgência do tópico aleitamento materno nas discussões sobre saúde materno-infantil. Pode-se destacar, nesse período, as Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil de 1971 que previam programas de assistência ao parto, puerpério e gravidez de alto risco, o acompanhamento de crianças com idades entre 0 e 4 anos e o estímulo ao aleitamento materno e nutrição. (BRASIL, 1971).

Em 1972 ocorreu a III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas (REMS) em Santiago/Chile cujo resultado foi a confecção do Plano Decenal de Saúde para as Américas, que por sua vez influenciou na definição da Saúde Materno-Infantil como área programática do planejamento em saúde brasileiro. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). O Brasil, como país membro da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e

Organização Mundial da Saúde (OMS) não poderia se esquivar das propostas e recomendações da III REMS, que dessa forma, podem ser contabilizadas como motrizes das políticas públicas de saúde materna e infantil que se materializariam no país a partir de 1972.

Em 1974 observa-se a criação do Programa de Assistência Materno-Infantil que definia gestantes, lactentes e crianças como um grupo vulnerável que demandava programas sistemáticos, coordenados e integrais. Assim, em 1975 surge o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), focado em mulheres em idade fértil, lactentes e crianças.

O PSMI descrevia como ação de controle da saúde de crianças menores de 5 anos a promoção do aleitamento materno e a prevenção ao desmame precoce muito embora apresentasse como objetivos o aumento da cobertura da assistência materna e infantil e a suplementação alimentar desse grupo. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; BRASIL, 1975).

O marco para a promoção do aleitamento materno no Brasil se deu em 1981, uma vez que nesse ano, substanciado pelos avanços no conhecimento científico em relação à primazia do aleitamento materno sobre o uso de fórmulas, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e se iniciou uma nova fase de valorização e estimulação dessa prática. O PNIAM recebeu destaque internacional pela ampla gama de ações propostas, estas por sua vez, perpassavam campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, publicação de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno e criação de leis protetoras do aleitamento materno dentre outras, reforçando assim o papel de destaque do aleitamento materno como determinante de saúde. (ALMEIDA, 1999; VINAGRE et al., 2001; REA, 2003; SOUZA et al., 2010).

Desde então se observou grande evolução das políticas e ações nacionais voltadas para a promoção do aleitamento materno no Brasil. Essa evolução ocorreu como consequência dos avanços científicos e da produção de conhecimento sobre o assunto, que por sua vez foram os catalisadores do comprometimento do governo brasileiro com a promoção da saúde deste grupo específico. Dentre os compromissos públicos assumidos pelo Brasil estão a Declaração de Innocenti (1990), a Declaração do Milênio (2000), o

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), o Pacto pela Vida (2006), o PAC-SAÚDE Mais Saúde (2008) dentre outros. (TOMA, 2011).

Além destas, destaca-se a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância aprovada na 55ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS (2002), cujas metas descritas a seguir são forte influência para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno:

- Nomear coordenador nacional para o aleitamento materno e estabelecer um comitê nacional multissetorial;
- Garantir que todas as maternidades incorporem os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- Efetivar os princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções posteriores da Assembléia Mundial de Saúde;
- Aprovar legislação inovadora para proteger o direito de amamentar das mulheres que trabalham fora de casa;
- Desenvolver, implementar, monitorar e avaliar uma política abrangente sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância;
- Garantir a promoção e apoio à amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e a continuidade da amamentação até os 2 anos ou mais;
- Promover a alimentação complementar oportuna, adequada, segura e apropriada;
- Proporcionar orientação e apoio para a alimentação apropriada das crianças em situação excepcionalmente difícil;
- Considerar as necessidades de nova legislação ou outras medidas para efetivar os princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções posteriores da Assembléia Mundial de Saúde.

Atualmente, a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno organiza-se sobre um eixo central de gestão e articulação política, e se utiliza de estratégias focadas na instalação de bancos de leite, proteção legal ao aleitamento materno, atenção hospitalar, atenção básica, divulgação/campanhas/educação em saúde e monitoramento, dentre as quais devem ser destacadas:

A criação do novo modelo e o estabelecimento do projeto da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) em 1998 como uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz; (FIOCRUZ, 2013).

O aumento da licença maternidade de 4 meses, garantido inicialmente pelo artigo 5º, inciso XVIII da Constituição Federal de 1988, para 6 meses em consonância com a Lei Federal nº 11.770 de 2008 que incentiva empresas a adotarem a licença maternidade de 180 dias mediante a concessão de incentivos fiscais. Essa lei juntamente com o incentivo à criação de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas vem ao encontro da recomendação da OMS e do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1988; BRASIL, 2008).

A Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991 pela OMS/UNICEF e focada na mudança das práticas e rotinas de atenção a mães e bebês nos serviços de maternidade via implantação dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno; (BRASIL, 2011).

A Adoção do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno em sua totalidade com a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes em 1988 e posteriormente a Lei 11.625 em 2006 que regulamenta a fabricação, comercialização, distribuição e recomendação de uso de fórmulas infantis para lactentes e de seguimento, fórmulas para recém-nascidos de alto risco, leites de origem vegetal, alimentos de transição, alimentos à base de cereais para lactentes e 1ª infância, mamadeiras, bicos e protetores de mamilo; (BRASIL, 2006).

A obrigatoriedade do alojamento conjunto definida na portaria nº 1016/MS, sendo uma revisão e atualização da resolução nº 18 de 1983 do Ministério da Saúde que versava sobre a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades próprias, contratadas e conveniadas ao extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). (BRASIL, 1993)

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru) foi implantada em 2000 como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo-peso, visando a melhora do prognóstico, acompanhamento da evolução de seu desenvolvimento físico e psíquico e identificação da necessidade de acompanhamento especializado; (BRASIL, 2009).

A criação da Rede Amamenta Brasil em 2008 que visa incentivar o aleitamento materno na atenção básica via disseminação de conhecimento e formação integral de recursos humanos em saúde para que estes sejam agentes promotores da amamentação em todo o território nacional; (BRASIL, 2009).

As ações de mobilização social como a comemoração da Semana Mundial da Amamentação, que em 2012 teve como tema no Brasil: Amamentar hoje é pensar no futuro, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano em primeiro de outubro; (BELOMO et al., 2010).

O monitoramento das ações e das práticas de aleitamento materno no país por meio de financiamento às pesquisas locais e inquéritos nacionais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher e as Pesquisas de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. (BELOMO et al., 2010). Além das iniciativas nacionais, deve-se ressaltar o lançamento pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ) da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) em 1999 visando estimular e instrumentalizar a rede básica de saúde para implantar uma série de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de pré-natal e de pediatria do estado. (OLIVEIRA et al., 2005).

A evolução das políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil, por meio da criação, implantação e revisão das estratégias adotadas, certamente representa um papel central na evolução positiva na incidência e duração do aleitamento materno observadas no país a partir da década de 70. Contudo, ainda há sérios obstáculos a serem transpostos para que se possam atingir as metas da OMS e do MS para aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado por 24 meses ou mais (VENANCIO; MONTEIRO, 1998).

Um dos obstáculos mais importantes, sendo o Brasil um país que adotou um modelo capitalista de desenvolvimento baseado na desigualdade social e econômica, é a desigualdade em saúde; resultado do comprometimento no acesso à saúde e suas consequências, dentre elas a heterogeneidade de respostas obtidas de diferentes grupos pelas ações e programas em saúde desenvolvidos. (FERREIRA; LATORRE, 2012).

Tal heterogeneidade de resultados advém da pluralidade de características da população brasileira, não circunscrita somente a questões geográficas, mas também

culturais, religiosas, educacionais, sociais e econômicas. Pluralidade esta que demanda a adequação e diferenciação das ações e programas de saúde, para que os mesmos sejam capazes de romper com as barreiras da desigualdade em saúde.

2.2 Definições e Recomendações de Aleitamento Materno

A maior produção científica sobre o aleitamento materno nas últimas décadas, além de embasar as estratégias de promoção, proteção e apoio ao mesmo também favoreceu a padronização das definições em suas diferentes caracterizações. Em 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o aleitamento materno conforme as diferentes categorias: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991).

- Aleitamento materno (AM): a criança recebe leite humano, seja ele amamentado ou ordenhado.
- Aleitamento materno exclusivo (AME): a criança não recebe qualquer outro líquido que não o leite humano (amamentado ou ordenhado) ou gotas e xaropes contendo vitaminas, minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante (AMP): a criança recebe o leite materno (como principal fonte de nutrição) e pequenas quantidades de água, sucos ou outras bebidas à base de água, além de soluções de reidratação oral, xaropes e gotas de vitaminas, minerais e medicamentos.
- Aleitamento materno complementado (AMC): a criança recebe leite humano e outros alimentos líquidos (incluindo leite não-humano), semissólidos e sólidos.

Tal iniciativa auxiliou na padronização internacional da nomenclatura e definição das diferentes classificações do aleitamento materno. Tal nomenclatura, posteriormente foi utilizada para a redação das recomendações de diversas entidades dentre elas a OMS (2003) e o Ministério da Saúde do Brasil (2002), e vem sendo amplamente utilizada na literatura científica mundial, tornando mais fácil a comparação entre diferentes estudos.

As recomendações atuais para o aleitamento materno no Brasil seguem as diretrizes internacionais e preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o complementado até os 24 meses ou mais (BRASIL, 2002); tais recomendações foram

fortemente influenciadas pela revisão sistemática realizada por Kramer e Kakuma (2002), que discorre sobre a duração ideal do aleitamento materno exclusivo.

Dentre os fatores ressaltados por Kramer e Kakuma (2002), destaca-se que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida diminui as taxas de infecção gastrointestinal, favorece a perda de peso pós-gestacional mais rapidamente e provê substrato para crescimento físico adequado dos bebês além de retardar o retorno da menstruação no período pós-parto funcionando como método contraceptivo.

Outros benefícios do aleitamento materno para os lactentes, embora alguns ainda sejam discutidos em decorrência dos achados inconsistentes, são descritos na literatura internacional, dentre eles a associação com inteligência e melhor desempenho escolar descrita por Hortal et al. (2007), a proteção contra doenças respiratórias (QUIGLEY ET AL., 2007; BOCCOLINI et al., 2011; CHANTRY ET AL., 2006; DUIJTS et al., 2010) e enterocolite necrotizante (LUCAS; COLE, 1990), o estreitamento do vínculo entre mãe e filho (GIUGLIANI, 1994), além da proteção em longo prazo contra outros agravos como o diabetes (KRAMER, 2010; GOUVIERI et al., 2011) e a obesidade (KRAMER, 2010; AMIR; DONATH, 2007; MONASTA et al., 2010) incidentes ao longo da vida.

No que se refere aos benefícios do aleitamento materno para as nutrizes, alguns são conhecidos desde a década de 90 destacando-se a proteção contra o câncer de ovário (GWINN et al., 1990; WHITTMORE et al., 1992) e o câncer de mama. (KELSEY et al., 1993). Outro fator importante é o custo financeiro aumentado relativo ao uso de fórmulas artificiais em substituição ao leite materno. Araújo et al. (2004), em artigo no qual compara-se o custo da complementação alimentar da nutriz carente em relação ao custo de alimentação do recém nascido com fórmula ou leite de vaca tipo C, concluiu que a primeira opção, além de relacionar-se com ganhos em saúde e qualidade de vida tanto para nutriz quanto para o lactente, é economicamente mais viável. (GIUGLIANI, 1994; KRAMER, 2010).

Embora amplamente estudado e fortemente recomendado, o aleitamento materno, seja ele exclusivo ou complementado, ainda apresenta duração aquém das recomendações em todo o mundo.

Não há estudos de representatividade nacional com populações sadias que descrevam as prevalências de aleitamento materno no Brasil em décadas anteriores aos

anos 70; contudo, Rea (2003) acredita que durante essa década as referidas prevalências tenham alcançado seus valores mais baixos.

Dados do último inquérito nacional sobre Saúde da Mulher e da Criança apresentados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 demonstram que 96,4% das crianças estudadas receberam o leite materno em algum momento da vida, contudo, apenas 43% das crianças foram amamentadas na primeira hora após o parto e 39,6% foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida. (BRASIL, 2008). Se comparados com os dados de 1974-75, houve incremento importante na duração média do aleitamento materno no Brasil, que passou de 2,5 meses em 1974-75 para 14 meses em 2006-07. (BRASIL, 2008; IBGE/UNICEF, 1982).

Victora et al. (2011), em artigo publicado em 2011 sobre os progressos e desafios da saúde materno-infantil no Brasil, creditam esta evolução, em parte, aos importantes programas verticais de incentivo ao aleitamento materno e à saúde infantil iniciados nos anos 80, período em que estes tópicos tornaram-se mais expressivos na agenda de saúde pública nacional e também às mudanças ocorridas em determinantes como aumento da urbanização, menores taxas de fecundidade e fatores socioeconômicos e demográficos.

Dados compilados por Lauer et al. (2004) de estudos representativos realizados em 94 países em desenvolvimento demonstram que entre crianças com idade até 6 meses de vida, a prevalência de aleitamento materno exclusivo era de, em média 39%, sendo que 5,6% das crianças não recebiam leite materno. Já o aleitamento materno complementado apresentou prevalências de 86% para crianças entre 6 e 11 meses e 68% para crianças com idades entre 12 e 23 meses.

As prevalências apresentadas por Lauer et al. (2004) para países em desenvolvimento se mostravam dissonantes da realidade de países desenvolvidos. Nos EUA, dados do National Survey of Children's Health (NSCH) de 2007 demonstram que aproximadamente 75% das crianças são amamentadas em algum momento da vida e apenas 16,8% das crianças receberam apenas o leite materno até os seis meses de vida. (JONES et al., 2011).

O conhecimento do modelo de determinação e dos fatores associados ao aleitamento materno em suas diferentes caracterizações, desde a intenção até a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e do complementado por 24 meses ou

mais é de extrema importância para que ações e programas de incentivo sejam capazes de alcançar o público desejado com eficiência e, conseqüentemente, gerar mudanças nas práticas de alimentação de crianças em nosso país.

Vários fatores, mutáveis ou imutáveis, são associados à iniciação e manutenção do aleitamento materno na literatura científica; os modelos de determinação das diferentes categorias de aleitamento materno abordadas nesta tese serão discutidos individualmente nas próximas subseções deste trabalho.

2.3 Prevalência e Duração do Aleitamento Materno

O aleitamento materno tendo sua iniciação na primeira hora de vida associado à duração do aleitamento exclusivo e introdução de alimentos complementares adequados ao consenso internacional possui potencial para reduzir em 13% a mortalidade na infância (<5 anos); sendo que o aleitamento materno na primeira hora de vida apresenta impacto ainda mais expressivo nas taxas de mortalidade neonatal (redução de aproximadamente 20%). (JONES et al., 2003).

Em consonância com os achados acima estão os resultados de um estudo realizado em Gana por Edmond et al. (2006) que descrevem redução de 16,3% das mortes neonatais mediadas pela amamentação desde o primeiro dia de vida, sendo que quando iniciado na primeira hora de vida, o aleitamento materno tem potencial para reduzir em 22,3% a mortalidade neonatal.

Oddy (2013) citando dados analisados por Boccolini et al (2013), relata que dados de um estudo ecológico que utilizou amostras populacionais de 67 países, descrevem que a prática do aleitamento materno na primeira hora de vida foi significativa e inversamente proporcional à mortalidade neonatal; apresentando correlações mais fortes nos países com taxas de mortalidade neonatal mais altas. Portanto, conclui-se que mediante os dados obtidos por esse estudo, suportado por pesquisas de características observacionais, o aleitamento materno na primeira hora e o contato pele-a-pele precoce são importantes fatores correlacionados com a prevenção da mortalidade neonatal, reforçando assim, a necessidade de adoção da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança por um número maior de hospitais e maternidades em todo o mundo. (ODDY, 2013; BOCCOLINI ET al, 2013).

Tamanha é a importância da iniciação da amamentação nos primeiros minutos de vida, que o tema foi selecionado pela *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) para a Semana Mundial da Amamentação (*World Breastfeeding Week – WBW*) em 2007 tendo como tema no Brasil: Amamentação na Primeira Hora, Proteção sem Demora. (WABA, 2007).

A prática de aleitamento materno na primeira hora de vida configura-se como um indicador de excelência, sendo considerada uma medida barata e altamente exequível que favorece não apenas a iniciação da amamentação, mas também a sua duração por tempo adequado. (OMS, 2003).

Dados como esses reforçam as recomendações atuais e subsidiam iniciativas como a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, cujo quarto passo de implantação aborda a iniciação da amamentação nos primeiros 60 minutos de vida. (OMS, 2006).

Estudo norte americano comparou o custo dos partos em unidades credenciadas como Hospital Amigo da Criança com unidades não credenciadas e observou que os custos nas primeiras foram de apenas 1,6-5% superiores, sendo esses dados sem significância estatística. Tal achado demonstra que a implementação dos passos para credenciamento na iniciativa do Hospital Amigo da Criança, além de seu considerável papel para a evolução positiva das taxas de morbimortalidade infantil, é economicamente viável. (DELLIFRAINE et al., 2011).

Apesar de sua importância para a saúde infantil, Boccolini et al. (2008), relatam que a identificação de fatores que dificultam a implantação do aleitamento materno na primeira hora de vida nas maternidades brasileiras e seus impactos na saúde das crianças são pouco estudados.

A primeira pesquisa a apresentar dados nacionais sobre o intervalo entre o nascimento e a primeira mamada – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) apresenta uma prevalência de apenas 32,8% de aleitamento materno na primeira hora de vida. (BENFAM, 1997).

Dados de 2006, provenientes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher apresentam aumento na prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida para 43%. (BRASIL, 2006).

Enquanto na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, esse valor atingiu 67,7% apresentando-se mais alto na região Norte (72,9%) e mais baixo na região Sudeste (63,5%). (VENANCIO, et al., 2010).

No Município de Feira de Santana (2004-2005) foi observada prevalência de aleitamento materno na primeira hora de 47% em amostra da população (VIEIRA et al., 2010), em Pelotas (2003) esse valor alcançou 35,5% em um estudo aninhado na coorte de nascimentos de 1982 (SILVEIRA et al., 2008), no Município do Rio de Janeiro amostra de dados coletados entre 1999 e 2000 resultou em prevalência de apenas 16,1% (BOCCOLINI et al., 2008) enquanto estudo retrospectivo realizado em Londrina em 2008 apresentou prevalência de 72,5% (SOUZA et al., 2012).

Embora apresentem abrangências, metodologias e amostras diferentes, e sua comparação demande cautela, os estudos citados acima, descrevem um panorama heterogêneo para a evolução deste importante indicador do aleitamento materno no Brasil. Os avanços nacionais na prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida, mesmo que significativos, demonstram que o Brasil ainda encontra-se aquém das expectativas para esse indicador. Prevalências ora semelhantes, ora superiores são descritas em estudos internacionais como os realizados pelo projeto LINKAGES entre os anos de 2003 e 2006 em Madagascar (68%), Etiópia (77%), Zâmbia (70%), Gana (41%) e Bolívia (74%). (LINKAGES, 2006).

Dentre os fatores associados à não iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida destaca-se a cirurgia cesariana (VIEIRA et al., 2010; BOCCOLINI et al., 2008; SILVEIRA et al., 2008), a ocorrência de complicações e/ou nascimento pré-termo (VIEIRA et al., 2010; BOCCOLINI et al., 2011), baixo escore de Apgar no 5º minuto (SILVEIRA et al., 2008), falta de orientações sobre aleitamento materno no pré-natal e pós-parto imediato (SETEGEN et al., 2011), inadequação do pré-natal (OGUNLESI, 2010), raça/cor branca, associadas aos níveis de renda e escolaridade mais altas (BENFAM, 1997) e parto em hospitais não credenciados como Hospital Amigo da Criança. Oliveira et al (2012) reforçam o importante papel da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida, encontrando

correlação linear significativa entre o grau de implantação da IHAC e o aleitamento materno na primeira hora de vida.

Boccolini et al (2008, 2011) observaram que o modelo de financiamento dos hospitais representa impacto relevante na realização do aleitamento materno durante a primeira hora de vida; recém-nascidos em maternidades privadas apresentaram prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 2%, em contraste com os nascidos em serviços municipais e federais que apresentaram prevalência superior a 33%. Esse achado, associado com as diferenças observadas entre o parto vaginal e cesariano, reforça o importante papel do modelo hospitalar brasileiro na determinação do aleitamento na primeira hora de vida.

Outra caracterização importante do aleitamento materno refere-se à sua duração exclusiva ou complementada. Na Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar realizada em 1986, somente 3,6% das crianças entre 0 e 4 meses eram amamentadas exclusivamente com leite materno e a duração mediana da amamentação era de aproximadamente 162 dias. (ARRUDA et al., 1986).

Dados mais recentes, da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal coletados em 2008, apontam prevalência de 41% de crianças com menos de 6 meses recebendo aleitamento materno exclusivo, sendo que a mediana de duração do AME no Brasil atingiu apenas 54,1 dias. Nessa pesquisa destaca-se que a região Nordeste apresenta as piores prevalências e duração mediana do AME (37% e 34,9 dias) enquanto as regiões Norte (45,9% e 66,3 dias) e Centro-Oeste (45% e 66,6 dias) apresentam as melhores. (VENANCIO et al., 2010).

No que diz respeito ao aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses, a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal apresenta prevalência de 58,74% para o conjunto das capitais avaliadas, com o melhor índice referindo-se à região Norte (76,9%) e o pior à região Sul (49,5%) e mediana de 341,59 dias para a amostra total. (VENANCIO et al., 2010).

Dados mundiais compilados pela OMS sobre a proporção de crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses variam desde 1,3% no Djibuti até 88,4% em Ruanda; os dados brasileiros utilizados nessa compilação são provenientes do PNDS de 2006 e apontam prevalência de 39,8% para esse indicador (BRASIL, 2008; OMS, 2012).

Delgado e Matijasevich (2013) em revisão sistemática realizada com 19 artigos de diversas partes do mundo, incluindo um artigo nacional e um apresentando dados de 37 países, focada na amamentação até os dois anos de vida, calcularam uma prevalência média desse indicador de 33% (IC95% - 0,23-0,42). Esse achado deve ser avaliado cautelosamente, uma vez que os artigos utilizados apresentam grande heterogeneidade nas prevalências encontradas: variando entre aproximadamente 1% em estudo iraniano e 90% em estudo realizado em Bangladesh sendo que o estudo brasileiro realizado em São Paulo apresentou prevalência de 5,5%. (SIMON et al., 2009).

São diversos os fatores que contribuem para o abandono precoce do AM, dentre eles: idade materna (mães mais jovens tendem a amamentar menos), falta de experiência materna/primiparidade, situação empregatícia materna informal sem garantias de licença maternidade, nível socioeconômico, escolaridade materna, falta de apoio dos familiares, amigos e cônjuge, apoio insuficiente do profissional de saúde, rotinas hospitalares – tipo de parto e alojamento (quando o parto é do tipo vaginal e o alojamento conjunto, há uma maior facilitação em estabelecer o AM) e a ausência da intenção ou mesmo do desejo materno de amamentar conforme as recomendações mundiais. (MALHORTA et al., 2008; KIMANI-MURAGE et al., 2011; AVERY et al., 1998; MEEDYA et al., 2010; REA, 2003).

Assim como o aleitamento materno na primeira hora de vida, as prevalências de aleitamento materno exclusivo e complementado estão aquém das metas desejadas, muito embora apresentem tendência de crescimento importante principalmente após o início das ações de promoção, proteção e incentivo do aleitamento materno estruturadas nos anos 80. Permanece, contudo, a necessidade de se refletir sobre a perpetuação das desigualdades nos indicadores de saúde materno-infantil no país, dentre eles o aleitamento materno.

2.4 Intenção de Amamentar

Dentre os fatores conhecidos da determinação do aleitamento materno observam-se fatores tidos como não modificáveis, dentre eles a idade, parição, município de residência dentre outros, e aqueles considerados modificáveis; entre os modificáveis pode-se destacar a informação/educação em saúde, o apoio ao aleitamento materno proveniente de diversas

fontes, a confiança no aleitamento materno, o conforto com uso de fórmulas e a intenção de amamentar. Blyth et al. (2004) acreditam que, para que a duração insuficiente do aleitamento materno e as baixas prevalências da amamentação na primeira hora de vida sejam abordadas adequadamente, profissionais de saúde e gestores deveriam ser capazes de identificar mulheres com maior risco de adotar práticas de aleitamento inadequadas baseados em variáveis modificáveis. Essa triagem propiciaria substrato para o desenvolvimento de intervenções apropriadas nos momentos mais oportunos para que esses fatores possam ser de fato modificáveis.

Entre os fatores modificáveis conhecidos, a intenção de amamentar especificamente, vem sendo estudada desde meados de 1983, inicialmente adereçada como um fator associado ao aleitamento materno em si; com o passar das décadas a intenção de amamentar vem assumido uma posição de protagonismo entre os determinantes modificáveis do aleitamento materno, tendo tornado-se um objeto de estudo. (OYCO-SANTOS, 1983).

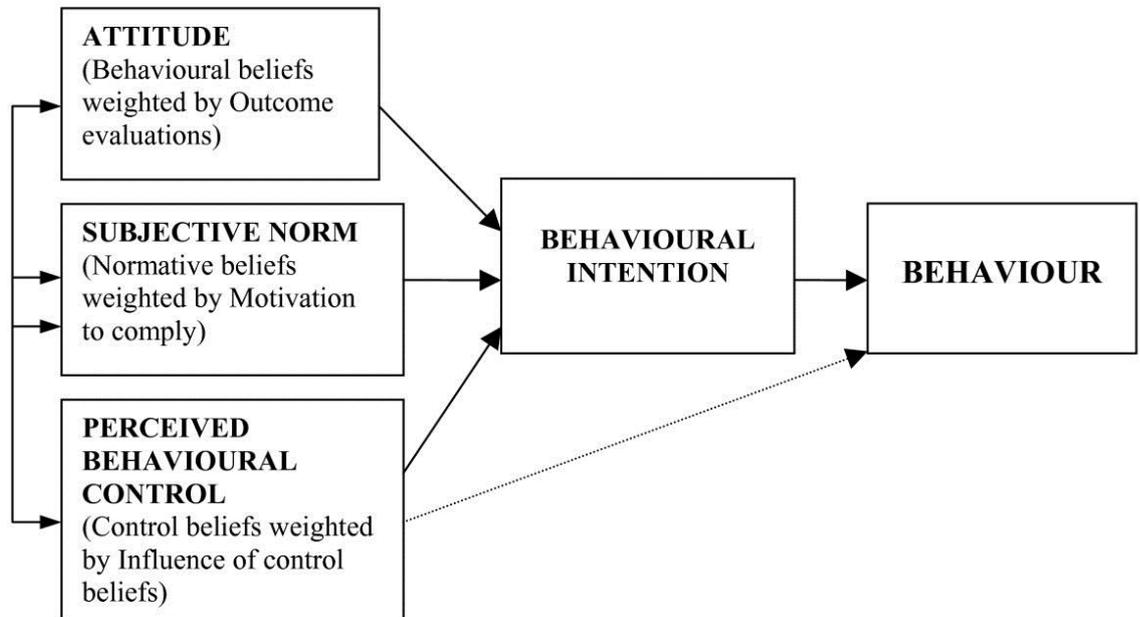
Segundo Ryan et al. (1991) a decisão de amamentar um filho depende de uma longa socialização da gestante, sendo consequência da experiência de vida da mulher e da cultura em que a mesma está inserida.

Enquanto alguns podem perceber o aleitamento materno como um ato de amor e cuidado de mães para com seus filhos, outros podem vê-lo como algo repulsivo, que não deveria se feito em público ou mesmo como um ato desnecessário. Dessa forma, pode-se constatar que atitudes em relação ao aleitamento materno são reflexos da cultura de cada sociedade.

Assim sendo, a determinação da intenção de amamentar perpassa muito mais que as questões puramente biológicas e sociodemográficas como idade, parição, escolaridade, renda e acesso aos serviços de saúde.

A Teoria do Comportamento Planejado (tradução nossa) – *Theory of Planned Behaviour* (TPB) de Icek Ajzen (2006) busca fornecer uma explicação conceitual sobre os fatores psicológicos que contribuiriam para um determinado comportamento, seu esquema é apresentado na figura 1. Tal teoria descreve o impacto de 3 grupos de fatores sobre um comportamento; são eles:

Figura 1: Representação esquemática da Theory of Planned Behaviour.



Adaptado de: Icek Ajzen (2006). (<<http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>>)

Behavioral beliefs - Attitude towards the behaviour: Neste caso, o conhecimento mediado pela recepção de informações sobre algo seria determinante para que cada sujeito percebesse este algo como positivo ou negativo e optasse por um comportamento ou não. Assim sendo, se a gestante/puérpera recebe informações e constrói conhecimento valorizado como positivo acerca da amamentação, aumentam as chances da decisão pela adoção dessa forma de alimentação dos recém-nascidos.

Normative beliefs – Perceived subjective norms: Considera as opiniões e expectativas de indivíduos próximos (parentes, profissionais de saúde e amigos) em relação ao comportamento em questão, que por sua vez funcionariam como vetores pressionando para a realização ou não de uma determinada ação. Se a amamentação é culturalmente aceita e estimulada pela rede social de uma mulher, ela será influenciada positivamente no que se refere à escolha do aleitamento materno como método de alimentação do recém-nascido.

Control beliefs – Perceived behavioural control: Relaciona-se com a sensação de capacidade e autoconfiança em relação ao comportamento em questão. A sensação de que

será capaz de amamentar adequadamente está altamente relacionada com a escolha do método de alimentação do recém-nascido.

Escalas que se utilizam dos alicerces da Teoria do Comportamento Planejado também são descritas na literatura. Tais escalas usualmente são compostas por questões fechadas que adereçam os três componentes formadores da intenção segundo a TPB. Um exemplo de escala é a *Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS), composta por 17 questões que visam descrever comportamentos positivos em relação ao aleitamento materno e ao uso de fórmulas lácteas. (DE LA MORA et al., 1999).

Embora não tenha sido utilizada formalmente como quadro conceitual em diversos estudos, os fatores citados por Ajzen (2006) frequentemente são abordados, em sua completude ou parcialmente, por estudos que visam identificar os determinantes da intenção de amamentar.

Devido à escassa literatura que se utiliza da intenção de amamentar de puérperas e gestantes, os estudos apresentados à seguir referem-se à intenção de amamentar, usualmente aferida por meio de escalas como por exemplo aquelas que se utilizaram da Teoria do Comportamento Planejado, ou a intenção de amamentar por período de tempo previamente determinado medida de outras formas.

Vogel (2003), baseado em dados de um estudo longitudinal afirma que a intenção de amamentar associada à duração pretendida seria um preditor poderoso da iniciação e duração do aleitamento materno, tornando a intenção de amamentar referida por gestantes ou puérperas uma ferramenta simples e eficiente para identificar indivíduos em risco de não atingir as recomendações do MS/OMS.

Esse achado é respaldado por outros pesquisadores como Gijssbers et al. (2006) e Kools et al. (2005) que relataram ser a intenção de amamentar um forte preditor da iniciação do aleitamento materno e por Donath et al. que, em estudo de 2003 realizado na Inglaterra com amostra de 10.548 gestantes, observaram que a intenção materna de amamentar foi um preditor mais forte do aleitamento materno que a combinação das variáveis sociodemográficas aferidas no estudo de coorte clássica.

Perrine et al. (2012) avaliaram a intenção de amamentar exclusivamente de gestantes inglesas e os fatores associados com o alcance da duração pretendida, os resultados obtidos propiciaram a observação de que gestantes casadas e multíparas

apresentavam maiores chances de alcançar a duração pretendida de amamentação em enquanto gestantes obesas e tabagistas apresentaram as menores chances de atingir a duração almejada de aleitamento materno. No que diz respeito às práticas hospitalares, após ajustes, a não utilização de suplementação durante a internação manteve-se associada ao alcance da duração pretendida, demonstrando assim o importante papel representado pela adoção da IHAC na promoção do aleitamento materno.

Em um estudo nacional publicado por Chaves et al (2007), a intenção de amamentar por menos de 12 meses manteve-se negativamente associada com a duração do aleitamento materno exclusivo após ajustes em população residente em Itaúna, MG.

Atualmente, dada sua importante associação com o aleitamento em suas diversas vertentes, a intenção de amamentar é estudada como desfecho e, cada vez mais, busca-se conhecer seus determinantes.

Wen et al. (2009), ao estudarem uma amostra australiana de primigestas, observaram que o conhecimento sobre as recomendações da OMS quanto à duração do aleitamento materno exclusivo foi fator independentemente associado com a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses.

Fatores como primiparidade, conhecimento sobre aleitamento materno, atitudes positivas em relação ao aleitamento materno, apoio do pai do bebê, experiências prévias de aleitamento, ter sido amamentada, suporte social, participação em grupos e consultas de pré-natal, planejamento da gravidez atual, melhor nível educacional e sentimentos de autoconfiança para com o aleitamento foram citados como importantes fatores positivamente associados com a intenção de amamentar em estudos realizados em diversas partes do mundo. Por outro lado, o sobrepeso materno, planos de retornar ao trabalho, conforto com a ideia de usar fórmulas artificiais, tabagismo materno, não morar com o pai do bebê e gravidez gemelar foram associados com a não intenção de amamentar. (AMIR; DONATH, 2007; LEE et al., 2005; STEWART-GLENN, 2008; NOMMSEN-RIVERS et al., 2010; DIAZ ROZETT; FRAGOSO, 2010).

Diaz Rozett e Garcia Fragoso (2010) observaram que mesmo mães que apresentam gestações de alto risco têm grande interesse em amamentar e esta intenção estaria associada ao melhor nível educacional e confiança de que seus recém-nascidos poderiam ser amamentados, anteriormente descrita como a sensação de autoconfiança. Outro estudo,

realizado na Escócia em 2010, afirma que atitudes positivas em relação à observação recente de episódios amamentação em público aumentariam em 6 vezes a chance de gestantes relatarem a intenção de amamentar seus próprios filhos; (HODDINOTT et al., 2010) achado corroborado por Giles et al. (2010) em estudo com amostra de adolescentes inglesas.

Na revisão de literatura realizada, foi encontrado um artigo nacional voltado para a exploração da intenção de amamentar como objeto de estudo em um periódico de publicação estrangeira. Nele, Paine e Dorea (2001) não encontraram qualquer associação entre as variáveis demográficas comumente associadas com a intenção de amamentar como idade, escolaridade, parição e peso ao nascer; contudo, a atitude materna, de parentes e amigos em relação à amamentação e receber apoio na realização de tarefas domésticas foram altamente associados à duração pretendida do aleitamento materno.

3. JUSTIFICATIVA

Dado o papel determinante do aleitamento materno na saúde materno-infantil, sua prática, fortemente recomendada por diversos organismos nacionais e internacionais, deve ser acompanhada em detalhe e constantemente estimulada para que crianças e nutrizes possam contar com os inúmeros benefícios associados à sua realização.

Apesar de intimamente relacionados com a saúde materno-infantil, os benefícios do aleitamento materno estendem-se a outros atores, dentre eles o poder público e os sistemas privados de saúde. Tal afirmação baseia-se no poder de redução das taxas de morbimortalidade infantil associadas à prática de aleitamento materno; desonerando assim os sistemas de saúde graças à redução dos custos decorrentes da ocorrência desses eventos. Além disso, a redução das taxas de natalidade no Brasil, país que ainda se beneficia do bônus demográfico, junto às elevadas taxas de mortalidade infantil têm impacto na pirâmide etária nacional; cujos reflexos são percebidos na redução gradual da população em idade produtiva que, quando associada ao envelhecimento da população geral, gera sobrecarga dos sistemas de saúde e de previdência social brasileiros.

Tais benefícios, não apenas sob a ótica da qualidade de vida, mas também dos finitos recursos financeiros, são o cerne das inúmeras iniciativas promotoras do aleitamento materno realizadas no Brasil, ocorrendo mais expressivamente a partir da década de 80 e mantidas até os dias atuais. Essas ações devem ser acompanhadas de avaliações cautelosas de seus êxitos e falhas para que possam ser adaptadas buscando maior eficiência e efetividade dos recursos empregados.

Uma das melhores formas de se avaliar o êxito das campanhas pró-aleitamento é realizada via análise da evolução das estatísticas de aleitamento materno na primeira hora de vida e de duração do aleitamento materno exclusivo e complementado ao longo dos tempos, além de identificar fatores associados positivamente com esses marcadores pode auxiliar na determinação de grupos menos propensos a adotar práticas saudáveis de alimentação infantil, que por sua vez deveriam ser alvos prioritários das ações de promoção do aleitamento materno.

Destarte, o presente trabalho justifica-se devido à necessidade de identificação precoce de grupos menos propensos a adotar a amamentação conforme as recomendações e à demanda de se conhecer os determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida, comparando diferentes grupos como forma de identificar populações mais vulneráveis à adoção de práticas de alimentação infantil não saudáveis. Posteriormente, as informações geradas podem ser utilizadas para embasar decisões estratégicas focadas, seja na manutenção de campanhas e/ou estratégias previamente iniciadas, ou na criação de novas campanhas e/ou estratégias, estressando a necessidade de direcionamento adequado dessas ações aos grupos mais necessitados conforme o princípio da Igualdade do SUS que dispõe sobre a Discriminação Positiva no acesso às ações de saúde.

Além da justificativa prática voltada para a gênese de conhecimento (informação de prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida e seus determinantes) passível de utilização pelos serviços de saúde na avaliação e ajuste das ações de promoção e proteção do aleitamento materno na primeira hora de vida, o presente trabalho apresenta ainda a possibilidade de identificar as características dos grupos de indivíduos que de alguma forma respondem de maneiras sub-ótimas às ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno, resultando na ausência da intenção/desejo de amamentar conforme as recomendações atuais.

Assim, os resultados do presente trabalho propiciarão ascensão do conhecimento para uma etapa anterior à execução da ação de amamentar, ampliando a possibilidade de abordagens e favorecendo a realização não somente de ações de promoção da amamentação, mas também ações de proteção à amamentação em diversos momentos: desde a decisão pela realização do aleitamento materno até a iniciação e manutenção do mesmo.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar as prevalências do aleitamento materno sob as esferas da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e do aleitamento materno na primeira hora de vida em amostra de puérperas usuárias do SUS nos municípios de Queimados e Petrópolis, RJ.

4.2 Objetivos Específicos

Artigo 1

- Estimar as prevalências da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida nos Municípios estudados.
- Identificar e analisar fatores associados à intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida.

Artigo 2

- Estimar as prevalências da amamentação na primeira hora de vida nos Municípios estudados.
- Identificar e analisar fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida.

5. MATERIAL E MÉTODOS

A presente tese foi realizada utilizando banco de dados coletados durante um estudo anterior denominado: “Capital Social e Fatores Psicossociais Associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer”, realizado entre os anos de 2008 e 2009 nos municípios de Queimados e Petrópolis (RJ) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz sob o protocolo número 158/06 (Anexo A). O subestudo “Capital Social e Fatores Psicossociais no Aleitamento Materno” cujos objetivos eram avaliar dados de aleitamento materno e capital social foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz sob o protocolo número 131/08 (Anexo B).

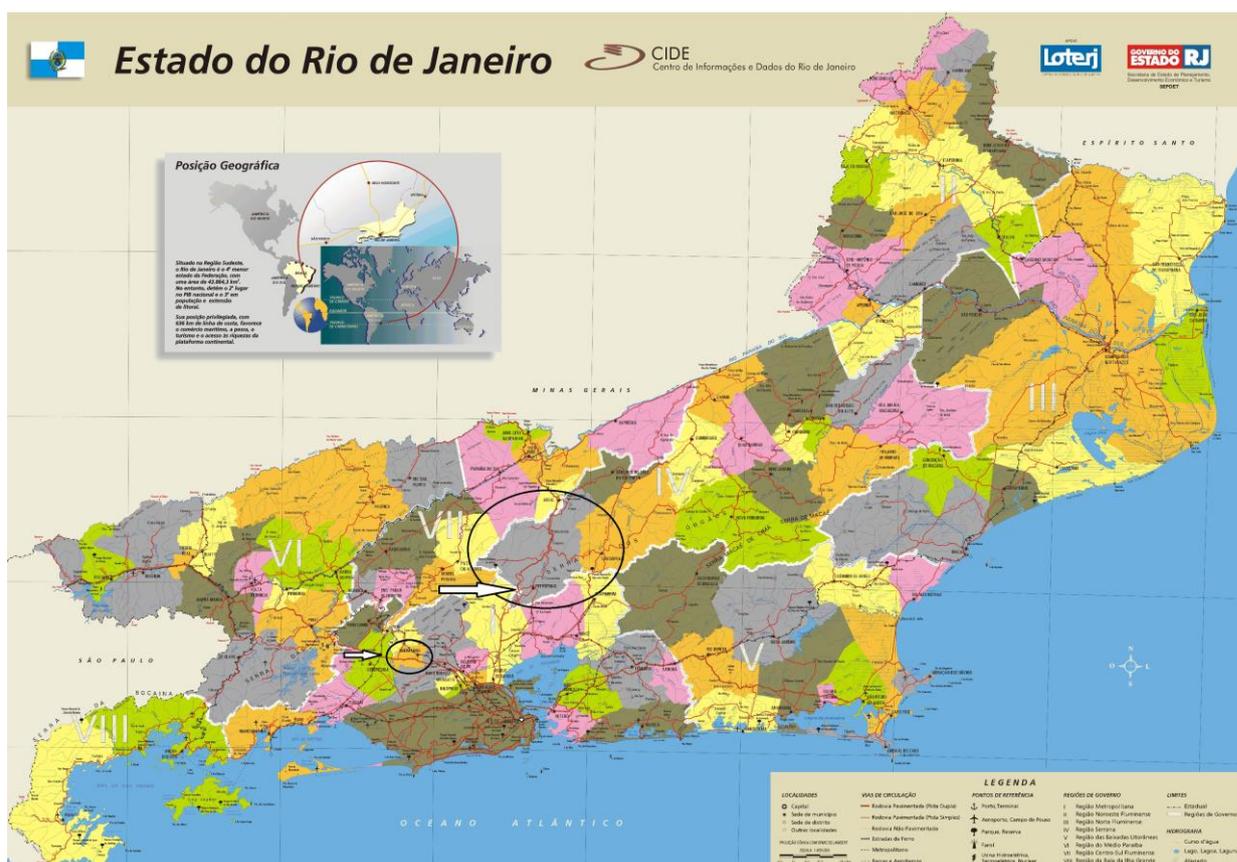
Os objetivos propostos pelo estudo de base foram: investigar a influência do capital social, em nível coletivo, sobre a prematuridade (neonatos oriundos de gestações com duração menor que 37 semanas completas) e o baixo peso ao nascer (peso ao nascer <2500g) e investigar a influência de determinantes sociais individuais: classe social, condições de moradia, apoio social e rede social sobre a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

O estudo em questão foi realizado nos municípios de Queimados e Petrópolis, ambos localizados no Estado do Rio de Janeiro. O Município de Queimados foi fundado em 1991, apresenta área de aproximadamente 76 Km², está localizado na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Com população estimada pelo IBGE (2010) em aproximadamente 139 mil habitantes, seu índice de desenvolvimento humano (IDH), de acordo com dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, é de 0,732, considerado como de médio desenvolvimento humano pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); de acordo com seu IDH, Queimados apresenta uma situação ruim, estando entre os 20,9% piores índices do estado do Rio de Janeiro. (PNUD, 2003).

Petrópolis é um dos municípios mais antigos do país; apresenta área de aproximadamente 796 Km² e localiza-se na região serrana do estado do Rio de Janeiro. Sua

população, segundo o censo do IBGE de 2010, é de 296 mil habitantes e seu IDH é de 0,804, considerado como de alto desenvolvimento humano; o município encontra-se na 7ª posição entre os maiores IDH do estado do Rio de Janeiro. (PNUD, 2003). A figura 2 apresenta o mapa político e administrativo do estado do Rio de Janeiro com destaque para os municípios selecionados para a pesquisa.

Figura 2: Mapa Político e Administrativo do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro. Governo do Estado do Rio de Janeiro.

A seleção dos municípios de Queimados e Petrópolis foi justificada devido às semelhanças demográficas (tamanho populacional entre 100.000 e 500.000 habitantes e distribuição populacional majoritariamente urbana) e às diferenças em variáveis usadas como medidas proxy de capital social dentre elas: a renda per capita, 118% mais alta em Petrópolis, e a taxa de homicídios, 10 vezes mais alta em Queimados. Somada às medidas citadas acima, os dois municípios também apresentam diferenças marcantes no que cerne à

qualidade e acesso aos serviços de saúde. ([http://www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br;)). Secretaria de Estado de Segurança Pública do Rio de Janeiro. http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_03_bol.pdf, acessado em Jun/2006).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face a face na gestação (primeiro trimestre da gestação), no período de pós-parto imediato (preferencialmente durante a internação para o parto ou até 30 dias após o mesmo), 3 meses após o parto e 6 meses após o parto somadas à coleta de dados no prontuário e cartão da gestante realizada durante a visita de pós-parto imediato. Os formulários de coleta de dados são apresentados no Anexo C.

Para a realização da pesquisa, quatro termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram empregados: um para a linha de base (estudo transversal) e os demais para as 3 entrevistas de follow-up: pós-parto, três e seis meses de vida; em todos os casos foram fornecidas informações sobre os objetivos e benefícios decorrentes da participação na pesquisa. Todas as participantes foram esclarecidas sobre a possibilidade de se retirarem da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer ônus. A coleta de informações e realização das entrevistas foi realizada por pesquisadores treinados e se deu mediante a concordância da gestante em participar e assinatura dos TCLEs.

A amostra do estudo foi calculada considerando, de acordo com o último censo disponibilizado pelo IBGE no momento da definição da metodologia do estudo (2000), populações finitas em Petrópolis e Queimados de 286.537 e 121.993 habitantes respectivamente, sendo estabelecida em 1400 gestantes, baseada em uma prevalência de 25,8% de pré-natal considerado inadequado e 8,3% de pré-natal considerado mais que adequado, considerando os resultados do estudo de Leal et al. (2004) para o município do Rio de Janeiro. Nível de significância de 5% e poder de 95% foram utilizados para detectar diferenças de pelo menos 5%. O tamanho amostral calculado foi acrescido em 20% devido às possíveis perdas decorrentes da natureza do estudo longitudinal resultando em uma amostra final de 1680 gestantes, 940 residentes em Petrópolis e 840 em Queimados, RJ. (LEAL et al., 2011).

As gestantes foram recrutadas em unidades de saúde da rede municipal do Sistema Único de Saúde dos municípios selecionados que disponibilizavam serviços de pré-natal à

época da pesquisa (2008) e que estavam possuíam cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS). Foram inseridas na pesquisa 8 unidades básicas de saúde e/ou centros de referência para o pré-natal em Queimados e 3 estabelecimentos em Petrópolis, representando 90% da cobertura de pré-natal nos municípios estudados; os 10% restantes foram atendidos em diversas unidades pequenas de modo disperso, não justificando o deslocamento das equipes de coleta de dados.

Os critérios de inclusão na pesquisa inicial foram: estar no primeiro trimestre da gestação, residir em Queimados ou Petrópolis, RJ e receber cuidado pré-natal nas unidades de saúde do SUS selecionadas. Todas as gestantes que procuraram as unidades de saúde selecionadas durante o período da pesquisa e que perfaziam os critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa. Os convites foram realizados até que se alcançasse a amostra calculada.

Um número de 1750 gestantes foi convidado para a pesquisa de base, 966 em Petrópolis e 754 em Queimados. A tabela 1 apresenta o fluxograma de composição da amostra final da pesquisa maior n=1485 participantes com seguimento de 6 meses completo. (LEAL et al., 2011).

Tabela 1: Fluxograma de composição da amostra final em Queimados e Petrópolis, RJ.

<i>Queimados e Petrópolis</i>	
Previsão	1680
Convidadas	1750
Recusas linha de base	70
Recusas pós-parto	12
Perdas – Abortos e óbitos	78
Perdas Seguimento	35
Amostra final*	1485

* Seguimento de 6 meses completo

Observa-se que o volume de perdas propriamente ditas foi bastante pequeno (cerca 2,08%), o restante das perdas é, na verdade, uma questão de inelegibilidade, uma vez que

no caso de abortos e óbitos fetais as mulheres foram descontinuadas da pesquisa. Parte das perdas observadas pode ser parcialmente justificada pelo fechamento de uma das unidades de saúde participantes da pesquisa durante o período de execução da mesma, o que obrigou gestantes a procurar atendimento em outras unidades, dificultando o acesso às mesmas longitudinalmente, especificamente no pós-parto.

5.1 Artigo 1: Determinantes da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro

5.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal híbrido denominado follow-up de prevalência que utiliza uma medida de desfecho transversal (prevalência) e medidas de exposição coletadas sob a premissa de um estudo longitudinal. (KLEINBAUM et al., 1982).

Este tipo de estudo é factível devido ao fato de estar aninhado sob um estudo maior, classificado como longitudinal prospectivo de desenho clássico. Autorização para utilização do banco de dados foi solicitada à coordenadora do estudo Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Leal (Anexo D).

5.1.2 Amostra

Para os objetivos apresentados anteriormente o banco completo do estudo de base foi utilizado independente de completude de seguimento. Foram excluídas da amostra de linha de base do estudo original (n=1680) as participantes que não forneceram resposta para o desfecho de interesse: intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses, seja por não terem realizado a entrevista de pós-parto (perdas ou recusas) ou pela ausência dessa informação nas variáveis utilizadas para definição do desfecho (n=317) e portadoras do vírus da AIDS (n=4), resultando em uma amostra de 1359 participantes (n=599 em Queimados e n=760 em Petrópolis).

O tamanho amostral mínimo calculado para o presente estudo foi estabelecido a posteriori em n=767 (384 em Petrópolis e 383 em Queimados) gestantes, considerando-se as populações finitas dos municípios e a proporção de gestantes que tem intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de 50%, com nível de significância de 5% e poder de 95% para detectar diferenças de pelo menos 5%. Assim sendo, pode-se concluir que o tamanho amostral disponível para análise é suficiente para se alcançar os objetivos principais deste estudo.

5.1.3 Variáveis de Estudo

5.1.3.1 Variável dependente: Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida. Trata-se de uma variável dicotômica, coletada em entrevista durante a visita de pós-parto imediato. Buscando mais validade na medida do desfecho, este foi determinado baseado nas seguintes perguntas:

- Você pretende amamentar o seu bebê? (Sim x Não)
- Por quanto tempo você pretende amamentar o seu bebê? (medida em meses)

Todas as puérperas que responderam SIM, independente da duração pretendida, foram consideradas como tendo intenção de amamentar na primeira etapa da definição do desfecho. Uma vez que se trata de uma variável que não avalia a intenção de amamentar exclusivamente e que pode apresentar um expressivo viés de resposta optou-se por complementar a informação com as seguintes questões:

- A partir de que idade você pretende oferecer/ofereceu outro líquido para seu bebê? (medida em dias e meses)

Em seguida a questão sobre a intenção de introduzir alimentos salgados (sólidos e semissólidos) foi avaliada:

- A partir de que idade você pretende oferecer/ofereceu comida de sal para seu bebê? (medida em dias e meses)

As respostas dadas em meses foram multiplicadas por 30 e somadas às respostas dadas em dias. 180 dias foram considerados 6 meses completos para a definição do desfecho. Todas as mães que referiram a intenção de introduzir outros líquidos ou sólidos/semisólidos na alimentação do recém-nascido antes dos 6 meses de vida e aquelas relatando intenção de fazê-lo “quando o bebê quiser” foram classificadas como não tendo a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses pós parto.

5.1.3.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes deste estudo foram coletadas em dois momentos distintos: linha de base e pós-parto imediato, sendo que essa característica longitudinal confere ao estudo uma classificação híbrida como follow-up de prevalência.

Durante a entrevista de linha de base foram coletadas as seguintes informações:

- Classe socioeconômica: A classe socioeconômica foi aferida utilizando marcadores de escolaridade do chefe da família e posse de bens duráveis, sendo classificada entre classes A, B1, B2, C1, C2, D e E (classificação decrescente) de acordo com o critério da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP (1997). Para o presente estudo as classes B1 e B2 e C1 e C2 foram agrupadas para melhor representar o contingente classificado como tal.
- Local de Moradia (município): Local de moradia foi definido por meio de coleta de dados de endereço e cada participante foi alocado em um dos dois Municípios estudados.
- Raça/cor auto-referida: Cada participante foi solicitado que referisse qual a sua raça/cor utilizando uma questão fechada cujas opções foram: Branca, Preta, Amarela, Parda (morena/mulata) e Indígena. Posteriormente essa variável foi categorizada em dois grupos: Branca e Preta/Parda.
- Idade: coletada por meio de questionamento direto e posteriormente classificada entre os grupos: Até 19 anos (adolescente), de 20 a 34 anos (adulta jovem) e 35 anos ou mais (adulta). O critério para definição de adolescência utilizado foi o da Organização Mundial de Saúde (2012).
- Escolaridade (em anos de estudo): Cada participante foi questionada sobre o último ano/série de ensino formal completado, dado que posteriormente foi transformado em anos de ensino.
- Situação empregatícia: Cada gestante respondeu se possuía algum trabalho que gerasse renda.
- Situação conjugal: As gestantes responderam se: viviam com companheiro, tinham companheiro, mas não viviam com ele ou não tinham companheiro. As respostas posteriormente classificadas entre: viver com companheiro ou não.

A entrevista de pós-parto compreendeu aspectos relacionados aos seguintes tópicos:

- Adequação do pré-natal: A adequação do pré-natal foi avaliada utilizando o índice de Kotelchuck adaptado às recomendações do Ministério da Saúde Brasileiro

resultando em três categorias de adequação: Adequado, Parcialmente adequado e Inadequado. (LEAL et al., 2004; KOTELCHUCK, 1994)

- Adequação das informações sobre aleitamento materno recebidas durante o pré-natal: Cada gestante respondeu 6 questões sobre o recebimento de informações/orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal. As seis questões compreendem os tópicos: orientações gerais, orientações sobre posicionamento do recém-nascido para o aleitamento, orientações sobre saciedade e produção de leite materno, orientações sobre ordenha de leite materno, orientações sobre uso de mamadeira e chupeta e orientações sobre a duração do aleitamento materno exclusivo e complementado. Ao final do bloco cada resposta positiva somou um ponto que, posteriormente, foi transformado em escore de tercís de adequação do recebimento de informações sobre aleitamento materno no pré-natal.
- Realização de pré-natal em mais de uma unidade de saúde.
- Presença de patologias e complicações durante a gestação: Todas as gestantes foram questionadas sobre o diagnóstico das seguintes patologias durante a gestação atual: pressão alta, anemia, diabetes, sífilis (VDRL+), infecção urinária, perda de líquido, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro ou qualquer outra doença.
- Consumo referido de álcool, tabaco e drogas ilícitas durante a gestação.
- História obstétrica e de risco gestacional: Cada gestante foi questionada sobre o número de gestações anteriores, existência de abortos prévios, histórico de prematuridade, histórico de cesáreas eletivas e não eletivas e de complicações em outras gestações/partos e histórico de recém nascidos com baixo peso ao nascer.
- Intenção de engravidar: As puérperas foram questionadas se tinham a intenção de engravidar e se estavam satisfeitas com a gravidez atual.
- Apoio e satisfação do pai do bebê: Os sentimentos do pai do bebê em relação ao mesmo foram avaliados por meio de perguntas acerca da satisfação do pai do bebê com a gestação.
- Idade gestacional: Dado determinado utilizando a melhor ultrassonografia como forma de identificação da idade gestacional. Foi considerado pré-termo o nascimento com idade gestacional menor que 37 semanas.

- Tipo de parto: O tipo de parto foi classificado em: parto vaginal, cesárea não eletiva e cesárea eletiva baseado na resposta obtida da puérpera. Posteriormente a variável foi dicotomizada em: parto vaginal e cesariano.
- Complicações durante o parto e nascimento: As puérperas responderam se, durante seu parto ou período pós-parto imediato, ocorreram quaisquer complicações com ela ou com o bebê. A percepção materna sobre tais complicações foi valorizada, uma vez que pode determinar o comportamento e as práticas de cuidado adotadas pelas mães em relação aos seus filhos.
- Peso ao nascer: Dado coletado do prontuário do recém-nascido.
- Escore de Apgar ao 5º minuto: Dado coletado do prontuário do recém-nascido.
- Alojamento conjunto: cada puérpera foi questionada quanto ao local onde seu recém-nascido foi mantido no período de pós-parto.
- Alimentação na primeira hora de vida e durante a internação hospitalar: Cada puérpera foi questionada sobre o tempo decorrido entre o parto e a primeira mamada e sobre a oferta de outros alimentos/líquidos ao recém-nascido durante a internação hospitalar.
- Percepção materna do apoio recebido para realização do aleitamento materno na unidade de saúde onde ocorreu o parto: cada puérpera respondeu se, em sua opinião, o hospital/maternidade a apoiou na atividade de amamentação.

5.1.4 Análise Estatística

Inicialmente procedeu-se às análises exploratórias. Dados contínuos são apresentados como médias e unidades de desvio padrão, enquanto dados categóricos são apresentados como proporções.

O teste de Kolmogorov-Smirnof foi utilizado para testar a normalidade da distribuição dos dados contínuos. A prevalência da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida é apresentada junto ao Intervalo de Confiança de 95%.

Nas análises iniciais dados sociodemográficos são comparados segundo Município utilizando testes qui-quadrado (χ^2) para avaliar a homogeneidade de proporções, enquanto

os testes t-student e Mann-Whitney foram aplicados para comparação de médias de variáveis contínuas com distribuição paramétrica e não-paramétrica respectivamente.

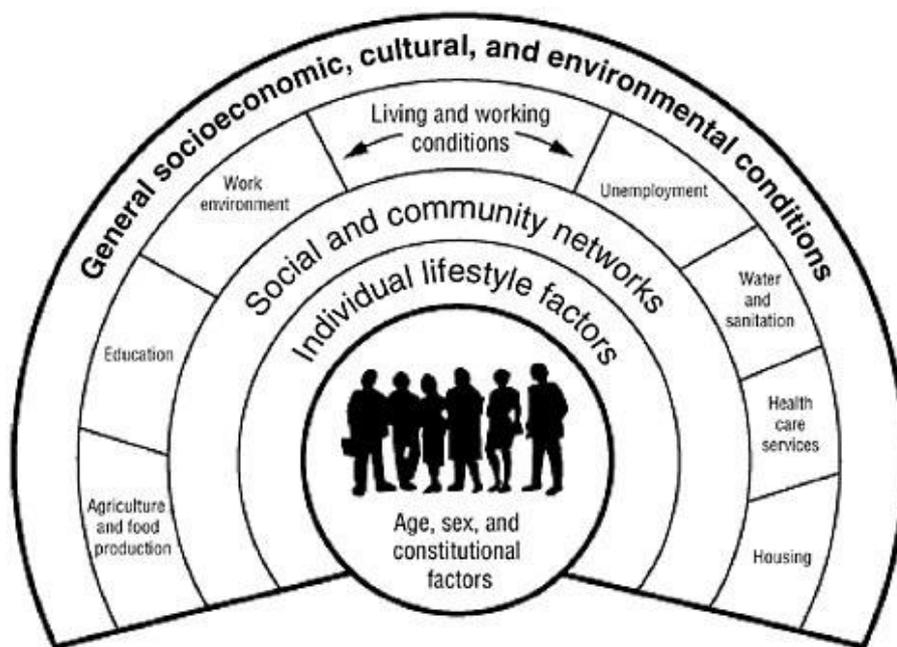
Para análise múltipla foi utilizado um modelo de determinação do desfecho inspirado no modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren & Whitehead, apresentado na figura 3, que descreve o modo como as desigualdades sociais em saúde resultam da interação de diferentes níveis de características, desde as individuais como idade, sexo e fatores genéticos, passando pelos comportamentos pessoais e modos de vida, apoio e redes sociais, fatores relacionados às condições de vida, acesso à saúde, alimentos, educação e trabalho até as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Em relação ao aleitamento materno, o modelo de determinação social de saúde mostra-se particularmente apropriado, uma vez que a intenção de amamentar (no caso do presente estudo, aferida no pós-parto imediato) não pode ser adequadamente explicada utilizando-se apenas as condições de parto e nascimento e características biológicas do bebê da mãe; é necessário conhecer o ambiente, as crenças, os valores e costumes assim como aspectos educacionais e sociais, de acesso e qualidade do serviço de saúde recebido durante a gestação e parto para que se possa compreender as diversas interações necessárias entre os diferentes níveis das variáveis para a determinação de algo tão imbuído de significados e subjetividade como a intenção de amamentar.

A seleção de variáveis independentes estudadas neste trabalho se deu após revisão de literatura e levantamento de variáveis disponíveis no banco de dados, que por sua vez gerou um modelo de mediação e determinação da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida conforme apresentado nas figuras 04 e 05.

Foram inseridas no modelo multivariado, as variáveis que alcançaram significância estatística de ao menos 0,10 nas análises bivariadas e não apresentaram correlações entre si, maiores que 0,80, quando testadas utilizando as correlações de Pearson e Tau de Kendal para dados contínuos e categóricos respectivamente.

Figura 3: Modelo de determinação social de saúde de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: Dahlgren; Whitehead, 1991

Em casos de correlações acima de 0,80, optou-se por utilizar a variável com menor proporção de dados faltantes para inserção no modelo multivariado. Tal opção resultou da especificidade do modelo escolhido que, na ocorrência de informações faltantes, exclui totalmente o caso com informações incompletas da análise final, podendo resultar na redução importante da amostra e viés nos resultados obtidos.

Devido à alta prevalência do desfecho estudado e da possível superestimação das associações quando utilizado o modelo de regressão logística binária (COUTINHO et al.; 2008), optou-se pela utilização do modelo de regressão de Poisson com variância robusta, assumindo nível significância de 0,05 no modelo final. A adequação do modelo de Poisson aos dados analisados foi testada utilizando a medida de “*Goodness of fit*” por meio do comando “*estat gof*” no Stata. Os testes foram realizados utilizando os softwares STATISTICAL PACKAGE for SOCIAL SCIENCE - SPSS16 para Windows: análises exploratórias e bivariadas (IBM, Chicago, EUA) e Stata 10.0: análise multivariada – Modelo de Poisson (STATA, Texas, EUA).

Os resultados do estudo 1 são apresentados como artigo científico à ser encaminhado para publicação disponibilizado como Manuscrito 1.

Figura 4: Modelo de mediação dos determinantes da Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida.

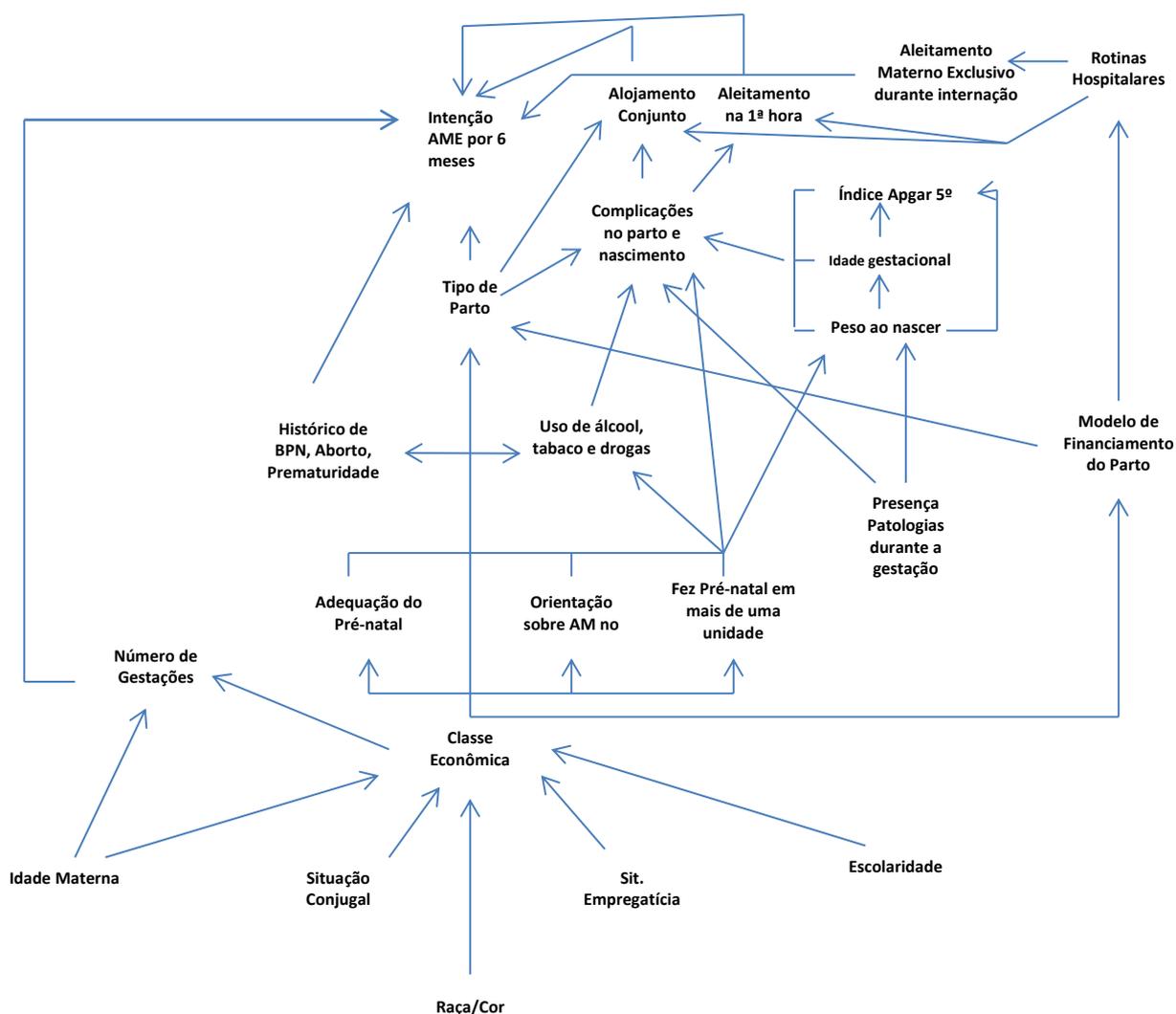
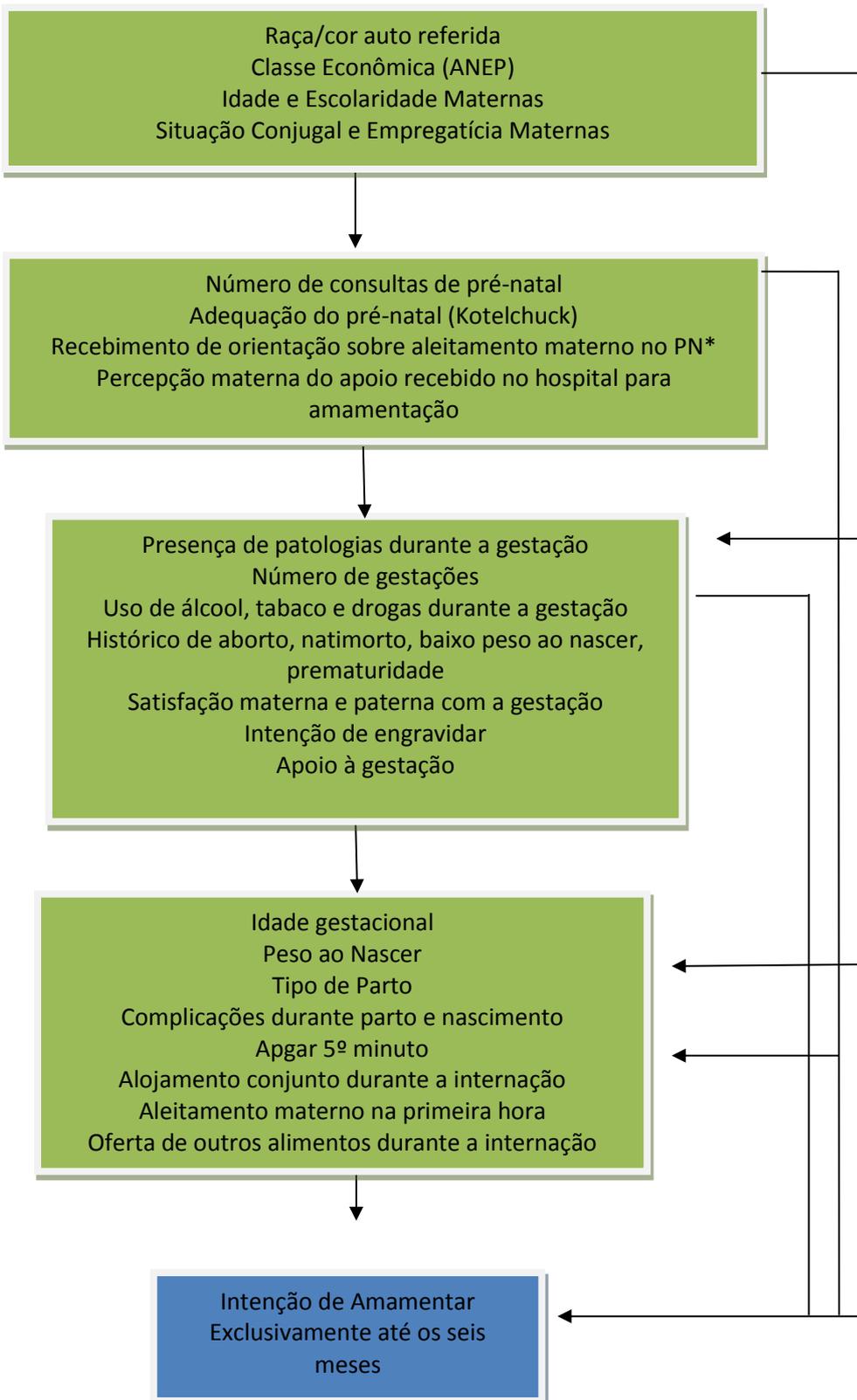


Figura 5: Modelo hierárquico simplificado de análise dos determinantes da Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.



*Bloco distal:
Indicadores de status socioeconômico*

*Bloco Intermediário II:
Condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde
PN = Pré-natal

*Bloco Intermediário I:
Variáveis de estilo de vida e experiências anteriores maternas*

*Bloco Proximal:
variáveis relacionadas ao recém nascido, parto, nascimento e primeiras horas de vida.*

5.2 Artigo 2: Determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro

5.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal híbrido denominado follow-up de prevalência que utiliza uma medida de desfecho transversal (prevalência) e medidas de exposição coletadas sob a premissa de um estudo longitudinal. (KLEINBAUM et al., 1982).

Este tipo de estudo é factível devido ao fato de estar aninhado sob um estudo maior, classificado como longitudinal prospectivo de desenho clássico. Autorização para utilização do banco de dados foi solicitada à coordenadora do estudo Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Leal (Anexo D).

5.2.2 Amostra

Para os objetivos apresentados anteriormente, foram excluídas da amostra de linha de base do estudo maior (n=1680) as participantes que não forneceram resposta para o desfecho de interesse: Aleitamento materno na primeira hora de vida, seja por não terem realizado a entrevista de pós-parto (perdas ou recusas), ou pela ausência dessa informação nas variáveis utilizadas para definição do desfecho (n=394), os casos de recém-nascidos que foram colocados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) (n=26), após a retirada dos casos acima, foi realizada uma checagem e foi excluída da amostra uma gestante que se referiu portadora do vírus da AIDS (n=1). Foram avaliados os medicamentos comumente utilizados pelas gestantes de acordo com o Guia do Ministério da Saúde sobre a Amamentação e o Uso de Medicamentos e Outras Substâncias, e em (n=2) casos foi observado o uso de antidepressivos com nomes não identificados e para garantia de que gestantes em uso de medicamentos contraindicados durante a amamentação não fossem inseridas na amostra, duas gestantes foram excluídas. (BRASIL, 2010).

A amostra final do segundo manuscrito resultou em 1257 participantes (n=563 em Queimados e n=694 em Petrópolis).

O tamanho amostral mínimo calculado para o presente estudo foi estabelecido a posteriori em n=767 (384 em Petrópolis e 383 em Queimados) gestantes, considerando-se

as populações finitas dos municípios e a proporção aleitamento na primeira hora de vida de 50%, com nível de significância de 5% e poder de 95% para detectar diferenças de pelo menos 5%. Assim sendo, a amostra do estudo maior mostrou-se adequada para as análises apresentadas a seguir.

5.2.3 Variáveis de Estudo

5.2.3.1 Variável dependente: Aleitamento materno na primeira hora de vida. Trata-se de uma variável dicotômica, coletada em entrevista durante a visita de pós-parto. A variável desfecho foi computada utilizando 3 variáveis do banco de dados:

- Depois do nascimento, quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (medida em dias, horas e minutos).

As respostas dadas em dias foram multiplicadas por 1440, respostas dadas em horas multiplicadas por 60 e as respostas dadas em minutos foram mantidas. Respostas como “não sabe” ou “não se aplica” foram excluídas da amostra.

Para a definição do desfecho, 60 minutos foram considerados 1 hora completa. Todas as mães que referiram ter realizado o aleitamento materno em no máximo 60 minutos após o parto foram classificadas como tendo amamentado na primeira hora de vida.

5.2.3.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes deste estudo foram coletadas em dois momentos distintos: linha de base e pós-parto imediato, sendo que essa característica longitudinal confere ao estudo uma classificação híbrida como follow-up de prevalência.

Durante a entrevista de linha de base foram coletadas as seguintes informações:

- Classe econômica: A classe econômica foi aferida utilizando marcadores de escolaridade do chefe da família e posse de bens duráveis, sendo classificada entre classes A, B1, B2, C1, C2, D e E (classificação decrescente) de acordo com o critério da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP (1997). Para o presente estudo as classes B1 e B2 e C1 e C2 foram agrupadas para melhor representar o contingente classificado como tal.

- Local de Moradia (município): Local de moradia foi definido por meio de coleta de dados de endereço e cada participante foi alocado em um dos dois Municípios estudados.
- Raça/cor auto-referida: Cada participante foi solicitado que referisse qual a sua raça/cor utilizando uma questão fechada cujas opções foram: Branca, Preta, Amarela, Parda (morena/mulata) e Indígena. Posteriormente essa variável foi categorizada em dois grupos: Branca e Preta/Parda.
- Idade: coletada por meio de questionamento direto e posteriormente classificada entre os grupos: Até 20 anos (adolescente), de 20 a 34 anos (adulta jovem) e 35 anos ou mais (adulta). O critério para definição de adolescência utilizado foi o da Organização Mundial de Saúde (2012).
- Escolaridade (em anos de estudo): Cada participante foi questionada sobre o último ano/série de ensino formal completado, dado que posteriormente foi transformado em anos de ensino.
- Situação empregatícia: Cada gestante respondeu se possuía algum trabalho que gerasse renda.
- Situação conjugal: As gestantes responderam se: viviam com companheiro, tinham companheiro, mas não viviam com ele ou não tinham companheiro. As respostas posteriormente classificadas entre: viver com companheiro ou não.
- Número de gestações: As gestantes foram indagadas sobre o número de vezes que haviam estado grávidas.

A entrevista de pós-parto compreendeu aspectos relacionados aos seguintes tópicos:

- Adequação do pré-natal: A adequação do pré-natal foi avaliada utilizando o índice de Kotelchuck adaptado às recomendações do Ministério da Saúde Brasileiro resultando em três categorias de adequação: Adequado, Parcialmente adequado e Inadequado. (LEAL et al., 2004; KOTELCHUCK, 1994)
- Adequação das informações sobre aleitamento materno oferecidas durante o pré-natal: Cada gestante respondeu 6 questões sobre o recebimento de informações/orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal. As seis

questões compreendem os tópicos: orientações gerais, orientações sobre posicionamento do recém-nascido para a amamentação, orientações sobre saciedade e produção de leite materno, orientações sobre ordenha de leite materno, orientações sobre uso de mamadeira e chupeta e orientações sobre a duração do aleitamento materno exclusivo e complementado. Ao final do bloco cada resposta positiva somou um ponto que, posteriormente, foi transformado em escore de tercís de adequação do recebimento de informações sobre aleitamento no pré-natal; foram considerados insuficientes escores inseridos no primeiro tercís de pontuação, razoável e adequado em referência ao segundo e terceiro tercís respectivamente.

- Realização de pré-natal em mais de uma unidade de saúde. Cada puérpera foi questionada se compareceu a consultas de pré-natal em mais de uma unidade de saúde.
- Presença de patologias e complicações durante a gestação: Todas as gestantes foram questionadas sobre o diagnóstico das seguintes patologias durante a gestação atual: pressão alta, anemia, diabetes, sífilis (VDRL+), infecção urinária, perda de líquido, ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro ou qualquer outra alteração/patologia.
- Intenção de engravidar: As puérperas foram questionadas se tinham a intenção de engravidar e se estavam satisfeitas com a gravidez atual.
- Idade gestacional: Dado determinado utilizando a melhor ultrassonografia como forma de identificação da idade gestacional. Foi considerado pré-termo o nascimento com idade gestacional menor que 37 semanas.
- Tipo de parto: O tipo de parto foi classificado em: parto vaginal, cesárea não eletiva e cesárea eletiva baseado na resposta obtida da puérpera. Posteriormente a variável foi dicotomizada em: parto vaginal e cesariana.
- Complicações durante o parto e nascimento: As puérperas responderam se, durante seu parto ou período pós-parto imediato, ocorreram quaisquer complicações com ela ou com o bebê. A percepção materna sobre tais complicações foi valorizada, uma vez que pode determinar o comportamento e as práticas de cuidado adotadas pelas mães em relação aos seus filhos.

- Número de nascidos vivos.
- Uso de anestesia durante o parto: relatada pela gestante entre as opções: anestesia geral, local (no períneo).
- Realização de pagamento (direto ou via plano de saúde) para procedimento de parto/anestesia/ligadura: informação relatada pela puérpera. Variável posteriormente dicotomizada para parto em unidade conveniada ao SUS (não pagamento) ou privada (pagamento).
- Presença de acompanhante durante o parto e nascimento: dado relatado pela puérpera.
- Qualidade do atendimento para o parto: relato da gestante variando entre Muito Bom/Ótimo, Bom e Péssimo.
- Peso ao nascer: Dado coletado do prontuário do recém-nascido.
- Índice de Apgar ao 5º minuto: Dado coletado do prontuário do recém-nascido.
- Alojamento conjunto: cada puérpera foi questionada quanto ao local onde seu recém-nascido foi mantido no período de pós-parto imediato e durante o período de internação.

5.2.4 Análise Estatística

Inicialmente procedeu-se com as análises exploratórias. Dados contínuos são apresentados como médias e unidades de desvio padrão, enquanto dados categóricos são apresentados como proporções.

O teste de Kolmogorov-Smirnof foi utilizado para testar a normalidade da distribuição dos dados contínuos. A prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida é apresentada acompanhada do Intervalo de Confiança de 95%.

Nas análises iniciais dados sociodemográficos são comparados segundo Município utilizando testes qui-quadrado (χ^2) para avaliar a homogeneidade de proporções, enquanto os testes t-student e Mann-Whitney foram aplicados para comparação de médias de variáveis contínuas com distribuição paramétrica e não-paramétrica respectivamente.

Para análise multivariada foi utilizado um modelo de determinação do desfecho inspirado pelo modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren & Whitehead, apresentado na figura 2. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Novamente deve-se atentar para a necessidade de se utilizar um modelo de determinação que abarque as diversas esferas de influência sobre os desfechos em saúde. No caso deste estudo especificamente, os aspectos biológicos e relacionados ao parto e nascimento têm muita importância, uma vez que podem restringir a realização da amamentação na primeira hora de vida; contudo, pode-se observar que entre a grande maioria dos partos, que ocorrem sem complicações, a associação entre fatores sociais, econômicos e principalmente aqueles relacionados ao serviço de saúde parece assumir condição de protagonismo na determinação do desfecho avaliado. As características específicas de cada maternidade ou hospital onde ocorreu o parto foram representadas no modelo hierarquizado por meio do modelo de financiamento e das rotinas avaliadas.

A seleção de variáveis independentes estudadas neste trabalho se deu após revisão de literatura e levantamento de variáveis disponíveis no banco de dados, que por sua vez gerou um modelo de determinação do aleitamento materno na primeira hora conforme apresentado nas figuras 6 e 7.

Foram inseridas no modelo multivariado, as variáveis que alcançaram significância estatística de ao menos 0,20 nas análises bivariadas e não apresentaram correlações entre si, maiores que 0,80, quando testadas utilizando as correlações de Pearson e Tau de Kendal para dados contínuos e categóricos respectivamente.

Em casos de correlações acima de 0,80, optou-se por utilizar a variável com menor proporção de dados faltantes para inserção no modelo multivariado. Tal opção resultou da especificidade do modelo escolhido que, na ocorrência de informações faltantes, exclui totalmente o caso com informações incompletas da análise final, podendo resultar na redução importante da amostra e viés nos resultados obtidos.

Para análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, pois o desfecho apresentou uma prevalência elevada, assumindo nível significância de 0,05 no modelo final. (COUTINHO et al., 2008),

A adequação do modelo de Poisson aos dados analisados foi testada utilizando a medida de “*Goodness of fit*”. Os testes foram realizados utilizando os softwares

STATISTICAL PACKAGE for SOCIAL SCIENCE - SPSS16 para Windows (IBM, Chicago, EUA).

Os resultados do estudo 2 são apresentados como artigo científico à ser encaminhado para publicação disponibilizado como Apêndice 2 .

Figura 6: Modelo de mediação dos determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.

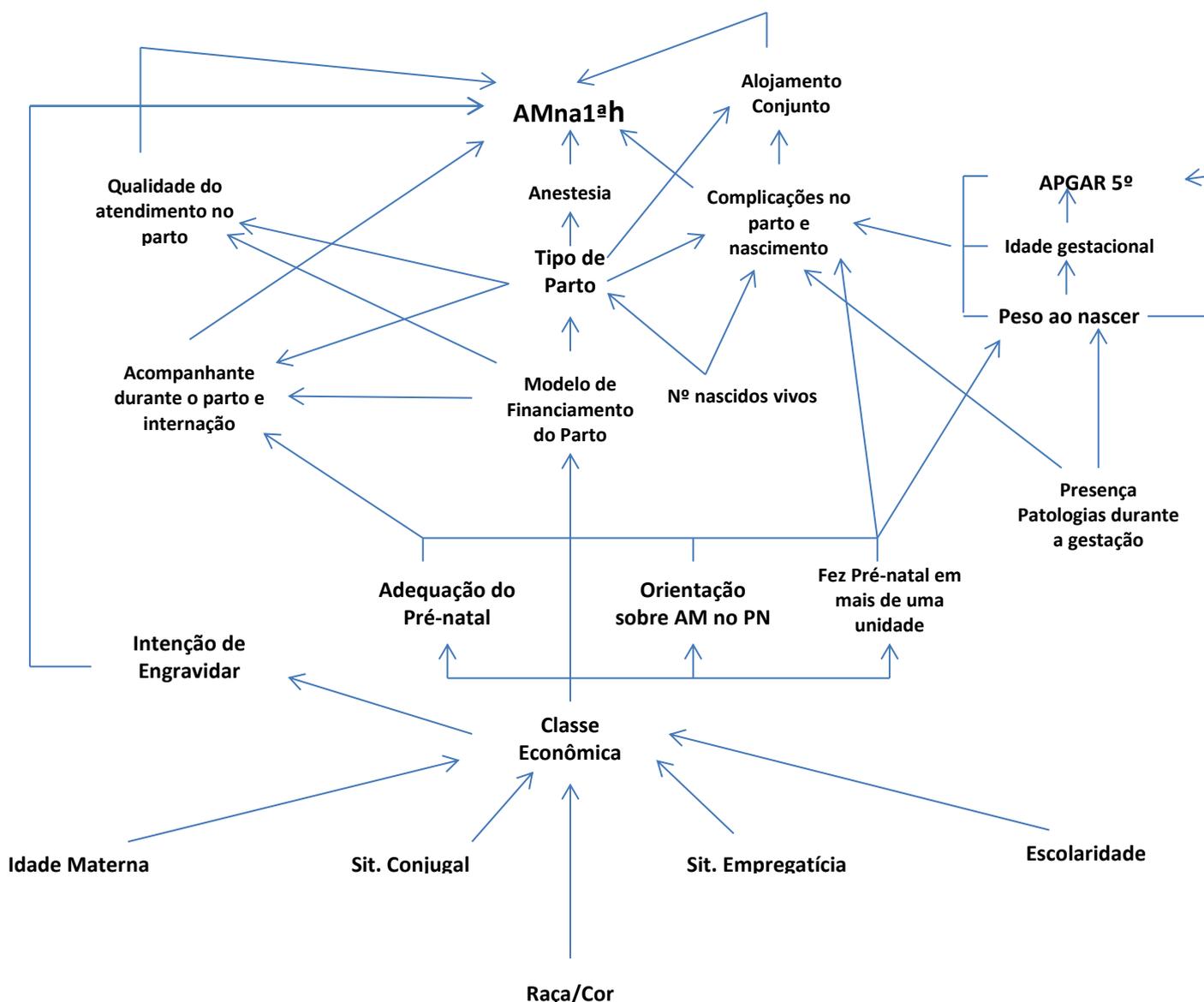
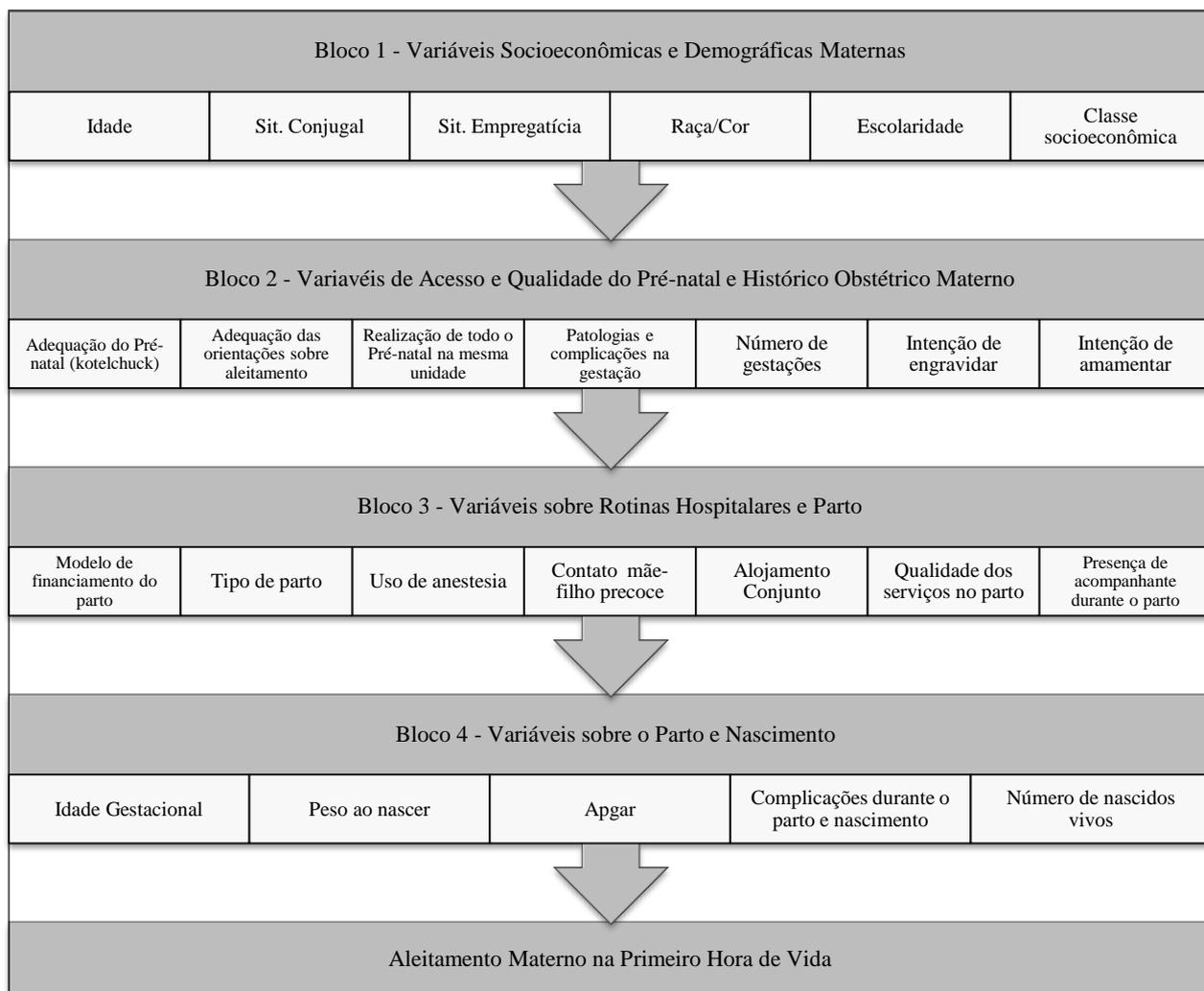


Figura 7: Modelo de determinação do aleitamento materno na primeira hora de vida. Queimados e Petrópolis, RJ.



6. RESULTADOS

Os resultados da presente tese são apresentados nas próximas subseções por meio de dois manuscritos a serem encaminhados à publicação brevemente. O primeiro manuscrito trata da intenção de amamentar exclusivamente por seis meses e o segundo trata do aleitamento materno na primeira hora de vida. Ambos utilizam dados da pesquisa de base apresentada na seção Materiais e Métodos.

6.1 Manuscrito 1

DETERMINANTES DA INTENÇÃO DE AMAMENTAR EXCLUSIVAMENTE ATÉ OS SEIS MESES EM DUAS CIDADES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.

DETERMINANTS INTENTION TO BREASTFEED EXCLUSIVELY FOR SIX MONTHS IN TWO CITIES FROM RIO DE JANEIRO STATE, BRAZIL.

Autores:

Carolina Perim de Faria, UFES, Doutorado em Epidemiologia ENSP/FIOCRUZ

Maria Inês Couto de Oliveira, UFF

Silvana Granado Nogueira da Gama, ENSP/FIOCRUZ

Endereço para correspondência:

Carolina Perim de Faria

Departamento de Educação Integrada em Saúde.

Centro de Ciências da Saúde – UFES

Av. Marechal Campos nº 1468, Maruípe, Vitória – ES, CEP 29.042-751

carolperim@yahoo.com

Fontes de auxílio:

Financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ.

RESUMO

O **objetivo** do estudo foi identificar os determinantes da intenção de amamentar exclusivamente até o 6º mês de vida em duas cidades do estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de um estudo híbrido tipo follow-up de prevalência que utiliza dados longitudinais e um desfecho transversal com amostra de 1359 gestantes usuárias do SUS residentes em dois municípios com características socioeconômicas díspares do Estado do Rio de Janeiro, Queimados e Petrópolis. Os dados foram coletados por meio de entrevista presencial. A intenção de amamentar exclusivamente foi aferida no pós-parto imediato. Foram realizadas análises bivariadas (teste t-student e Mann-Whitney, qui-quadrado) e as variáveis que alcançaram significância menor que 0,10 foram posteriormente analisadas quanto a sua correlação umas com as outras, se menores que 0,80, foram inseridas no modelo de Poisson com variância robusta. Foram consideradas estatisticamente significativas as associações cujos valores de $p \leq 0,05$. **Resultados:** 45,1% (IC95% 42,5-47,8%) das mulheres entrevistadas relataram ter intenção de amamentar exclusivamente seus filhos até os seis meses de vida. Essa diferença foi significativa entre os municípios estudados (29,5 e 57,4%, $p < 0,05$). No modelo multivariado, permaneceram significativamente associados ao desfecho as variáveis: classe econômica superior (RP 1,61, IC95% 1,03-2,51), multiparidade (RP 0,84, IC95% 0,74-0,96), inadequação do pré-natal (RP 0,80, IC95% 0,66-0,98), realização de pré-natal em mais de uma unidade (RP 0,76, IC95% 0,65-0,90), orientação adequada sobre aleitamento materno no pré-natal (RP 1,21, IC95% 1,03-1,43), parto cesariano (RP 1,15, IC95% 1,01-1,32) e alojamento conjunto (RP 1,64, IC95% 1,29-2,07). **Conclusões:** A intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses foi baixa na amostra estudada, demonstrando a necessidade de intervenções precoces especialmente focadas em grupos de menor classe econômica, especialmente durante a realização do pré-natal e pós-parto imediato.

Palavras chave: Aleitamento materno, Intenção, Motivação, Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

This study aims to identify determinants of the intention to breastfeed exclusively for 6 months in a sample of women from two cities in Rio de Janeiro state, Brazil. **Methods:** This is a hybrid prevalence follow-up study that uses data from a cohort but its outcome is measured as prevalence; the sample consists in 1359 pregnant women users of the Unified Health System (SUS) in Queimados and Petrópolis: two markedly different cities in regards to socioeconomic characteristics from Rio de Janeiro State, Brazil. Data was collected through interviews. Information on mother's intention to breastfeed exclusively until the sixth month was collected during post-partum interview. Bivariate analysis was performed (t-student and Mann-Whitney, Chi-square tests) and variables that reached significance levels ≤ 0.10 were tested for correlations among each other, if results < 0.8 , these variables were then inserted on the model which used Poisson regression with robust variance. P-values ≤ 0.05 were considered statistically significant. **Results:** 45.1% (IC95% 42.5-47.8%) of women intended to exclusive breastfeed their infants until 6 month of age. The prevalence of the outcome was statistically different between the cities studied (29.5 e 57.4%, $p < 0.05$). On the multivariate analysis, the following variables remained significantly associated with the outcome the variables: higher economic class (PR 1.61, CI95% 1.03-2.51), being multiparous (PR 0.84, CI95% 0.74-0.96), inadequacy of prenatal care (PR 0.80, CI95% 0.66-0.98), proper orientation regarding breastfeeding (PR 1.21, CI95% 1.03-0.43), receiving prenatal care in more than one health care unit (PR 0.76, CI95% 0.65-0.90), c-section birth (PR 1,15, CI95% 1.01-1.32) and being placed in rooming-in care (PR 1.64, CI95% 1.29-2.07). **Conclusions:** Prevalence of having the intention to exclusive breastfeeding for 6 months was low among sample women, showing the need for early intervention, especially during antenatal care and immediate post-partum period.

Key words: Breastfeeding, Intention, Motivation, Prenatal Care.

INTRODUÇÃO

É indubitável o papel do aleitamento materno na saúde e desenvolvimento dos recém-nascidos, assim como a primazia da qualidade e adequação do leite materno em relação a quaisquer outros substitutos (1). O aleitamento materno, sob suas diferentes tipologias, está relacionado a menores taxas de morbidade, especialmente em se tratando de doenças infecciosas, e conseqüentemente de mortalidade infantil, maior vínculo entre a mãe e o bebê e, até mesmo a menores prevalências de obesidade no final da infância (1,2).

As recomendações atuais para o aleitamento materno no Brasil seguem as diretrizes internacionais que preconizam o aleitamento materno exclusivo para menores de seis meses de vida e o complementado até os 24 meses ou mais (3).

Aderindo a essas recomendações, muitos esforços são despendidos com o intuito de ampliar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e prolongar o aleitamento materno complementado. Nos resultados do último inquérito nacional sobre Saúde da Mulher e da Criança da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006, foi demonstrado que 96,4% das crianças avaliadas receberam o leite materno em algum momento da vida, contudo, apenas 43% delas foram amamentadas na primeira hora após o parto e 39,6% foram amamentadas exclusivamente no primeiro semestre de vida(4).

Ainda assim, avanços foram obtidos, com incremento importante na duração média do aleitamento materno no Brasil, que passou de 2,5 meses em 1974-75 para 14 meses em 2006-07 (4,5). Victora et al, em artigo publicado em 2011 sobre os progressos e desafios da saúde materno-infantil no Brasil, creditam esta evolução, em parte, aos importantes programas verticais de incentivo ao aleitamento materno e à saúde infantil iniciados nos anos 80, período em que estes tópicos tornaram-se mais expressivos na agenda de saúde pública nacional. Além disso, contribuíram para a evolução desses valores a ampliação da urbanização e acesso aos serviços de saúde, queda das taxas de fecundidade e melhoria nos indicadores socioeconômicos e demográficos (6).

Apesar de a amamentação ser considerada uma das principais estratégias de sobrevivência infantil, e apontada como fundamental para a prevenção de riscos e agravos à saúde em diferentes fases da vida, a duração total e exclusiva do aleitamento materno continua abaixo das recomendações tanto em países em desenvolvimento quanto naqueles em melhores condições socioeconômicas (7-9).

Vários fatores são associados à iniciação e manutenção do aleitamento materno pela literatura científica; dentre eles destaca-se: escolaridade materna, idade materna, experiências prévias de aleitamento, peso ao nascer, percepção de desenvolvimento físico do bebê, situação empregatícia materna, situação matrimonial materna, apoio social e, finalmente, a intenção de amamentar (10–14).

Dentre os fatores modificáveis conhecidos, a intenção de amamentar vem sendo estudada desde meados de 1983 (15); Vogel, em 2003, relata que a intenção de amamentar associada à duração pretendida seria um preditor poderoso da iniciação e duração do aleitamento materno, tornando a intenção de amamentar uma ferramenta simples e eficiente para a determinação de indivíduos em risco de não atingir as recomendações de duração do aleitamento materno (16). Esse achado é respaldado por Gijssbers et al (17) e Kools et al (18) que relataram ser a intenção de amamentar um fator fortemente associado à iniciação do aleitamento materno e por Donath et al que, em estudo de 2003 realizado na Inglaterra com amostra de 10.548 gestantes, observou que a intenção materna de amamentar foi um preditor mais forte do aleitamento materno que a combinação das variáveis socio-demográficas estudadas (19), demonstrando assim seu potencial como ferramenta de triagem e alocação de esforços para promoção do aleitamento materno.

Dessa forma, o presente estudo busca determinar a prevalência da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e identificar os fatores associados ao desfecho de interesse em amostra representativa das gestantes usuárias do SUS em dois municípios do estado do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

O estudo que deu origem ao banco de dados utilizado neste artigo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP-FIOCRUZ sob o protocolo número 158/06, observando-se que todas as participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente ao início da coleta de dados.

O presente artigo é caracterizado como um estudo híbrido Follow-up de prevalência, uma vez que utiliza variáveis independentes coletadas longitudinalmente e um desfecho

transversal (20) inserido em um estudo longitudinal realizado em dois municípios do estado do Rio de Janeiro, entre 2008 e 2009, denominado “Capital Social e Fatores Psicossociais Associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer” (21).

Participaram da pesquisa todas as mulheres cujas gestações estavam em seu primeiro trimestre que procuraram 11 unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para realização do pré-natal nos municípios de Petrópolis (3 unidades) e Queimados (8 unidades), RJ e que aceitaram participar da pesquisa. Os convites para a participação foram realizados até que se alcançasse a amostra prevista. Embora apresentem similaridades demográficas (população e área), os municípios estudados diferenciam-se grandemente no que concerne às medidas *proxy* de capital social e suporte social, renda média *per capita*, taxa de homicídios, dentre outras características socioeconômicas, possibilitando assim a comparação de municípios em condições distintas no que diz respeito aos atributos acima citados. (<http://www.ibge.gov.br>; Secretaria de Estado de Segurança Pública do Rio de Janeiro. http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_03_bol.pdf, acessado em Jun/2006). Pode-se afirmar, com base nos indicadores utilizados, que o município de Queimados apresenta medidas *proxy* de capital social, suporte social e marcadores socioeconômicos e de desenvolvimento considerados piores que os apresentados por Petrópolis.

A coleta de dados do estudo base ocorreu em 4 etapas: pré-natal, pós-parto imediato, 3 e 6 meses após parto por meio de entrevistas padronizadas. Cada uma das entrevistas foi realizada por pesquisador treinado, sendo iniciadas após a realização de estudo piloto e estudo de teste e re-teste com 90 gestantes, os quais apresentaram resultados satisfatórios para a consistência interna e confiabilidade temporal dos questionários (21).

O tamanho amostral do estudo base foi calculado em 1400, considerando as prevalências de 25,8% de inadequação do pré-natal e 8,3% de pré-natal adequado e utilizando nível de significância de 5% e 95% de poder para detecção de diferenças de 5%. O tamanho final da amostra apresenta um acréscimo de 20% devido à possibilidade de perdas durante o acompanhamento. A amostra final foi dimensionada em 1680 gestantes (21). O tamanho amostral mínimo calculado para o presente estudo foi estabelecido a posteriori em 767 (384 em Petrópolis e 383 em Queimados) gestantes, considerando-se as populações finitas dos municípios e a proporção de gestantes que tem intenção de amamentar exclusivamente

de 50%, com nível de significância de 5% e poder de 95% para detectar diferenças de pelo menos 5%.

Para este estudo, além das perdas de seguimento, foram excluídas as mulheres portadoras de HIV (n=4) e aquelas que não apresentavam resposta para as questões de desfecho (n=317), seja pela não realização do questionário de pós-parto (perdas e recusas) ou pela incompletude dos mesmos, resultando em uma amostra final de 1359 gestantes.

O desfecho de interesse foi avaliado durante a entrevista de pós-parto, momento em que as puérperas foram questionadas sobre a intenção de amamentar propriamente dita e, em caso de resposta positiva, foi avaliada a duração pretendida de maneira exclusiva e complementada por meio de questões sobre o mês no qual as puérperas relataram intenção de inserir outros alimentos líquidos e sólidos na dieta dos recém-nascidos gerando, por conseguinte uma variável binária denominada intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida.

Foram coletadas, durante as entrevistas de linha de base (pré-natal), informações a respeito de características socioeconômicas e demográficas como classe econômica, município de moradia, raça/cor auto-referida, idade, escolaridade materna (anos), situação empregatícia, renda per capita, situação conjugal, além de dados sobre a intenção de engravidar.

Durante as entrevistas de pós-parto foram coletados dados sobre a adequação do pré-natal, presença de patologias na gestação, consumo de álcool e tabaco durante a gestação, história obstétrica e de risco gestacional, o parto, e a satisfação da gestante e do companheiro após o nascimento. No que se refere ao recém-nascido, informações sobre condições de nascimento, alojamento conjunto no pós-parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice Apgar no 5º minuto, aleitamento materno na primeira hora de vida e demais formas de alimentação no período de internação também foram coletadas durante as entrevistas de pós-parto.

A classe econômica foi avaliada a partir do escore econômico, apresentado de maneira decrescente entre A, B, C, D e E utilizando-se o critério de classificação baseado na posse de bens duráveis e escolaridade do chefe da família da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP (22). A idade das gestantes foi agrupada em três faixas etárias em: até 19 anos como adolescente, de 20-34 como adulta jovem e acima de 35 anos como adulta.

Seis questões acerca do recebimento de informações sobre aleitamento materno durante o pré-natal foram avaliadas: orientações sobre posicionamento do recém-nascido para amamentar, orientações sobre saciedade e produção de leite materno, orientações sobre ordenha de leite materno, orientações sobre uso de mamadeira e chupeta e orientações sobre a duração do aleitamento materno exclusivo e complementado. Ao final do bloco cada resposta positiva somou um ponto que, posteriormente, foi transformado em escore de tercís de adequação do recebimento de informações sobre aleitamento materno no pré-natal.

A adequação do pré-natal foi avaliada utilizando o índice de Kotelchuck modificado para as recomendações do Ministério da Saúde Brasileiro por Leal et al., resultando em três categorias de adequação: Adequado (adequado e mais que adequado), Parcialmente adequado e Inadequado (23,24).

O teste de Kolmogorov-Smirnof foi utilizado para testar a normalidade da distribuição dos dados contínuos. O teste χ^2 foi utilizado para teste de homogeneidade de proporções, enquanto os testes t-student e Mann-Whitney foram aplicados para comparação de médias de variáveis contínuas com distribuição paramétrica e não-paramétrica respectivamente. Foram inseridas no modelo multivariado, as variáveis que alcançaram significância estatística de ao menos 0,10 nas análises bivariadas e não apresentaram correlações entre si, maiores que 0,80, quando testadas utilizando as correlações de Pearson e Tau de Kendal.

Para análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão hierárquica de Poisson com variância robusta, pois o desfecho apresentou uma prevalência elevada (25), assumindo nível significância de 0,05 no modelo final.

A entrada de variáveis no modelo foi realizada por blocos, sendo o proximal caracterizado por conter variáveis relacionadas ao parto e nascimento, intermediário, contendo variáveis relacionadas às características e estilo de vida maternos e acesso e qualidade dos serviços de saúde, e o bloco distal que continha variáveis socioeconômicas, conforme apresentado na figura 1. A adequação do modelo de Poisson aos dados analisados foi testada utilizando a medida de “*Goodness of fit*” por meio do comando “*estat gof*” no Stata. Os testes foram realizados utilizando os softwares SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, USA) e Stata SE 10.0 (Stata Corp, College Station, TX).

Figura 1

RESULTADOS

Na amostra inicial da pesquisa de base 996 gestantes em Petrópolis e 754 gestantes em Queimados, foram convidadas a participar, sendo que 70 foram classificadas como recusas na linha de base perfazendo uma amostra de 1680 gestantes que iniciaram a pesquisa (21).

Para este estudo, depois de aplicados os critérios de exclusão, permaneceram 1359 participantes, destas 760 residentes em Petrópolis e 599 em Queimados.

A idade média das participantes foi de $24,8 \pm 6,1$ anos (mínima = 13 anos e máxima = 45 anos), contabilizando 22,6% de gestantes adolescentes, a escolaridade média (em anos de estudo) alcançou $7,8 \pm 2,9$ anos. Das mulheres entrevistadas 33,5% se declararam brancas e 60,3% relataram não possuir nenhuma forma de trabalho remunerado no momento da entrevista. Quanto à classe econômica das mulheres da amostra, não se observou mulheres alocadas na classe A, tendo maior representatividade as classes C e D com 61,1 e 28,8% respectivamente.

A tabela 1 apresenta a comparação de dados sociodemográficos, de acesso ao pré-natal e referentes ao parto das mulheres da amostra, separadas por municípios estudados. Nela se observa que dentre as variáveis socioeconômicas e demográficas e de saúde avaliadas, situação conjugal, tipo de parto, parição e prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida não apresentaram valores estatisticamente diferentes entre os municípios avaliados; muito embora o aleitamento materno na primeira hora de vida tenha apresentado significância limítrofe.

Tabela 1

A prevalência da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida foi de 45,1% (IC95% 42,5-47,8), sendo que das 1359 gestantes participantes, 22 puérperas (1,6% - IC95% 1,1-2,4) responderam que não tinham a intenção de amamentar seus filhos e 746 (54,9% - IC95% 52,2-57,5) relataram a intenção de introduzir outros alimentos sólidos e/ou líquidos na dieta de seus filhos antes dos 6 meses de vida. Quando comparada por

município, a prevalência da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses mostrou-se estatisticamente ($p < 0,000$) inferior em Queimados em relação à Petrópolis.

A figura 2 apresenta a distribuição percentual dos meses nos quais as puérperas estudadas relataram pretender inserir outros alimentos/líquidos e alimentos salgados na dieta de seus recém-nascidos. O gráfico descreve um padrão no qual se observa que o percentual acumulado de puérperas que pretendem introduzir alimentos/líquidos e comida salgada na alimentação de seus filhos antes dos 6 meses de vida é maior no Município de Queimados (65,3% e 32,3% para líquidos e sólidos/salgados respectivamente) em comparação com o Município de Petrópolis (34,3% e 19,5% para líquidos e sólidos/salgados respectivamente). O percentual de puérperas que referiu intenção de introduzir líquidos e sólidos após os 12 meses somou menos que 1%, não sendo representado nesta figura.

O tempo médio pretendido para introdução de novos alimentos em meses apresentou diferença estatística ($p < 0,05$) tanto para os líquidos $5,33 \pm 2,26$ e $3,34 \pm 2,63$, quanto para sólidos $6,31 \pm 2,37$ e $5,91 \pm 2,20$ em Petrópolis e Queimados respectivamente.

Figura 2

Diversos fatores alocados nos quatro grupos de variáveis do modelo de determinação dentre eles a satisfação com a gestação (materna e paterna), internação do recém-nascido na UTIN e renda per capita, apresentaram p-valor acima de 0,10 e não foram incluídas no modelo final; a tabela 2 apresenta os resultados das demais variáveis não incluídas.

Tabela 2

A tabela 3 apresenta razões de prevalência brutas e ajustadas para as variáveis que foram inseridas no modelo multivariado. A variável ecológica Município não foi inserida no modelo de análise devido a sua importante correlação com variáveis socioeconômicas e de condições de saúde na amostra, uma vez que os Municípios deste estudo são marcadamente diferentes entre si. No modelo final, permaneceram estatisticamente significativas as associações entre tipo de parto, alojamento conjunto, Apgar ao 5º minuto, número de gestações, adequação das orientações sobre aleitamento materno e do pré-natal,

realizar consultas em mais de um estabelecimento de saúde e classe socioeconômica. A regressão de Poisson apresentou boa adequação ao modelo proposto (Qui-quadrado Goodness-of-fit não significativo).

A variável contínua escore de Apgar ao 5º minuto apresentou diferença estatística entre as médias entre os grupos que relataram intenção de amamentar até os seis meses e que não o fizeram com valores de $8,9 \pm 0,88$ e $9,0 \pm 0,74$ respectivamente. No modelo final a variável manteve-se associada com o desfecho de interesse apresentando aumento de 1% a cada ponto acrescido no escore de Apgar ($p=0,023$).

Tabela 3

DISCUSSÃO

Observou-se alta prevalência de puérperas com relato de não intenção de amamentar seus filhos exclusivamente até os seis meses de vida. Embora tenha sido baixo o percentual de mães que relataram não ter a intenção de amamentar em qualquer momento, a preferência pelo aleitamento complementado prevaleceu.

A intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses apresentou diferenças significativas quando comparada entre os dois municípios da pesquisa; esse achado está relacionado com as marcantes diferenças socioeconômicas, do acesso e qualidade dos serviços de saúde dos mesmos e justificam a seleção desses municípios especificamente para a pesquisa.

O alojamento conjunto durante todo o período de internação apresentou-se como a mais importante variável na determinação da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses, exercendo tal influência potencialmente por meio da interação precoce entre mãe-filho e a facilitação do estabelecimento da amamentação desencadeando na sensação de autoconfiança materna para com a amamentação.

Resultante de parto sem complicações, o alojamento conjunto, neste estudo, mostrou-se associado à intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses independentemente da existência de complicações durante o parto e nascimento e estadia do RN na UTIN, uma vez que tais variáveis não apresentaram qualquer associação com o desfecho de interesse. Igualmente Diaz Rozzett e Fragoso (2010) constataram que mulheres apresentando maior

risco gestacional, sejam adolescentes, portadoras de patologias diversas antes e durante a gestação ou gestantes que precisaram ser internadas durante a gestação apresentaram os mesmos padrões de intenção de amamentar que mulheres hípidas (26).

A associação entre intenção de amamentar e alojamento conjunto foi observada em estudo quasi-experimental realizado por Procionoy et al. (1983) no Brasil, que observaram uma proporção maior de puérperas com intenção de amamentar entre aquelas ficaram em alojamento conjunto com seus recém-nascidos, mesmo após ajuste por variáveis associadas ao pré-natal e outras rotinas hospitalares (27).

Muito embora o relato materno de complicações no parto e nascimento não tenha apresentado associação com a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses, o escore de Apgar ao quinto minuto manteve sua associação com o desfecho, apresentando acréscimo de 1% a cada ponto de aumento do Apgar. Tal associação não foi encontrada na limitada literatura sobre os determinantes da intenção de amamentar, entretanto, pode-se levantar a hipótese de que crianças nascidas com Apgar mais elevado, sendo percebidas como mais saudáveis, aumentem a sensação de autoconfiança das puérperas em relação à amamentação dos mesmos.

Para a amostra estudada a modalidade do parto cesariano manteve sua associação significativa com a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de vida mesmo após o ajuste por outras variáveis do modelo multivariado. Ainda que a associação entre parto normal e iniciação e duração superior do aleitamento materno esteja bem documentada (12,28), no presente estudo, observou-se resultado oposto, tendo a realização de parto cesariano influência positiva na opção materna pela amamentação exclusiva até os seis meses de vida. Tal associação pode ser mediada pela renda, uma vez que a realização de cesáreas é mais frequente em mulheres de renda mais elevada e estas relatam maior intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses, contudo, conclusões nesse estágio tendem a ser precipitadas e são necessárias mais pesquisas visando aprofundar o conhecimento acerca dos mecanismos de associação entre parto cesariano e a intenção de amamentar (29).

No que diz respeito ao número de gestações, foi observada associação inversa com o desfecho na categoria de 2 ou mais gestações. Resultados semelhantes são descritos no trabalho de Ladomenou et al (2007), no qual a multiparidade foi associada negativamente

com a intenção de amamentar e por McInnes (2001) que relata aumento de aproximadamente 190% nas chances de mulheres primíparas residentes na Escócia relatarem a intenção de amamentar quando comparadas com as multíparas (29,30).

Outro fator determinante no modelo estudado é a adequação quantitativa (número de consultas e início das mesmas) e qualitativa (recebimento de informações sobre o aleitamento materno) do pré-natal realizado. O pré-natal considerado inadequado reduz em 24% a probabilidade da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses, enquanto o recebimento de orientações adequadas (tercil superior) sobre os benefícios do aleitamento materno durante as consultas de pré-natal apresentou-se como fator de proteção (21%). Sable e Patton (1998) obtiveram resultados semelhantes em estudo realizado nos EUA, onde mulheres que receberam conselhos e informações sobre aleitamento materno apresentaram prevalências de intenção de amamentar significativamente maiores (61,1%) que aquelas que não receberam (34,7%) (31); resultado análogo ao descrito por Vieira et al. no Brasil (12).

Ainda sobre o pré-natal, a realização de consultas em mais de uma unidade de saúde está negativamente associada com a intenção de amamentar exclusivamente por 6 meses no presente estudo; esse efeito é fruto potencial da menor interação entre profissional de saúde e gestante assim como da impossibilidade de se garantir a integralidade do atendimento pré-natal, uma vez que nesse tipo de situação não se pode assegurar a continuidade das ações de promoção e proteção à saúde materna e infantil.

Não obstante, a classe econômica manteve associação linear positiva com o desfecho mesmo após o ajuste pelas demais variáveis do modelo. Observa-se que mulheres de maior classe econômica, mesmo em amostra relativamente homogênea como a de usuárias do SUS, apresentam maiores probabilidades de ambicionar a manutenção do aleitamento materno até os seis meses de vida. Tal associação vem sendo relacionada com diversas caracterizações do aleitamento materno, sendo potencialmente mediada pela melhor assimilação das informações recebidas e escolaridade materna (6,29,32).

Destacam-se para este estudo alguns fatores que substanciam a qualidade do mesmo, dentre eles o rigor metodológico da coleta, dupla digitação e controle de qualidade dos dados, além da utilização de questionários previamente testados e validados descritos em outra publicação (21); contudo, há de se ressaltar que, como qualquer pesquisa

longitudinal, a amostra inicial do estudo de base apresentou perdas, precocemente adereçadas por meio do incremento de 20% adicionado ao cálculo amostral.

Uma limitação a ser ressaltada é a medida do desfecho de interesse; embora essa medida tenha sido baseada em uma questão inicial (intenção de amamentar e duração da mesma) seguida de duas questões de checagem (início previsto da introdução de outros alimentos/líquidos e alimentos salgados na alimentação do recém-nascido) ela é passível de imprecisão devido ao viés de resposta decorrente da possibilidade de que as gestantes tenham optado por dar respostas consideradas socialmente mais aceitáveis, levando assim à superestimação da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses (33). Além desta, deve-se atentar para o fato de que a amostra é constituída exclusivamente por usuárias do SUS, o que a torna não representativa da população total dos Municípios estudados, especialmente no que tange às classes econômicas mais elevadas. Resultado dessa homogeneidade é evidenciado pela ausência de puérperas/gestantes classificadas como de classe econômica A e baixas proporções de classe B na amostra.

Os resultados do presente estudo demonstram que diversos fatores considerados importantes na determinação da intenção de amamentar em outros estudos, como a idade materna, apoio paterno, a intenção de engravidar, aleitamento materno na primeira hora de vida e escolaridade materna não apresentaram papel significativo após inserção de dados relativos ao pré-natal, parição, tipo de parto, alojamento conjunto e classe econômica. Com isso, fica evidenciado o papel central dos serviços de saúde na determinação da intenção de amamentar exclusivamente por seis meses de gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, especialmente daquelas em pior condição socioeconômica, seja por meio do acesso ao serviço de pré-natal integral e adequado, ou por meio das rotinas hospitalares promotoras da amamentação baseadas nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (35,36).

Os resultados do presente estudo ressaltam que a intenção materna de amamentar seus filhos exclusivamente até os seis meses de vida é majoritariamente determinada por fatores modificáveis, o que favorece a probabilidade de sucesso das estratégias de intervenção, desde que estas sejam permeadas pelas especificidades de cada população e sua execução ocorra de modo longitudinal, atingindo mulheres em todas as fases da sua vida reprodutiva.

Dessa forma, se alcançará a valorização continuada do aleitamento materno e conseqüentemente o ambicionado incremento da prática exclusiva e continuada do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 fev;115(2):496–506.
2. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 abr;(153):1–186.
3. Brasil. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos: Bases técnico-científicas, diagnóstico alimentar e nutricional e recomendações. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 p. 152.
4. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança: PNDS 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde - Brasil; 2008 p. 583.
5. IBGE/UNICEF. Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos Nutricionais, 1974-75. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1982 p. 267.
6. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzewald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 maio 28;377(9780):1863–76.
7. Lauer J, Betran A, Victora C, de Onis M, Barros A. Breastfeeding patterns and exposure to suboptimal breastfeeding among children in developing countries: review and analysis of nationally representative surveys. *BMC Medicine*. 2004;2(1):26.
8. UNICEF. Childinfo.org: Statistics by Area - Breastfeeding - The challenge [Internet]. [citado 2011 ago 1]. Recuperado de: <http://www.childinfo.org/breastfeeding.html>
9. McDowell MM, Wang C-Y, Kennedy-Stephenson J. Breastfeeding in the United States: findings from the national health and nutrition examination surveys, 1999-2006. *NCHS Data Brief*. 2008 abr;(5):1–8.

10. Wenzel D, Ocaña-Riola R, Maroto-Navarro G, de Souza SB. A multilevel model for the study of breastfeeding determinants in Brazil. *Matern Child Nutr.* 2010 out;6(4):318–27.
11. Carletti C, Pani P, Knowles A, Monasta L, Montico M, Cattaneo A. Breastfeeding to 24 months of age in the northeast of Italy: a cohort study. *Breastfeed Med.* 2011 ago;6:177–82.
12. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10:760.
13. Senarath U, Siriwardena I, Godakandage SSP, Jayawickrama H, Fernando DN, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding practices: An analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2011 abr 21 [citado 2011 ago2]; Recuperado de:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21507202>
14. Grummer-Strawn LM, Scanlon KS, Fein SB. Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics.* 2008 out;122 Suppl 2:S36–42.
15. Oyco-Santos G. Factors related to post-partum mothers' decision to breast-feed. *ANPHI Pap.* 1983 jun;18(1-2):17–20.
16. Vogel AM. Intended plans for breastfeeding duration: a simple tool to predict breastfeeding outcome. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):270–1.
17. Gijssbers B, Mesters I, Knottnerus JA, Van Schayck CP. Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model. *Breastfeed Med.* 2006;1(4):236–46.
18. Kools EJ, Thijs C, de Vries H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. *Health Educ Behav.* 2005 dez;32(6):809–24.
19. Donath SM, Amir LH. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):352–6.
20. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research: principles and quantitative methods.* 1^o ed. New York: Wiley; 1982.

21. Leal M do C, Pereira APE, Lamarca G de A, Vettore MV. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(Sup 2):S237–S253.
22. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica no Brasil. São Paulo; 1997.
23. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Am J Public Health*. 1994 set;84(9):1414–20.
24. Leal M do C, Gama SGN da, Ratto KMN, Cunha CB da. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(Sup 1):S63–S72.
25. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6): 992-8.
26. Diaz Rozett H, Garcia Fragoso L. Prenatal breastfeeding intentions in a group of women with high risk pregnancies. *Bol Asoc Med P R*. 2010 mar;102(1):21–3.
27. Procianoy R, Fernandes-Filho P, Lazaro L, Sartori N, Drebes S. The influence of Rooming-in on Breastfeeding. *J Trop Pediatr*. 1983;29(2): 112-114.
28. Chaves R, Lamounier JA, Cesa CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J. Pediatr. (Rio J)*. 2007;83(3):241–6.
29. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Junior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, Mochel EG, Figueiredo Neto JÁ. Aspectos relacionados à escolha de tipo do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada em São Luiz, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 25(7), 1587-1596, Jul 2009.
30. Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 2007 out;96(10):1441–4.
31. McLnnes RJ, Love JG, Stone DH. Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. *BMC Public Health*. 2001;1:10.

32. Sable MR, Patton CB. Prenatal lactation advice and intention to breastfeed: selected maternal characteristics. *J Hum Lact.* 1998 mar;14(1):35–40.
33. Persad MD, Mensinger JL. Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *J Community Health.* 2008 abr;33(2):53–60.
34. Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M, Bradbury I, Scott JA. Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. *Health Educ Res.* 2007 ago;22(4):561–70.
35. OMS (Organização Mundial da Saúde). Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Brasília (DF): A Organização; 2001.
36. Travassos C, Oliveira EXG de, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006 dez;11(4):975–86.

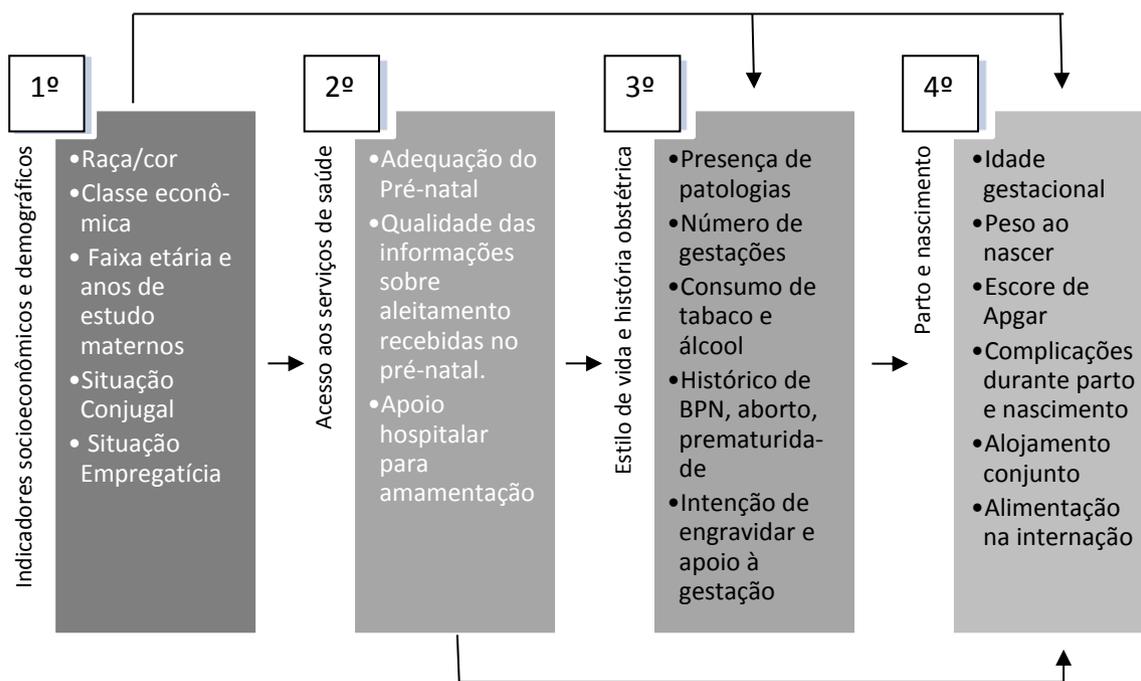


Figura 1: Modelo hierarquizado de determinação da intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses. Queimados e Petrópolis, RJ, 2009.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de amostra de gestantes/puérperas. Rio de Janeiro, 2009.

Variável	Petrópolis		Queimados		Total	p-valor
	n	%	N	%	N (%)	
Idade (anos)						
Adolescente	151	19,9	156	26,0	307 (22,6)	0,000
Adulta Jovem	529	69,6	412	68,8	941 (69,2)	
Adulta	80	10,5	31	5,2	111 (8,2)	
Escolaridade (anos)						
≤4	135	17,8	64	10,7	199 (14,6)	0,000
5 – 8	346	45,5	245	40,9	591 (43,5)	
≥ 9	279	36,7	290	48,8	569 (41,9)	
Raça/cor						
Branca	318	42,0	135	22,6	453 (33,5)	0,000
Preta/Parda	439	58,0	462	77,4	901 (66,5)	
Trabalho remunerado						
Sim	323	42,5	212	35,4	535 (39,4)	0,008
Não	437	57,5	387	64,6	901 (66,5)	
Situação conjugal						
Tem companheiro	544	71,6	454	75,8	998 (73,4)	0,081
Não tem companheiro	216	28,4	145	24,2	361 (26,6)	
Renda per-capita mensal* (em Salários Mínimos)						
Até ½ SM	260	42,0	279	49,8	539 (45,7)	0,007
> ½ SM	359	58,0	281	50,2	824 (60,6)	
Classe econômica						
E	21	2,8	42	7,0	63 (4,6)	0,001
D	209	27,5	182	30,4	391 (28,8)	
C	483	63,6	347	57,9	830 (61,1)	
B	47	6,2	28	4,7	75 (5,5)	
Número de gestações anteriores						
Primigesta	265	34,9	239	39,9	504 (37,1)	0,057
2 ou + gestações	495	65,1	360	60,1	855 (62,9)	
Número de consultas de pré-natal						
Até 3	19	2,6	43	7,2	62 (4,7)	0,000
4 a 6	127	17,3	341	57,2	468 (35,2)	
7 ou mais	586	80,1	212	35,6	798 (60,1)	
Adequação do pré-natal – Kotelchuck						
Adequado	506	69,1	226	37,9	732 (55,1)	0,000
Parcialmente adequado	155	21,2	201	33,7	356 (26,8)	
Inadequado	71	9,7	169	28,4	240 (18,1)	
Tipo de parto						
Vaginal	392	51,6	339	56,6	731 (53,8)	0,066
Cesariano	368	48,4	260	43,4	628 (46,2)	
Alojamento conjunto durante a internação						
Sim	661	87,8	400	67,0	1061 (78,6)	0,000
Não	92	12,2	197	33,0	289 (21,4)	

Amamentou na primeira hora de vida						
Sim	350	54,0	269	48,4	619 (51,4)	0,051
Não	298	46,0	287	51,6	585 (48,6)	
Intenção de Amamentar Exclusivamente até o sexto mês						
Sim	436	57,4	177	29,5	746 (54,9)	0,000
Não	324	42,6	422	70,5	613 (45,1)	

* Em relação ao salário mínimo de 2008 (R\$ 415,00)

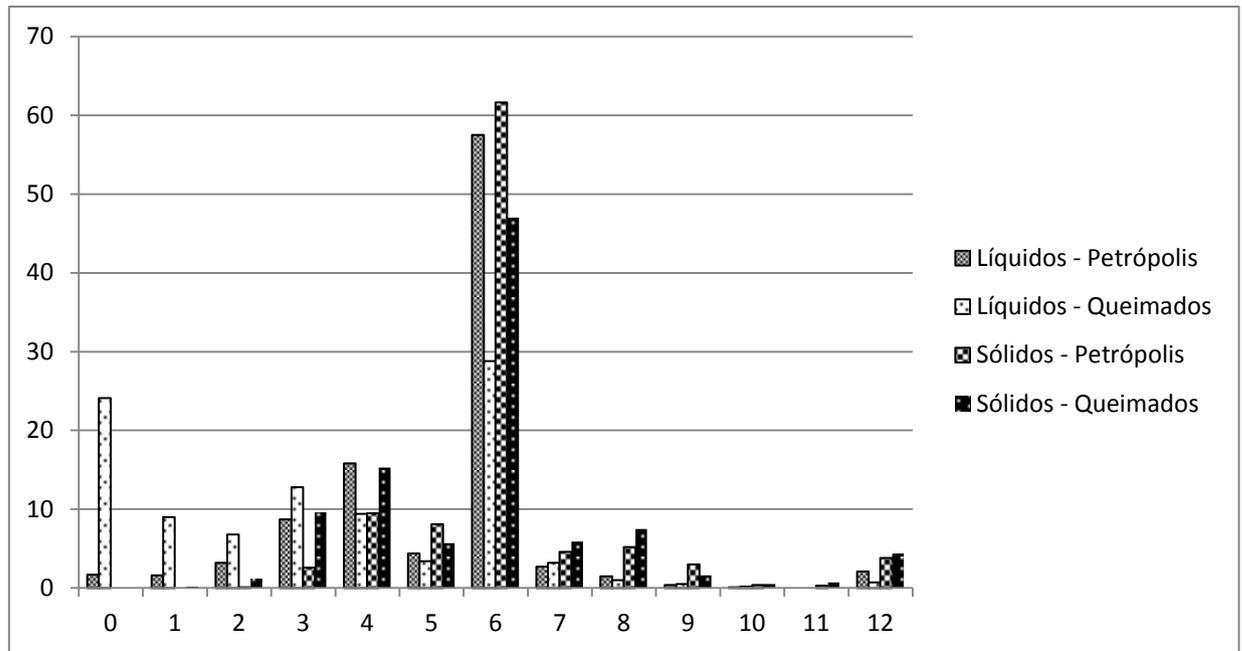


Figura 2: Distribuição percentual de meses referidos para introdução de outros líquidos e alimentos semissólidos na dieta de recém-nascidos por Município. Rio de Janeiro, 2009.

Tabela 2: Distribuição de variáveis não inseridas no modelo final. Intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses. Rio de Janeiro, 2009.

Variável	Intenção de Amamentar Exclusivamente até os 6 meses					p-valor
	Não		Sim		N (%)	
	n	%	n	%		
O RN apresentou alguma complicação ao nascimento?						
Não	660	88,5	547	89,4	1207 (88,9)	0,597
Sim	86	11,5	65	10,6	151 (11,1)	
A mãe apresentou alguma complicação durante o parto?						
Não	676	91,2	564	92,5	1240 (91,8)	0,412
Sim	65	8,8	46	7,5	111 (8,2)	
Idade gestacional						
Prematuro	76	10,2	63	10,3	139 (10,3)	0,975
A termo	666	89,8	549	89,7	1215 (89,7)	
Peso ao nascer						
Baixo peso ao nascer	58	7,8	60	9,8	118 (8,7)	0,189
Peso normal	686	92,2	551	90,2	1237 (91,3)	
Percepção materna de apoio hospitalar para amamentação						
Não	188	32,6	117	29,5	305 (31,3)	0,316
Sim	389	67,4	279	70,5	668 (68,7)	
Presença de patologias referidas durante a gestação						
Não	329	44,4	252	41,2	581 (42,9)	0,233
Sim	412	55,6	360	58,8	772 (57,1)	
Uso de tabaco ou drogas durante a gestação						
Não	647	87,0	547	89,2	1194 (88,0)	0,200
Sim	97	13,0	66	10,8	163 (12,0)	
Situação Conjugal						
Tem companheiro	552	74,0	446	72,8	998 (73,4)	0,607
Não tem companheiro	194	26,0	167	27,2	361 (26,6)	
Trabalho remunerado						
Não	448	60,1	376	61,3	824 (60,6)	0,607
Sim	298	39,9	237	38,7	535 (39,4)	
Intenção de Engravidar						
Não	445	59,9	385	63,1	830 (61,3)	0,226
Sim	298	40,1	225	36,9	523 (38,7)	
História prévia de prematuridade, baixo peso ao nascer ou óbito fetal						
Não	676	90,6	565	92,2	1241 (91,3)	0,312
Sim	70	9,4	48	7,8	118 (8,7)	
Escolaridade materna (anos de estudo)						
Até 4 anos	106	21,4	147	24,0	307 (22,6)	0,209
De 5 a 8 anos	531	71,2	410	66,9	941 (69,2)	
9 ou mais anos	55	7,4	56	9,1	111 (8,2)	
Faixa etária materna						
10-19 anos	160	21,4	147	24,0	307 (22,6)	0,209
20-34 anos	531	71,2	410	66,9	941 (69,2)	
35+ anos	55	7,4	56	9,1	111 (8,2)	

Tabela 3: Distribuição de variáveis inseridas no modelo final por intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses. Rio de Janeiro, 2009.

Variável	L.AME≥6 meses			RP Bruta	P-valor	RP – Ajustada (IC95%)
	n	N	Prev %			
Tipo de parto						
Parto Normal	315	731	43,1	1,00	0,100	1,00
Cesariano	298	628	47,5	1,10		
Alojamento conjunto						
Não	93	289	26,9	1,00	0,000	1,00
Sim	516	1061	45,6	1,51		
RN amamentado na 1ª hora						
Não	248	585	47,5	1,00	0,075	1,00
Sim	294	619	42,4	1,12		
Nº de gestações						
Primigesta	252	504	50,0	1,00	0,019	1,00
2ª + gestação	361	855	42,2	0,84		
Uso de álcool na gestação						
Não	562	1218	46,1	1,00	0,024	1,00
Sim	51	141	36,2	0,78		
Escore orientação sobre AM no pré-natal - tercil						
1º Tercil	200	489	40,9	1,00	0,017	1,00
2º Tercil	263	577	45,6	1,11		
3º Tercil	149	290	51,4	1,26		
Adequação do pré-natal						
Adequado	357	732	48,8	1,00	0,003	1,00
Parcialmente Adequado	155	356	43,5	0,89		
Inadequado	87	240	36,6	0,74		
Fez todo pré-natal na mesma unidade						
Sim	488	1012	48,2	1,00	0,000	1,00
Não	119	329	36,2	0,75		
Raça/cor materna						
Branca	228	453	50,3	1,00	0,007	1,00
Preta ou Parda	384	901	42,6	0,85		
Classe econômica						
E	19	63	30,2	1,00	0,005	1,00
D	170	391	43,5	1,51		
C	379	830	45,7	1,49		
B	45	75	60,0	1,99		

L.AME: Intenção de Amamentar Exclusivamente até os seis meses AM: Aleitamento Materno

6.2 Manuscrito 2

Timely initiation of breastfeeding: How influential are hospital's routines?

Carolina Perim de Faria¹, Maria Inês Couto de Oliveira², Silvana Granado Nogueira da Gama³.

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ. Departamento de Educação Integrada em Saúde, DEIS/UFES.

2 Departamento de Epidemiologia e Bioestatística, Universidade Federal Fluminense.

3 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ.

Correspondence to: Carolina Perim de Faria

Departamento de Educação Integrada em Saúde, Centro de Ciências da Saúde - UFES.

Av Marechal Campos, nº 1468, Maruípe, Vitória – ES. Cep 29045-501

Email: carolperim@yahoo.com

Abstract

This paper aims to determine prevalence and factors associated to timely initiation of breastfeeding in a sample of 1257 women from Queimados (563) and Petrópolis (694), Rio de Janeiro State, Brazil. It is a hybrid study defined as prevalence follow-up, which has a cross-sectional outcome and explanatory variables collected on a cohort manner. Data on sociodemographic, maternal health and obstetric, prenatal care, hospital routines and childbirth conditions was collected through two-moment interviews occurring during pregnancy and childbirth hospitalization. Outcome was reported by mothers as breastfeeding initiation within the first 60 minutes after birth. Bivariate analysis were carried out using t-student and chi-square tests, every variable reaching significance level of 0.20 or lower and not presenting correlation coefficients higher than 0.80 was inserted on an hierarchic Poisson regression with robust variance for multivariate analysis. Final analyses were performed with a significance level of 5%. Prevalence of timely initiation of breastfeeding was 52.3% (CI 95% 50-55). Higher maternal education (PR 0.84, CI95% 0.75-0.94), receiving prenatal care in more than one establishment (PR 0.80, CI95% 0.70-0.92), having a preterm baby (PR 0.67, CI95% 0.53-0.86), and delivery through a c-section (PR 0.56, CI95% 0.49-0.65) were inversely associated to the outcome, while inadequate prenatal care (RP 1.14, CI95% 1.01-1.30), early skin-to-skin contact (PR 1.13, CI95% 1.02-1.25) and being placed in rooming-in care (PR 2.22, CI95% 1.59-3.12) were positively associated to breastfeeding within the first hour of life. Hospital routines act directly and indirectly on the determination of timely initiation of breastfeeding and therefore should be the main focus of educative and regulatory health actions.

Key words: Breastfeeding, Feeding Methods, Mother Child Relation, Epidemiological Factors.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados ao início da amamentação na primeira hora de vida em uma amostra de 1.257 mulheres de Queimados (563) e Petrópolis (694), Estado do Rio de Janeiro, Brasil. É um estudo híbrido definido como follow-up de prevalência, no qual se tem um desfecho coletado de modo transversal e variáveis independentes coletadas longitudinalmente. Dados sobre as condições do parto, características sociodemográficas, de saúde materna, histórico obstétrico, pré-natal e rotinas hospitalares e foram coletados por meio de entrevistas durante a gravidez e durante o período pós-parto imediato. A variável dependente foi construída por meio do relato das mães sobre o tempo decorrido antes da primeira mamada de seus bebês. A análise bivariada foi realizada por meio de testes t de Student e qui-quadrado, cada variável que alcançou nível de significância igual a 0,20 ou menor e não apresentou correlação maior do que 0,80 foi inserida no modelo hierarquizado de regressão de Poisson com variância robusta para análise multivariada. Análises finais adotaram nível de significância de 5%. A prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi de 52,3% (IC 95% 50-55). Escolaridade materna (RP 0,84, IC95% 0,75-0,94), receber cuidados pré-natais em mais de um estabelecimento (RP 0,80, IC95% 0,70-0,92), ter um bebê prematuro (RP 0,67, IC95% 0,53-0,86), parto cesariano (PR 0,56, IC95% 0,49-0,65) foram inversamente associados com o resultado, enquanto o pré-natal inadequado (RP 1,14, IC95% 1,01-1,30), o contato pele-a-pele precoce (RP 1,13, IC95% 1,02-1,25) e ser colocado em alojamento conjunto (RP 2,22, IC95% 1,59-3,12) foram positivamente associados à amamentação na primeira hora de vida. Rotinas hospitalares atuam direta e indiretamente na determinação do início precoce do aleitamento materno e, portanto, devem ser o principal foco de ações educativas em saúde e regulamentares.

Palavras-chave: Aleitamento materno, métodos de alimentação, relação mãe-criança, fatores epidemiológicos.

Introduction

Breastfeeding is known to be beneficial to both, mothers and infants (1). It provides the most adequate nourishment for appropriate growth and physical development of babies (1,2) and has been associated to lower incidence rates of respiratory (3-4) and gastrointestinal tract infectious diseases (4) and necrotizing enterocolitis (5). Breastfeeding is also believed to enhance mother and child bond (1), child's intellectual skills (6) and to protect against diabetes (7), obesity and cardiovascular diseases later on life (6,8,9). Relative to mothers, breastfeeding is known to decrease risk of breast (10) and ovarian cancer (11-12), to extend the period of postpartum contraception and to promote postpartum weight loss (1).

These findings reinforce the need not only to breastfeed, but to initiate it during the first hour postpartum, to maintain exclusive breastfeeding until six months and to persist with complemented breastfeeding for at least 24 months; these recommendations are supported by international and national health institutions (13,15).

Timely initiation of breastfeeding is considered a crucial action to reduce child mortality. Jones et al (2003) described a reduction of 20% of neonatal deaths mediated by timely initiation of breastfeeding by itself and a decrease of 13% in child mortality when associated to recommended duration of the exclusive and complemented forms (16). Another study carried out in Ghana (2006) described rates of neonatal mortality 16.3 and 22.3% lower when breastfeeding was initiated on the first day and first hour of life respectively (17).

A recent study published by Boccolini et al (2013) which analyzed secondary data from 67 countries has found that neonatal mortality was inversely correlated to breastfeeding within the first hour of life, especially among countries that registered neonatal mortality rates greater than 29 deaths per 1.000 live births (18).

Being closely related to poverty, social inequalities and consequently to the insufficient access to quality health services, child mortality was included as one of the Millennium Development Goals proposed by the United Nations – UN. Brazil has signed in on the compromise to reduce child mortality rates in 2/3 between 1990 and 2015; so far mortality rates among children younger than 5 years of age have dropped from 68 per 1.000 live births in 1990 to 16 per 1.000 live births in 2010 (19), while prevalence of timely initiation

of breastfeeding evolved from 32.8% in 1996 to 67.7% in 2008 (20, 21). These findings, although remarkable while an ecological approach, are marked by the alarming inequalities observed in different areas and populations of the country.

Such impact on child and neonatal mortality has driven several initiatives to promote the timely initiation of breastfeeding. The Baby-Friendly Hospital Initiative, proposed by the World Health Organization - WHO/UNICEF, rules the promotion of breastfeeding within the first hour of life as the 4th of 10 Steps to Successful Breastfeeding (22). Also, the World Alliance for Breastfeeding Action - WABA has elected timely initiation of breastfeeding as the theme of World Breastfeeding Week of 2007; its slogan stressing the potential to save a million babies through breastfeeding within the first hour postpartum (23).

A study carried out in USA compared the costs of labor and delivery in baby-friendly and non baby-friendly hospital; its findings were encouraging the adoption of the Baby-Friendly Initiative since costs were not significantly different between hospitals analyzed (24). Therefore, timely initiation of breastfeeding can be considered as a powerful and executable mean to improve maternal and child health worldwide.

This paper aims to identify the prevalence of timely initiation of breastfeeding among a sample of mothers from two cities in Rio de Janeiro State, Brazil, and the factors associated to this outcome.

Methods

This is a hybrid study characterized as having a prevalence follow-up design. It uses variables collected longitudinally while having a cross sectional outcome. It is part of a larger cohort study named “Social Capital and Psychosocial Factors Associated to Preterm Birth and Low Birth Weight” carried out in 2008 and 2009 in two cities (Queimados and Petrópolis) located in Rio de Janeiro State, Brazil. These two cities have been chosen due to their similar size (between 100 and 500 thousand inhabitants) and marked inequalities regarding income, access to health services, homicide rates, among other characteristics related to Social Capital and Social Support. (<http://www.ibge.gov.br>; Secretaria de Estado de Segurança Pública do Rio de Janeiro. http://urutau.proderj.rj.gov.br/isp/admin/paginas/upboletim/2006_03_bol.pdf, accessed on

Jun/2006). Queimados presented a much worse situation when compared to Petrópolis; their latest Human Development Index - HDI scores were 0.73 and 0.804 respectively.

Every pregnant woman, whose pregnancy was on its first trimester, seeking prenatal care in public health care establishments located in both cities (3 units in Petrópolis and 8 in Queimados) were invited to take part on the research; those agreeing were followed until 6 months after delivery. Details on the larger study's methodology have been described elsewhere (25).

The larger study's sample was calculated based on a prevalence of 25.8% inadequate and 8.3% adequate prenatal care, significance level of 5% and 95% power to detect differences of 5%. The sample was increased in 20% to address loss in follow up, resulting on a sample size of 1680 women. For this study, the calculated sample size was based on a prevalence of 50% of timely initiation of breastfeeding, significance level of 5% and 95% power to detect differences of 5% resulting on 767 women (384 from Petrópolis and 383 from Queimados); therefore the available data was more than sufficient for the forthcoming analysis.

Every woman that consented to take part on the research was eligible for this study. Exclusions were based on: not having an answer for the outcome question: "How long did it take you to breastfeed your child for the first time?" (n= 394), being HIV positive (n= 01), baby being placed on Intensive Care Unit – ICU (n = 26) and using drugs not compatible with lactation according to the Brazilian Health Ministry Guide on lactation and use of drugs and other substances (n= 02); after exclusions, sample size was 1257.

The outcome variable: timely initiation of breastfeeding was self-reported by mothers during the postpartum interview, which was carried out mainly during postpartum stay as a continuous measurement of time elapsed before first breastfeeding interaction with the newborn. Women who responded the postpartum questionnaires but could not answer the question due to memory were excluded from the sample. This variable was later dichotomized as whether breastfeeding initiation occurred within the first 60 minutes of life.

Dependent variables comprised data collected in two moments: prenatal interview and postpartum interview. On the first encounter information on maternal economic class according to a criteria based on family chief's education and ownership of durable goods

(26), place of residency, self-reported race/skin color, age, years of education, employment and marital status was collected. On the second encounter information on Adequacy of prenatal care according to the Kotelchuck index adapted to the recommendations of the Brazilian Health Ministry (27), adequacy of the information received during antenatal care regarding breastfeeding (score based on 6 questions regarding: general information, nursing position, satiety and milk production, breastmilk expression and pumping, exclusive and complemented duration of breastfeeding, use of bottles and pacifier - later divided into tertiles), completion of all pre-natal consultations on the same health unit, self-reported diagnosis of diseases and complications during pregnancy such as high blood pressure, diabetes, syphilis, urinary tract infection among others, whether women intended to get pregnant, gestational age, type of childbirth, occurrence of complications during labor and birth, number of live births, use of anesthesia during childbirth, early skin contact with newborn, presence of companion during and after childbirth, being placed in rooming-in care, maternal perceived quality of childbirth care and support to breastfeed, baby's birth weight, gestational age, Apgar score and financial support source for childbirth care (public x private).

Continuous and categorical variables were initially evaluated for inconsistencies (outliers and errors in coding), afterwards means and standard deviations and proportions were used to describe distributions. Prevalence of timely initiation of breastfeeding is presented alongside its confidence interval of 95%.

The Kolmogorov-Smirnov test was used to determine normality of distribution of continuous variables. Bivariate/exploratory analysis were performed to determine raw associations between dependent and independent variables using chi-square test for proportions and t-student and Mann-Whitney tests for continuous variables depending on its pattern of distribution. Variables reaching significance levels of 0.20 on the bivariate analysis were then tested for correlation using Pearson and Kendall Tau rank correlation coefficients; if coefficients were greater or equal to $|0.80|$, one of the variables was dropped from the final model. The criterion for dropping variables was based on the percentage of missing information.

Due to the outcome's high prevalence, multivariate analysis was carried out using hierarchic Poisson Regression with robust variance, which is an option due to binomial

logistic regression's tendency to overestimate associations in this case (28). The order of entrance of variables in the model was determined according to the explanatory model presented on figure 1, which was influenced by the widely cited rainbow model of main determinants of health proposed by Dahlgren and Whitehead (29). Final analyses were performed using a set 0.05 significance level. Statistical Package for Social Science - SPSS 17.0 (IBM, Chicago, EUA) software was used to run the tests presented on this paper.

The larger study, which was used to construct the data set used on this research, has been approved by the research ethics committee of Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ on March 2nd, 2007 by the number 158/06 and the sub-analysis of the breastfeeding information was approved by the same committee on October 9th, 2008 under approval number 131/08. All women enrolled in the study have signed a written informed consent form before every contact with the research team (on a total of 4 encounters). Consent to use the data bank has been given by the larger study coordinator Dr. Maria do Carmo Leal.

Results

After all exclusions, sample size consisted of 694 women in Petrópolis and 563 in Queimados. The mean age of the sample was 24.7 ± 6.1 years of age, 22.9% of the women, being classified as adolescents; and 37.7% were on their first pregnancy. Women presented mean of $7,9 \pm 2,9$ years of formal education as 57.1% achieved middle school degrees or less; 33.8% considered themselves as being white; 59.9% referred being unemployed and 73.6% were married at the time of the first interview. Only 3% of women referred the need to pay or use health insurance to cover costs related to childbirth and anesthesia. Table 1 describes the differences between the two cities. These differences in socioeconomic, demographic and health related variables were all expected, since they were the main reason for the selection of these specific cities for the study.

Prevalence of breastfeeding within the first hour of life reached 52.3% (CI95% 50-55) on the study sample. No significant difference was observed between prevalence in Queimados and Petrópolis ($p=0.08$). Time elapsed before initiation of breastfeeding presented mean value of 327 ± 976 minutes or 5.45 ± 16.2 hours with a minimum of 1 minute and a maximum value equivalent to 20 days.

Among the variables from the socioeconomic block of the explanatory model, only age, economic class and years of education reached significance levels greater than 0.20 on the bivariate analysis. From the next block defined as variables related to access and quality of prenatal care and maternal characteristics, adequacy of prenatal care and completion of all prenatal consults on the same facility presented significance level of 0.10 or less. Type of childbirth, early skin contact, being placed in rooming-in care and gestational age and maternal report of complications during labor and birth were the variables retrieved from the third and fourth blocks of the explanatory model.

Table 2 presents the crude and adjusted prevalence ratios for the variables inserted on the multivariate model. Economic class, age and occurrence of complications during birth and labor did not remain significantly associated to breastfeeding with the first hour after birth when model was fully adjusted.

Figures 2 and 3 represent time elapsed before initiation of breastfeeding according to the city of residence of mothers and the two variables that presented most expressive association with timely initiation of breastfeeding: Rooming-in care and type of childbirth. Even though prevalence of breastfeeding within the first hour after birth and mean time (minutes) before first breastfeeding did not significantly differ between studied cities their median values were expressively different, reaching 60 and 120 minutes in Petrópolis and Queimados respectively.

As presented on figures 2 and 3, types of childbirth and rooming-in care exhibited distributions of time elapsed before first breastfeeding that were also quite different in both cities. Mean values (in minutes) were 153 ± 349 and 550 ± 1388 for vaginal and cesarean deliveries and 239 ± 462 and 779 ± 2122 for being placed in rooming-in care and nursery care respectively, all values were statistically different at a 0.000 level.

Discussion

Despite great improvements that have been detected over the last 2 to 3 decades concerning all aspects of breastfeeding, most of them are still well behind international recommendation (13). In this study approximately 50% of evaluated sample did not breastfeed within the first hour after birth; this is a low prevalence if compared to the latest Brazilian national data from 2008 (21), which reached prevalence of 67.7% using a

classical cross-sectional study design. Other recent Brazilian studies' results are diverse; Vieira et al encountered a prevalence of 74.1% in Bahia (30), in Rio de Janeiro results were as low as 16% (31), while in Pelotas 35.5% of mothers accomplished timely initiation of breastfeeding (32). The comparison of these results needs to be cautious due to the differences in methodology and time periods of data collection between studies, but the need to improve rates of timely initiation of breastfeeding in Brazil is beyond doubt.

Although Petrópolis has one of its hospitals accredited as Baby-Friendly, better quality health care services and higher Human Development Index (HDI) than Queimados, prevalence rates of timely initiation of breastfeeding were similar. This finding is likely due to the specificities of the sample, which consists solely on women enrolled on prenatal care in public health care institutions.

This characteristic defines the main limitations of the study, for instance the most important ones are that women of higher socioeconomic strata will almost always rely on private services for prenatal care and childbirth, the other is related to the homogenous practices and routines shared by public institutions. These limit the extrapolation of the presented results. Also, even after controlling for the variables described on the determination model, some associations with the outcome are still not completely clear and seem to work their influence through other variables, indicating the possible existence of residual confounding.

The strengths of this study rely on its design. Being a cross sectional analysis of a cohort study helps minimize the possibility of recall bias since postpartum interviews were mainly carried out hours after childbirth. The quality of the research protocol employed comprised the execution of pilot study, throughout training of interviewers, testing of questionnaire quality, among other quality control procedures (25).

In this study breastfeeding within the first hour of life was negatively associated to mothers of higher education level and positively associated to inadequate or partially inadequate prenatal care; these findings may be related to the higher rates of cesarean deliveries among women of higher economic class, who more often receive prenatal care that can be classified as adequate; this finding has been described by other Brazilian study (33). Data from this sample, not presented, support this hypothesis since there are approximately

twice as many women whose prenatal care was considered inadequate among those of the lowest economic class.

Even though high quality prenatal care would be expected to be protective of breastfeeding as a whole, timely initiation of breastfeeding seems to suffer little influence of pre-natal care and maternal intent; this might be due to the fact that mothers rarely have the power to decide whether to breastfeed within the first hour after birth if the practice is not an established hospital routine (30, 32).

Besides, there has been evidence that prenatal care programs based on fewer consults did not affect negatively maternal and birth outcomes; therefore, it is possible that women receiving fewer consults or the ones who began prenatal care later in pregnancy, might not be in such a disadvantageous situation (34).

Additionally, the completion of all prenatal consults on the same health facility presented a positive association with timely initiation of breastfeeding. This could be explained by the fact that women whose pregnancies were classified as high-risk are often referred to health care facilities that are specialized in these situations, thus, these women might not be able to complete all prenatal consults on the same unit and, as it is known, high-risk pregnancies' outcomes are more often preterm and complicated births which are related to the non-initiation of breastfeeding within the first sixty minutes of life (36). Also, lower socioeconomic conditions could eventually keep women from attending all consultations on the same unit due to difficulties regarding access to the public health services in Brazil (35).

Being born preterm was associated with non-initiation of breastfeeding within the first hour of life, even after the exclusion of all babies who were admitted to the Intensive Care Unit from the sample and the adjustment for complications during childbirth and Apgar scores. This finding is supported by literature worldwide as being a result of the peculiarities of premature babies, who have difficulties with suction-deglutition-respiration and the breast-seeking reflex (29,37), although the unpreparedness of institutions and health professionals to deal with preterm babies might be the main reason to delay breastfeeding initiation, since preterm babies, specially late and non-complicated premature babies, should be able to breastfeed, being the ones who will benefit the most from timely initiation of breastfeeding (38).

As observed in other studies, hospital routines defined in this research as vaginal delivery, being placed in rooming-in care and early skin-to-skin contact have kept meaningful association with breastfeeding within the first hour of life, even after adjustment for complications during birth and labor (30-32). The mechanism by which these routines affect timely initiation of breastfeeding begins with the cesarean delivery and its specificities that are likely to delay maternal recovering time and, thus, postpone mother-baby contact, which is key for the initiation of breastfeeding within the first hour of life.

The main limitations of the study rely on the fact that its sample is representative of users of Brazilian Public Health System only; this characteristic defines a very homogenous sample regarding socioeconomic class, prenatal coverage and birth conditions. These limitations restrict the extrapolation of the presented results. Also, even after controlling for the variables described on the determination model, some associations with the outcome are still not completely clear and seem to work their influence through other variables, indicating the possible existence of residual confounding.

The strengths of this study rely on its design. Being a cross sectional analysis of a cohort study helps minimize the possibility of recall bias since postpartum interviews were mainly carried out hours after childbirth. The quality of the research protocol employed comprised the execution of pilot study, throughout training of interviewers, testing of questionnaire quality, among other quality control procedures (25).

In conclusion our results describe the roles played by maternal education, prenatal care, gestational age and delivery procedures on timely initiation of breastfeeding. They all seem to influence the outcome through hospital routines. Hospital routines, being the most important, and perhaps the easiest, modifiable factors on the determination of this significant event on child health, should be emphasized as primary subjects of regulatory and educational actions on maternal and child health, mainly through the adoption of the Baby-Friendly Initiative.

Financing

The research project entitled "Social Capital and Psychosocial Factors Associated with Preterm and Low Birth Weight", whose database was used in the preparation of this manuscript was supported by MCT / CNPq / MS-DECIT 26/2006 - Studies on Social

Determinants of Health of People with Disabilities, Health of the Black Population, Population Health Men - Process number 409805/2008-8 and by the Foundation for Research Support of the State of Rio de Janeiro - FAPERJ.

References

- 1 Giugliani ER. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr (Rio J)*. 1994; 70(3): 138-151.
- 2 Kramer MS. “Breast is best”: The evidence. *Early Hum. Dev.* 2010 Nov; 86(11): 729-32.
- 3 Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Boccolini PM. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. *Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2011; 87(5): 399-404.
- 4 Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. 2007 Jan 4; 119(4): e837-e842.
- 5 Lucas A, Cole TJ. Breast Milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet*. 1990; 336: 1519-23.
- 6 Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007
- 7 Gouveri E, Papanas N, Hatzitolios AI, Maltezos E. Breastfeeding and diabetes. *Curr Diabetes Rev*. 2011 Mar; 7(2): 135-42.
- 8 Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, Van Lenthe FJ, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev*. 2010 Oct; 11(10): 695-708.
- 9 Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(1): 60-9.
- 10 Kelsey JL, Garrison MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev*. 1993; 15(1): 36-47.
- 11 Gwinn ML, Lee NC, Rhodes PH, Layde PM, Rubin GL. Pregnancy, breast feeding and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990; 43(6): 559-568.

- 12 Whittmore AS, Harris R, Itnyre J, Collaborative Ovarian Cancer Group. Characteristics Relating to Ovarian Cancer Risk: Collaborative Analysis of 12 Case-Control Studies. *Am J Epidemiol.* 1992; 136(10): 1184-1203.
- 13 Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (1): CD003517.
- 14 World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2003 p. 36. Available in: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf. Access in: Apr 13, 2013.
- 15 Brasil. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos: Bases técnico-científicas, diagnóstico alimentar e nutricional e recomendações. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 p. 152.
- 16 Jones G, Steketee R, Black R, Bhutta Z, Morris S, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003; 362: 65-71.
- 17 Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006 mar; 117(3): e380-386
- 18 Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J Pediatr (Rio J).* 2013; 89(2): 131-6
- 19 Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010. 184p.
- 20 BENFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BENFAM; 1997.
- 21 Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília/DF: Ministério da Saúde - Brasil; 2010. p. 63. Available in: < <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/pamuni.pdf>>. Access in: Apr 13, 2013.
- 22 World Health Organization. UNICEF. Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff. Geneva: WHO/UNICEF, 2009.

- 23 World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). World Breastfeeding Week 2007. Acesso em 13/03/2013. Available in: <http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2007/index.htm>. Access in: Apr 13, 2013.
- 24 DelliFraine J, Langabeer J 2nd, Williams JF, Gong AK, Delgado RI, Gill SL. Cost comparison of baby friendly and non-baby friendly hospitals in the United States. *Pediatrics*. 2011 abr; 127(4): e989-994.
- 25 Leal M do C, Pereira APE, Lamarca G de A, Vettore MV. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(Sup 2): S237-S253.
- 26 Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP. Critério de classificação econômica no Brasil. São Paulo; 1997.
- 27 Leal M do C, Gama SGN da, Ratto KMN, Cunha CB da. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(Sup 1): S63-S72.
- 28 Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6): 992-8.
- 29 Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. ill;- Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001: 309-322.
- 30 Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross sectional study. *BMC Public Health*. 2010; 10:760.
- 31 Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1): 69-78.
- 32 Silveira RB, Albernaz E, Zucheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8(1): 35-43.
- 33 Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1): 100-7.

- 34 Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*, 2001; 357(9268): 1551–1564.
- 35 Sousa MF, Merchán-Hamann E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2009; 19(3): 711-729.
- 36 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Gestação de alto risco*. 5a ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2000. 302p.
- 37 Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37: 692-701.
- 38 WHO. *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization, 2009. 78p.

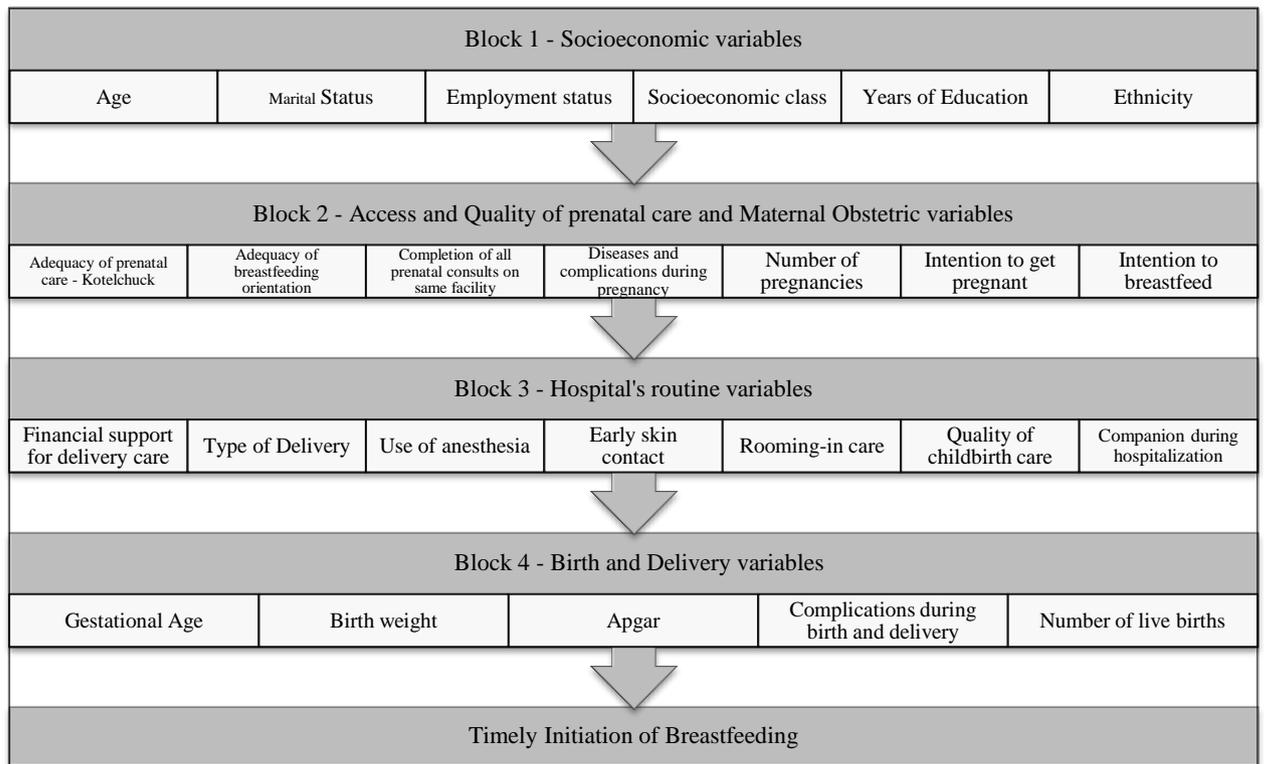


Figure 1: Explanatory model for the determination of timely initiation of breastfeeding. Queimados and Petrópolis, Rio de Janeiro State, Brazil, 2009.

Variable	Petrópolis		Queimados		Total	p-value
	N	%	n	%	N (%)	
Age (years)						
Adolescent (10-20)	138	19.9	149	26.5	287 (22.9)	0.001
Young Adult (21-35)	492	70.9	386	68.7	878 (69.9)	
Adult (35+)	64	90.2	27	4.8	91 (7.2)	
Education (years)						
0 – 8	427	61.5	290	51.6	717 (57.1)	<0.001
≥ 9	267	38.5	272	48.4	539 (42.9)	
Race/Ethnicity						
White	297	43.0	125	22.4	422 (33.8)	<0.001
Black/Brown	394	57.0	434	77.6	828 (66.2)	
Employment Status						
Unemployed	393	56.6	359	63.9	752 (59.9)	0.009
Employed	301	43.4	203	36.1	504 (40.1)	
Marital Status						
Married	500	72.0	424	75.4	924 (73.6)	0.174
Unmarried	194	28.0	138	24.6	332 (26.4)	
Monthly income per capita* (minimum monthly wage-MW)						
Up to ½ MW	220	39.1	260	49.3	480 (44.1)	0.001
> ½ MW	342	60.9	267	50.7	609 (55.9)	
Economic class						
E	21	3.0	41	7.3	62 (4.9)	0.001
D	183	26.4	166	29.5	349 (27.8)	
C	446	64.3	329	58.4	775 (61.7)	
B	44	6.3	26	4.6	70 (5.6)	
Number of previous pregnancies						
1	242	34.9	232	41.2	474 (37.7)	0.021
2 or more	452	65.1	331	58.8	783 (62.3)	
Number of antenatal consultations						
Up to 3	11	1.6	41	7.3	52 (4.2)	<0.001
4 to 6	103	15.4	321	57.1	424 (34.5)	
7 or more	554	83.0	200	35.6	754 (61.3)	
Adequacy of prenatal care – Kotelchuck						
Adequate	466	69.8	213	37.9	679 (55.2)	<0.001
Partially Adequate	143	21.4	187	33.3	330 (26.8)	
Inadequate	59	8.8	162	28.8	221 (18.0)	
Type of delivery						
Vaginal	384	55.3	321	57.0	705 (56.1)	0.55
Cesarean	310	44.7	242	43.0	552 (43.9)	
Rooming-in care						
No	39	5.7	167	29.7	206 (16.5)	<0.001
Yes	646	94.3	394	70.0	1040 (83.3)	
Intent to breastfeed exclusively for 6 months						
No	318	45.8	401	71.2	719 (57.2)	<0.001
Yes	376	54.2	162	28.8	538 (42.8)	
Timely initiation of breastfeeding						
Yes	378	54.4	279	46.9	657 (52.3)	
No	316	45.5	284	50.4	600 (47.7)	

Table 1: Sociodemographic and Health Related Descriptive Variables. Petrópolis and Queimados, Rio de Janeiro State, Brazil, 2009.

Timely Initiation of Breastfeeding								
Variable	n	N	Prevalence	PR Crude	p-value	PR Adjusted	CI95%	
Maternal Age (years)								
10-19	159	287	55.4	1.00	0.16	1.00	0.90-1.13	
20-34	458	878	52.2	0.94		1.00		
≥ 35	40	91	44.0	0.79		0.83		0.65-1.07
Economic Class								
E	36	62	58.1	1.00	0.036	1.00	0.79-1.22	
D	203	349	58.2	1.00		0.98		
C	385	775	49.7	0.86		0.95		0.76-1.18
B	33	70	47.1	0.81		0.92		0.67-1.27
Maternal Education (years)								
0 – 8	418	717	58.3	1.00	0.000	1.00	0.75-0.94	
≥ 9	239	539	44.3	0.76		0.84		
Adequacy of prenatal care – Kotelchuck								
Adequate	328	679	48.3	1.00	0.019	1.00	1.03-1.29	
Partially adequate	183	330	55.5	1.15		1.15		
Inadequate	127	221	57.5	1.19		1.14		1.01-1.30
Completion of all prenatal consults in the same health unit								
Yes	510	904	56.4	1.00	0.000	1.00	0.70-0.92	
No	133	336	39.6	0.70		0.80		
Type of childbirth								
Vaginal	478	705	67.8	1.00	0.000	1.00	0.49-0.65	
Cesarean	179	552	32.4	0.48		0.56		
Early skin contact								
No	404	860	47.0	1.00	0.000	1.00	1.02-1.25	
Yes	243	381	63.8	1.36		1.13		
Rooming-in care								
No	43	206	20.9	1.00	0.000	1.00	1.59-3.12	
Yes	605	1040	58.2	2.79		2.22		
Gestational Age								
Term	619	1141	54.3	1.00	0.000	1.00	0.53-0.86	
Preterm	38	116	32.8	0.60		0.67		
Complication with baby during birth								
No	618	1153	53.6	1.00	0.002	1.00	0.66-1.05	
Yes	39	103	37.9	0.71		0.83		
Complication with mother during labor and childbirth								
No	614	1158	53.0	1.00	0.013	1.00	0.81-1.32	
Yes	35	89	39.3	0.74		1.03		

Table 1: Sociodemographic and Health Related Determinants of Timely Initiation of Breastfeeding. Petrópolis and Queimados, Rio de Janeiro State, Brazil, 2009.

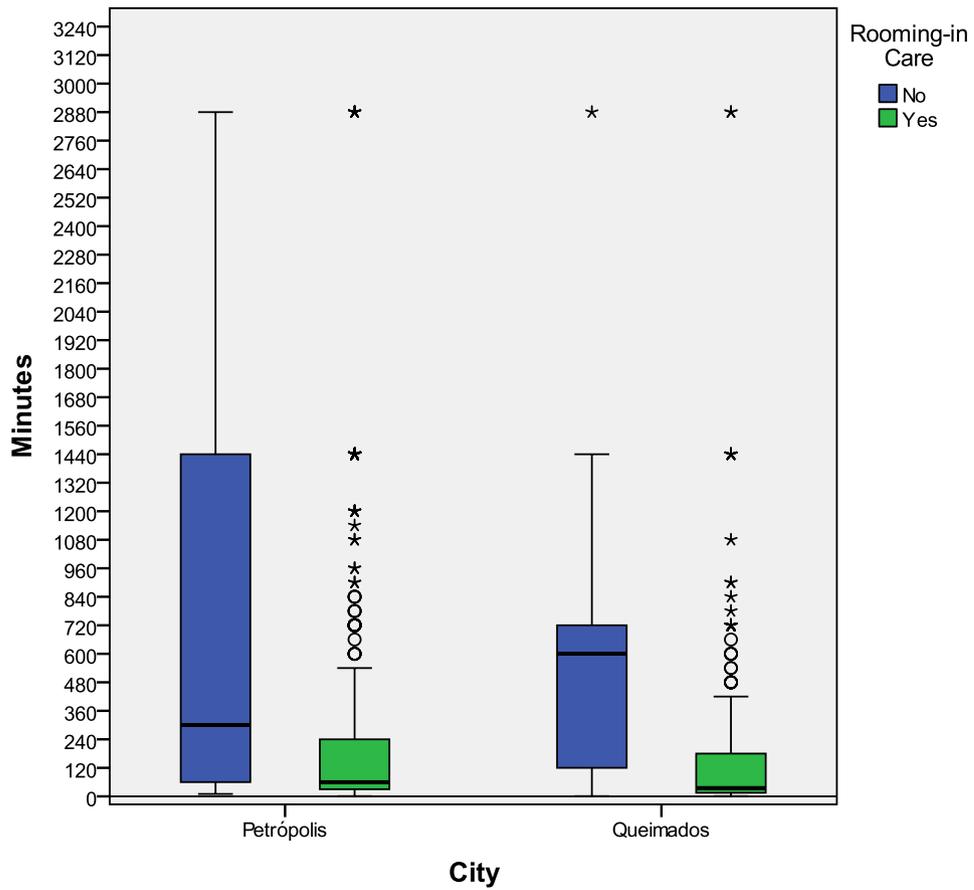


Figure 2: Distribution of time elapsed before initiation of breastfeeding according to rooming-in care. Petrópolis and Queimados, Rio de Janeiro State, Brazil, 2009.

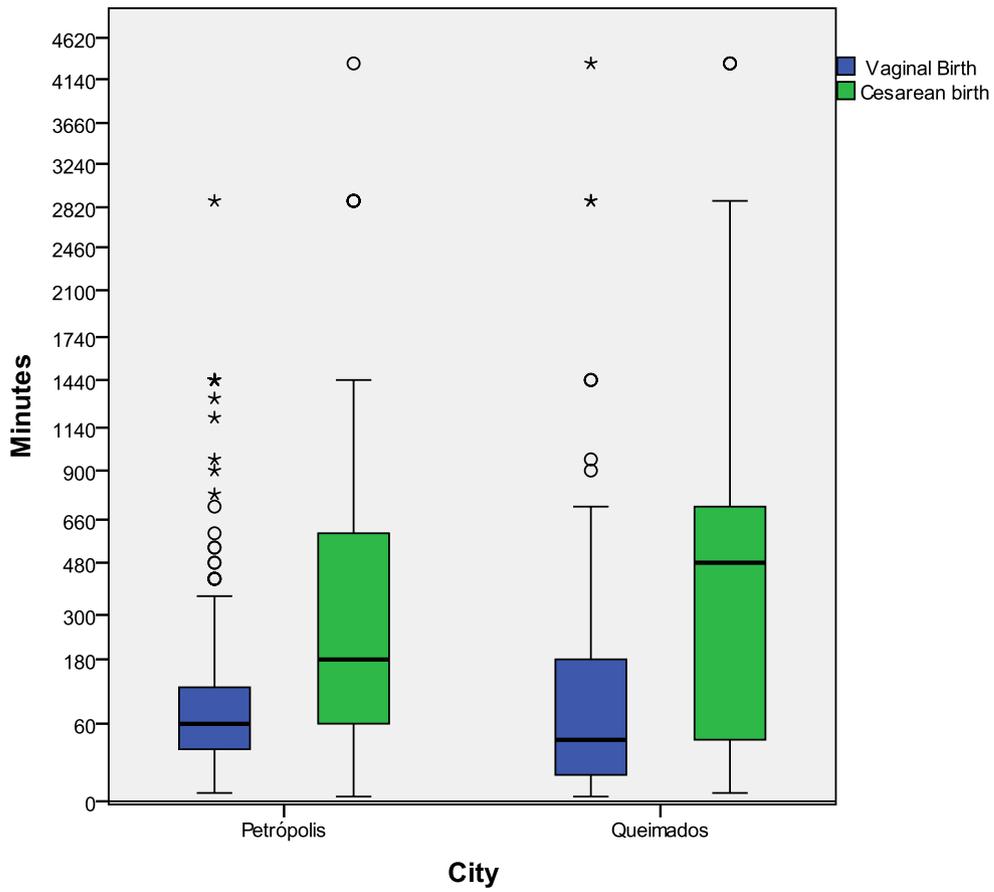


Figure 3: Distribution of time elapsed before initiation of breastfeeding according to type of childbirth intervention. Petrópolis and Queimados, Rio de Janeiro State, Brazil, 2009

7. CONCLUSÕES

A avaliação dos motivos para a adoção ou não de um comportamento tão complexo como o aleitamento materno deve ser realizada com extrema cautela uma vez que trata-se claramente de um desfecho de determinação multicausal; é necessário que as diversas interações entre diferentes estratos de variáveis no modelo de determinação hierarquizado da amamentação sejam adereçados para que se obtenha resultados confiáveis.

Muito embora busque-se com afinco a coleta de tantos dados quanto disponíveis para a confecção de um modelo estatístico capaz de representar a realidade dessas interações, tal feito pode ser considerado utópico, uma vez que há mais fatores associados com, no caso da presente tese, a intenção de amamentar e o aleitamento materno na primeira hora de vida do que pode-se quantificar e analisar em um único estudo.

Assim, apresenta-se a primeira, e certamente não única, limitação da presente tese. Contudo, conjuntamente com as limitações presentes nesse trabalho, deve-se ressaltar a inovação na utilização da intenção de amamentar por seis meses como desfecho de interesse. Com a identificação, mesmo que parcial, dos grupos menos propensos a adotar a intenção de amamentar conforme as recomendações do MS/OMS pode-se deslocar as ações de prevenção da interrupção precoce e promoção do aleitamento materno exclusivo para um momento anterior à iniciação do mesmo, aumentando assim o rol de possibilidades das ações em promoção da amamentação e potencializando o efeito positivo das mesmas.

Ademais, os resultados do primeiro manuscrito deixam clara a associação entre os serviços de saúde, tanto no pré-natal como no parto e pós-parto, e a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses; reforçando assim o conhecimento de que as rotinas e a qualidade dos serviços de saúde prestados são fatores que influenciam grandemente na decisão materna de amamentar exclusivamente pelos primeiros seis meses de vida de seus filhos.

Muito embora apresente enorme potencial para Saúde Pública, a intenção de amamentar ainda é um desfecho muito pouco estudado no Brasil e no mundo e seus determinantes precisam ser explorados em outras populações e mediante a utilização de

outros métodos, como por exemplo, a Teoria do Comportamento Planejado. O desenvolvimento de instrumentos validados, capazes de identificar indivíduos propensos à adoção de práticas de aleitamento em desacordo com as recomendações assim como os fatores que influenciam tais comportamentos tem potencial imenso para auxiliar na definição dos conteúdos e métodos utilizados nas campanhas de promoção e proteção do aleitamento materno no Brasil.

No que diz respeito ao aleitamento na primeira hora de vida, destaca-se que mais de 50% das mulheres avaliadas amamentaram na primeira hora pós-parto, muito embora houvesse apenas um hospital amigo da criança, de pequeno porte, nos dois municípios no momento do estudo e não se tenha observado diferença estatística na prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida entre os municípios estudados. Em comparação com os mais recentes dados compilados nacionalmente, não se pode afirmar uma situação particularmente positiva para a amostra estudada uma vez que a mesma não engloba usuárias de serviços privados de saúde, grupo no qual ocorrem sabidamente maior proporção de partos cesarianos e consequentemente maiores intervalos entre o parto e a primeira mamada.

Em se tratando de amamentação na primeira hora de vida, observa-se que condições de parto e nascimento, como por exemplo, a prematuridade, mantêm associação negativa com a amamentação na primeira hora de vida ao mesmo tempo em que as rotinas hospitalares, principalmente o alojamento conjunto, o tipo de parto e o contato precoce entre mãe e filho, representam o principal grupo de fatores modificáveis que exercem influência na realização do aleitamento materno na primeira hora de vida. Os achados do presente trabalho corroboram com o conhecimento atual que versa sobre a impotência vivenciada pelas puérperas no que diz respeito à opção pelo aleitamento materno na primeira hora de vida.

O aleitamento materno na primeira hora de vida é uma prática altamente recomendada pelas organizações mundiais de saúde e, como descrito pelo manuscrito 1 e pela revisão de literatura, atualmente ainda é realizada por uma parcela limitada da população. Apesar de o país contar com Inquéritos Nacionais que abordam o tema, são necessários que estudos locais, com metodologia não retrospectiva, sejam estimulados e realizados para que se conheça a fundo a real prevalência do aleitamento materno na

primeira hora de vida em diferentes regiões do país, assim como os fatores que se associam à sua realização em cada local aumentando o escopo e o detalhamento da investigação para que os mecanismos das associações sejam compreendidos.

Haja vistas às demais limitações dos estudos realizados (apresentadas previamente como manuscritos), tanto no que se refere à amostra limitada a usuárias do SUS, quanto à opção por método de coleta e análise dos dados e suas consequências, é razoável concluir que a intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses e o aleitamento materno na primeira hora de vida estão associados a fatores não modificáveis e modificáveis; esses últimos especificamente representados pelos serviços de atenção à saúde materno-infantil e suas rotinas de funcionamento apresentam-se como principal grupo de influência ao mesmo tempo em que são a grande oportunidade de intervenção para promoção da amamentação.

8. FINANCIAMENTO

O projeto de pesquisa intitulado “Capital Social e Fatores Psicossociais Associados a Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer”, cujo banco de dados foi utilizado na elaboração do Artigo A deste manuscrito, foi financiado pelo Edital MCT/CNPq/MS-DECIT 26/2006 – Estudo de Determinantes Sociais da Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina – Processo número 409805/2008-8 e pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ.

9. REFERÊNCIAS

AJZEN, I. **Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations.** Disponível em: <<http://www-unix.oit.umass.edu/%7Eaizen/pdf/tpb.measurement.pdf>>. Acesso em: 5 Jul 2006.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v.80, n.5, p. S119-S125, 2004.

ALMEIDA J. A. G de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. 120p.

AMIR, L. H.; DONATH, S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. **BMC Pregnancy Childbirth.** v.7, n.9. Julho 2007. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-7-9.pdf>>. Acesso em: 14 Abr 2013.

ARAÚJO, M. F. M.; DEL FIACO, A.; PIMENTEL, L. S.; et al. Custo E Economia Da Prática Do Aleitamento Materno Para A Família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife. v.4, n.2, p.135-141, Jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000200003&lng=en>. Acesso em: 16 Jul 2012.

ARRUDA, J. M.; RUTENBERG, N.; MORRIS, L.; et al. **Pesquisa Nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar-PNSMIPF-Brasil, 1986.** Rio de Janeiro, RJ: BEMFAM, 1987. Disponível em: <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>>. Acessado em: 6 Mai 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA - ANEP. **Critério de classificação econômica no Brasil.** São Paulo, SP: ANEP; 1997.

AVERY, M.; DUCKETT, L.; DODGSON, J.; et al. Factors associated with very early weaning among primiparas intending to breastfeed. **Matern Child Health J.** v.2, n.3, p.167-79, Set 1998.

Badinter E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. 268p.

BEMFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996.** Rio de Janeiro, RJ: BEMFAM; 1997.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad. Saúde Publica.** Rio de Janeiro, v.24, n.11, p.2681-2694, Nov 2008.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.1, p.69-78, Fev 2011.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v.87, n.5, p.399-404, Set/Out 2011.

BOCCOLINI, C. S.; DE CARVALHO, M. L.; DE OLIVEIRA, M. I.; et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v.89, n.2, p.131-136, Mar/Abr 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança: PNDS 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Brasil; 2008 p. 583.

BLYTH, R. J.; CREED, D. K. Y.; DENNIS, C.; et al. Breastfeeding Duration in an Australian Population: The Influence of Modifiable Antenatal Factors. **J Hum Lact**. v.20, n.1, p.30-38, Fev 2004.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 DE JANEIRO DE 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 de Janeiro de 2006.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de Fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de Fevereiro de 1940.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Brasil; 1971.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Brasil; 1975.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de Agosto de 1993. Aprova as normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de Setembro de 1993.

BRASIL. Lei Federal nº 11.770, de 9 de Setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de Setembro de 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 238 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: histórico, situação atual, ações e perspectivas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf>. Acesso em 12 Mar 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernotutor_amamenta.pdf>. Acesso em 13 Mar 2013.

BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos: Bases técnico-científicas, diagnóstico alimentar e nutricional e recomendações**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. 152 p.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil; 1988**. Brasília, DF: Brasil; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 13 Abr 2013.

CHANTRY, C. J.; HOWARD, C. R.; AUNGER, P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. **Pediatrics**. v. 117, n. 2, p.425-432, Fev 2006.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. São Paulo; n.42, v.6, p.992-998, 2008.

DUIJTS, L.; JADDOE, V. W. V.; HOFMAN, A.; et al. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. **Pediatrics**. V.126, n.1, p.e18-e25, Jan 2010.

CHAVES, R.; LAMOUNIER, J. A.; CESA, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v.83, n.3, p.214-246, Mai/Jun 2007.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

DE LA MORA, A.; RUSSELL, D. W.; DUNGY, C. I.; et al. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. **J Appl Psychol**. v. 29, n. 11, p.2362–2380, 1999.

DELGADO, C.; MATIJASEVICH, A. Breastfeeding up to two years or beyond and its influence on child growth and development: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.2, p. 243-256, Fev 2013.

DELLIFRAINE, J.; LANGABEER, J.; WILLIAMS, J. F.; et al. Cost comparison of baby friendly and non-baby friendly hospitals in the United States. **Pediatrics**. v.127, n.4, p. e989-994, Abr 2011.

DIAZ ROZETT, H.; GARCIA FRAGOSO, L. Prenatal breastfeeding intentions in a group of women with high risk pregnancies. **Bol Asoc Med P R**. v.102, n.1, p.21-23, Mar 2010.

DONATH, S. M.; AMIR, L. H. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. **Acta Paediatr**. V.92, n.3, p. 352-356, Jan 2007.

EDMOND, K. M.; ZANDOH, C.; QUIGLEY, M. A.; et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**. V.117, n.3, p. e380-386, Mar 2006.

EXPERIENCE LINKAGES. **Results**. LINKAGES Project. 2006. Disponível em: www.linkagesproject.org/media/publications/Results-11-06.pdf. Acesso em: 12 Mar 2012.

FERREIRA, M. A. F.; LATORRE M. R. D. O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2523-2531, Set 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900032&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900032>>. Acesso em: 13 Abr. 2013.

FILDES, V. **Breasts, bottles and babies: A history of infant feeding**. Edinburgh: Edinburgh University Hospital Press, (1986). 400 p.

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 174 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **Bancos de Leite Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=79#>>. Acesso em 12 Mar. 2013.

GIJSBERS, B.; MESTERS, I.; KNOTTNERUS, J. A.; et al. Factors associated with the initiation of breastfeeding in asthmatic families: the attitude-social influence-self-efficacy model. **Breastfeed Med.** v. 1, n. 4, p. 236-246, Jan/Fev 2006.

GILES, M.; CONNOR, S.; MCCLENAHAN, C.; et al. Attitudes to breastfeeding among adolescents. **J Hum Nutr Diet.** v. 23, n. 3, p. 285-293, Jun 2010.

GIUGLIANI, E. R. Amamentação: como e por que promover. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 138-151, 1994.

GOUVERI, E.; PAPANAS, N.; HATZITOLIOS, A. I.; et al. Breastfeeding and diabetes. **Curr Diabetes Rev.** v. 7, n. 2, p. 135-142, Mar 2011.

GWINN, M. L.; LEE, N. C.; RHODES, P. H.; et al. Pregnancy, breast feeding and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. **Journal of Clinical Epidemiology.** v. 43, n. 6, p.559-568, 1990.

HODDINOTT, P.; KROLL, T.; RAJA, A.; et al. Seeing other women breastfeed: how vicarious experience relates to breastfeeding intention and behaviour. **Matern Child Nutr.** v. 6, n. 2, p. 134-146, Abr 2010.

HORTA., B. L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C.; et al. **Evidence on the long term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses.** Geneva: World Health Organization; 2007.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev. Latino-Am Enfermagem.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 578-585, Jul/Ago 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE/UNICEF. **Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos Nutricionais, 1974-75.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1982. p. 267.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo 2000** [Internet]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 12 Mar 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo 2010** [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 12 Mar 2013.

JONES, G.; STEKETEE, R.; BLACK, R.; et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet.** v. 362, n. 9377, p. 362-365, Jul 2003.

JONES, J. R.; KOGAN, M. D.; SINGH, G. K.; et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. **Pediatrics.** v. 128, n. 6, p. 1117-1125, Dez 2011.

KELSEY, J. L.; GARRISON, M. D.; JOHN, E. M. Reproductive factors and breast cancer. **Epidemiol Rev**, n. 15, v. 1, p.36-47, 1993.

KIMANI-MURAGE, E. W.; MADISE, N. J.; FOTSO, J-C.; et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. **BMC Public Health**. v. 11, Mai. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/396>>. Acesso em: 13 Abr 2013.

KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L.; MORGENSTERN, H. **Epidemiologic research: principles and quantitative methods**. 1^o ed. New York: Wiley; 1982.

KOOLS, E. J.; THUIS, C.; DE VRIES, H. The behavioral determinants of breast-feeding in The Netherlands: predictors for the initiation of breast-feeding. **Health Educ Behav**. v. 32, n. 6, p.809-824, Dez 2005.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **Am J Public Health**. v. 84, n. 9, p. 1414-1420, Set 1994.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database Syst Rev**. n.1, CD003517, 2002.

KRAMER, M. S. "Breast is best": The evidence. **Early Hum. Dev**. v. 86, n. 11, p. 729-732, Nov 2010.

LAUER, J.; BETRAN, A.; VICTORA, C.; et al. Breastfeeding patterns and exposure to suboptimal breastfeeding among children in developing countries: review and analysis of nationally representative surveys. **BMC Medicine**. v. 2, n. 1, Jul. 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/26/>>. Acesso em: 13 Abr 2013.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; LAMARCA, G. A.; et al. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, s. 2, p. s237-253, 2011.

LEE, H. J.; RUBIO, M. R.; ELO, I. T.; et al. Factors Associated with Intention to Breastfeed Among Low-Income, Inner-City Pregnant Women. **Matern Child Health J**. v. 9, n. 3, p. 253-261, Nov. 2005.

LUCAS, A.; COLE, T. J. Breast Milk and neonatal necrotizing enterocolitis. **Lancet**. v. 336, n. 8730, p. 1519-1523, Dec 1990.

MALHOTRA, R.; NOHERIA, A.; AMIR, O.; et al. Determinants of termination of breastfeeding within the first 2 years of life in India: evidence from the National Family Health Survey-2. **Matern Child Nutr**. v. 4, n. 3, p.181-193, Jul 2008.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women Birth**. v. 23, n.4, p. 135-145, Dez 2010.

MONASTA, L.; BATTY, G. D.; CATTANEO, A.; et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. **Obes Rev**. v. 11, n.10, p. 695-708, Out 2010.

MULLANY, L.; KATZ, J.; LI, Y.; et al. Breast-feeding patterns, time to initiation and mortality risk among newborns in southern Nepal. **J Nutr**. v.138, n.3, p. 599-603, Mar 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Abr 2013.

NOMMSEN-RIVERS, L. A.; CHANTRY, C. J.; COHEN, R. J.; et al. Comfort with the idea of formula feeding helps explain ethnic disparity in breastfeeding intentions among expectant first-time mothers. **Breastfeed Med**. v. 5, n.1, p. 25-33, Fev 2010.

ODDY, W. H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 109-111, Mar/Abr 2013.

OGUNLESI, T. A. Maternal socio-demographic factors influencing the initiation and exclusivity of breastfeeding in a Nigerian semi-urban setting. **Matern Child Health J**. v.14, n.3, p. 459-465, Mai 2010.

OLIVEIRA, M. I. C.; HARTZ, Z.; ARAÚJO, M.; et al. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v.12, n.3, p. 281-295, Set 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300008>. Acesso em: 13 Abr 2013.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n. 6, p. 1901-10, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. IBFAN: Brasil: Jundiaí; 2005.

OYCO-SANTOS, G. Factors related to post-partum mothers' decision to breast-feed. **ANPHI Pap**. v. 18, n.1-2, p.17-20, Jun 1983.

PAINÉ, P.; DOREA, J. G. Gender role attitudes and other determinants of breast feeding intention in Brazilian women. **Child Care Health Dev.** v. 27, n. 1, p. 61-72, Jan 2001.

PERRINE, C. G.; SCANLON, K. S.; LI, R.; et al. Baby-Friendly Hospital Practices and Meeting Exclusive Breastfeeding Intention. **Pediatrics.** v.130, n.1, Jun 2012. Disponível em: < http://www.healthypaceschicago.org/breastfeeding/Baby-Friendly_Hospital_Practices_and_Meeting_Exclusive_Breastfeeding_Intention.pdf>. Acesso em: 13 Abr 2013.

QUIGLEY, M. A.; KELLY, Y. J.; SACKER, A. Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. **Pediatrics.** v. 119, n.4, p. e837-842, Jan 2007.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In PRIORE, M. D.; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil.** 2ed. São Paulo: Contexto; 1997.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 241-249, Jun 1990.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19, s.1, p. s37-s45, Jan 2003.

RYAN, A. S.; RUSH, D.; KRIEGER, F. W.; et al. Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. **Pediatrics.** v. 88, n. 4, p.719-727, Out 1991.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.,** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar 2013.

SETEGN, T.; GERBABA, M.; BELACHEW, T. Determinants of timely initiation of breastfeeding among mothers in Goba Woreda, South East Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Public Health.** v. 11, Abr 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/217>>. Acesso em: 13 Abr 2013.

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo: estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira.** Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.

SILVEIRA, R. B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant.** Recife, v. 8, n. 1, p.35-43, Jan/Mar 2008.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 60-69, Fev 2009.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas Públicas de Incentivo ao Aleitamento Materno: A Experiência do Brasil. **La Santé de L'Homme**. n. 408, p.34-36, Jul-Ago 2010.

SOUZA, S. N. D. H.; MIGOTO, M. T.; ROSSETTO, E. G.; et al . Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Mar 2013.

STATA CORP. STATA. **Statistical Software**. Release 7.0. [Software]. College Station, TX: Stata Corporation; 2001.

SPSS INC. IBM. **Statistical Package For The Social Sciences (SPSS)**. Version 12.0. [Software]. Chicago: SPSS Inc.; 2006.

STEWART-GLENN, J. Knowledge, perceptions, and attitudes of managers, coworkers, and employed breastfeeding mothers. **AAOHN J**. v.56, n.10, p. 423-429, Out 2008.

STUART-MACADAM, P.; DETTWYLER, K. A. **Breastfeeding: Biocultural Perspectives**. Transaction Publishers; 1995. 430 p.

TOMA, T. S. Aleitamento Materno e Políticas Públicas: Implicações para a Saúde na Infância e na Vida Adulta. In TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; LONGO-SILVA, G.; et al. A. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio; 2011. p.179-96.

WHITEHEAD M, DAHLGREN G, GILSON L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In----- . **Challenging inequities in health care: from ethics to action**. New York: Oxford University Press; 2001. p.309-322.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A evolução da prática de amamentação nas décadas de 70 e 80. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 1, n.1, p. 40-69, 1998.

VENANCIO, S. I.; ESCUDERO, M. M.; SALDIVA, S. R.; et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. pediatr**. Rio de Janeiro, v. 86, n.4, p. 317-324, Jul/Ago 2010.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; DO CARMO LEAL, M.; et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, Mai 2011.

VIEIRA, T. O.; VIEIRA, G. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; et al. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**. v.10, n. 760, Dec 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/760>>. Acesso em: 13 Abr 2013.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M.; VAZ, F. A. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 340-345, 2001.

VOGEL, A. M. Intended plans for breastfeeding duration: a simple tool to predict breastfeeding outcome. **Acta Paediatr**. v.92, n.3, p. 270-271, Mar 2003.

WELLS, J. The Role of Cultural Factors in Human Breastfeeding: Adaptive Behaviour or Biopower? **Human Ecology**. v. 14, Special Issue, p.39-47, 2006.

WEN, L. N.; BAUR, L. A.; RISSEL, C.; et al. Intention to breastfeed and awareness of health recommendations: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. **Int Breastfeeding Journal**. v. 4, n. 9, Out 2009. Disponível em: <<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-4-9.pdf>>. Acesso em: 13 Abr. 2013.

WHITTMORE, A. S.; HARRIS, R.; ITNYRE, J.; COLLABORATIVE OVARIAN CANCER GROUP. Characteristics Relating to Ovarian Cancer Risk: Collaborative Analysis of 12 Case-Control Studies. **Am J Epidemiol**. v. 136, n. 10, p.1184-1203, 1992.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). **World Breastfeeding Week 2007**. [Internet]. Disponível em: <<http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2007/index.htm>>. Acesso em 13/03/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1991. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14.pdf. Acesso em 13 Abr 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. [Internet]. Geneva: WHO; 2003 p. 36. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_eng.pdf. Acesso em 13 Abr 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for Integrated Care (2006)**. [Internet]. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section3.1.pdf. Acesso em: 13 Abr 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data Repository**. [Internet]. WHO. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=160#>>. Acesso em: 13 Abr 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health**. [Internet]. WHO. Disponível em: <http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/>. Acesso em 13 Abr 2013.

10. ANEXOS

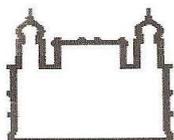
Anexo A: Aprovação no CEP

Anexo B: Parecer CEP Subestudo Aleitamento Materno

Anexo C: Formulários de Entrevistas

Anexo D: Autorização Para Uso De Banco De Dados

Anexo A – Aprovação CEP



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 02 de março de 2007.

Parecer N° 158/06
CAAE: 0156.0.031.000-06

Título do Projeto: “Capital social e fatores psicossociais associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascer”

Classificação no Fluxograma: Grupo I

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz e Unidades de Saúde da rede municipal do SUS dos municípios de Petrópolis e Queimados.

Tipo do projeto: Projeto Individual

Data de recebimento no CEP-ENSP: 22 / 11 / 2006

Data de apreciação: 14 / 02 / 2007

O projeto “Capital social e fatores psicossociais associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascer”, da pesquisadora Maria do Carmo Leal foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

Parecer do CEP: Aprovado

Atenção: Este projeto será encaminhado à Conep e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução.


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPI/ENSP

Anexo B – Parecer CEP Subestudo Aleitamento Materno

 **Ministério da Saúde**
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 09 de outubro de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 131/08
CAAE: 0157.0.031.000-08

Título do Projeto: “Capital Social e Fatores Psicossociais no Aleitamento materno”
Classificação no Fluxograma: Grupo III
Pesquisadora Responsável: Márcia Lázaro de Carvalho
Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ
Tipo do projeto: Projeto individual
Data de recebimento no CEP-ENSP: 15 / 09 / 2008
Data de apreciação: 01 / 10 / 2008
Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

CEP/ENSP
HORA: 15:45
DATA: 23/11/08
RECEBI: 

CAUSTAW S. BACCALINI
(ORIENTADOR)

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Inês Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

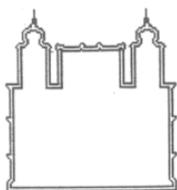
Anexo C – Formulários de entrevistas



**“Capital Social e Fatores Psicossociais
associados à Prematuridade e
ao Baixo Peso ao Nascer.”**

Questionário N°

2007 / 2008



Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada gestante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Capital Social e Fatores Psicossociais associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer. Você foi selecionada por ter mais de 16 anos e estar com menos de seis meses de gestação. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Os objetivos deste estudo são identificar a importância de fatores sociais, psicológicos, familiares e da saúde da gestante para o risco da prematuridade e do baixo peso ao nascimento. O objetivo final é ter informações que melhorem o atendimento pré-natal, para que doenças infantis se reduzam, assim como a mortalidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre suas condições de moradia, nível de instrução, sua história reprodutiva e comportamentos que influenciam na sua saúde. Além disso, o questionário inclui perguntas sobre seu nível socioeconômico, estresse, ansiedade e outras características do ambiente em que você vive. Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa. O tempo de duração da entrevista será de 35 min., aproximadamente.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para as Secretarias Municipais de Saúde. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a. Maria do Carmo Leal**

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-25982620

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/314 Mangueiras - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Entrevista com a Gestante

QUESTIONÁRIO |__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Para todo o questionário, preencher com 88 questões que não se aplicam e com 99 questões que a gestante “não sabe informar” ou “não se lembra”.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Nome da Unidade	__ __
Nº do prontuário * __ __ __ __ __ __ __ __ __	Odontólogo __ __
Entrevistador __ __	Data da entrevista __ __ / __ __ / __ __
Supervisor __ __	Data da 1ª revisão __ __ / __ __ / __ __
Revisor __ __	Data da 2ª revisão __ __ / __ __ / __ __
Digitador __ __	Data da digitação __ __ / __ __ / __ __

* Apenas se a gestante estiver na unidade para consulta de pré-natal, caso contrário preencha com 8.

“Meu nome é... Sou entrevistador de uma pesquisa que avalia a influência da saúde da boca e também de fatores sociais na prematuridade e no baixo peso ao nascer. Eu gostaria de pedir meia hora de sua atenção.

Você é moradora deste município? (**Sim**);

Quantos anos você tem? (≥ 17);

Você está grávida de quantos meses? (≤ 4 meses);
semanas)

Se 5 meses, estimar a IG pela DUM (≤ 22)

PASSAR PARA A LEITURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO

AGENDAMENTOS

Ultra-sonografia: __ __ / __ __ / __ __	Nº do canhoto: __ __ __ __
Exame bucal: __ __ / __ __ / __ __	Nº do canhoto: __ __ __ __
Próxima consulta: __ __ / __ __ / __ __	

II. IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE E ELEGIBILIDADE PARA O EXAME BUCAL

Hora de início da entrevista	__ __ : __ __
Qual o seu nome completo?	
Qual o nome completo da sua mãe?	
Você sabe o número de algum documento seu, como identidade, CPF ou Carteira de trabalho?	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Quantos anos você tem? (abaixo de 25 anos - Ex)	__ __ anos
Qual a data do seu nascimento?	__ __ / __ __ / __ __
<i>“Agora farei algumas perguntas sobre doenças que você possa ter e remédios que possa estar usando ou ter usado.”</i>	
Você tem hipertensão (pressão alta) sem estar grávida? (excluir hipertensão gestacional)	0.Não (vá para a 20) 1.Sim (Ex) __

Você está usando algum remédio para pressão alta no momento?	0.Não 1.Sim (Ex)	___
Na gravidez de outro filho você teve hipertensão? (1ª gravidez preencher 8)	0.Não 1.Sim	___
Você tem AIDS ou infecção pelo vírus HIV?	0.Não 1.Sim (Ex)	___
Você tem diabetes, problema de açúcar alto no sangue, quando não está grávida? (excluir diabetes gestacional)	0.Não (vá para a 24) 1.Sim (Ex)	___
Você está usando algum remédio para diabetes no momento?	0.Não 1.Sim (Ex)	___
Na gravidez de outro filho você teve diabetes? (1ª gravidez preencher 8)	0.Não 1.Sim	___
Você possui algum outro problema de saúde ou doença?	0.Não (vá para a 27) 1.Sim	___
Qual problema de saúde/ doença? _____		___
Você usa algum remédio?	0.Não (vá para a 30) 1.Sim	___
Qual é o nome do remédio? _____		___
Para que você usa esse remédio? _____		___
Você utilizou algum antibiótico nos últimos 3 meses?	0.Não 1.Sim (Ex)	___
Você tem ou já teve febre reumática, endocardite bacteriana ou prolapso da válvula mitral?	0.Não 1.Sim (Ex)	___
<i>“Agora farei algumas perguntas sobre a saúde da sua boca e dentes.”</i>		
Você recebeu tratamento para problemas na gengiva nos últimos 6 meses?	0.Não 1.Sim (Ex)	___
Você tem 10 dentes ou mais (excluindo pontes e próteses)? Se a resposta for “ não sei ”, explique: “ <i>Às vezes a gente se confunde com algumas coisas que parecem simples. Você me permitiria dar uma olhada rápida e contar quantos dentes você tem?</i> ”	0.Não (Ex) 1.Sim	___
A paciente preenche os critérios de seleção para o exame bucal?	0.Não 1.Sim (Agendar o exame)	___
Em caso de elegível e “ não participação ”, porque a gestante não fez o exame bucal? 1. Faltou o agendamento 2. Não quis fazer o exame 3. Outro _____		___

III. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

“Agora, vou fazer algumas perguntas sobre você, sua casa e sua família.”

Qual o seu endereço completo? (não esquecer o número da casa/apt e do CEP se tiver)	_____
Fica em que bairro?	___
Tem algum ponto de referência?	
O local onde você mora é? 1. Um bairro (vá para a 41) 2. Uma comunidade (favela) 3. Um loteamento (favela-bairro) 4. Outro 5. Morador de rua	___
Em que comunidade ou sub-bairro você mora?	___
Há quanto tempo você mora neste endereço?	____ anos ou ____ meses
Você tem telefone(s) para contato? 0.Não 1.Sim qual(is)? _____ _____	
Você mora em: 1. Casa/apartamento 2.Quarto/cômodo 3.palafita/barraco	___
Sua casa é? 1. Alugada 2.Própria 3.Emprestada 4. Outro tipo	___
Você tem banheiro dentro de casa? 0. Não (vá para a 47) 1. Sim 2. Não, só fora de casa	___
O banheiro da sua casa (dentro ou fora) tem descarga? 0. Não (vá para a 47) 1. Sim	___
46 a Quantos banheiros com descarga?	___

Quantos quartos e salas tem na sua casa? (somar salas e quartos)					___ ___
Que tipo de parede tem na sua casa? 1. Cimento, tijolo, pedra ou madeira aparelhada 2. Tijolo de barro 3. Sapê, palha e madeira aproveitada 4. Plástico 5. Metal 6. outro _____					___
Que tipo de piso tem no interior da sua casa? 1. Piso revestido (cerâmica, concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos					___
Para onde vai o lixo da sua casa? 1. É recolhido pelo lixeiro 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto					___
Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro _____					___
Como é o esgoto na sua casa? 1. Rede geral 2. Fossa rudimentar 3. Fossa séptica 4. Vai para o rio 5. Não tem					___
Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0. Não 1. Sim 2. Não, mas tem numa rua bem próxima					___
Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra (pedrinhas, cascalho, grama)					___
Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _____					___ ___
1º Nome	Sexo(M/F)	Idade	Parentesco	Ocupação	
A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro 2. Tem companheiro, mas não vive com ele 3. Não tem companheiro					___
Raça ou cor observada pelo entrevistador: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena					___
Você sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos					___
Qual foi a última série que você completou na escola? (se nunca estudou colocar 0 e 0) ___ Série/ anos completos de faculdade ___ 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)					
Qual a sua raça ou cor? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena					___
Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro atualmente? 0. Não (vá para a 64) 1. Sim					___
Qual o seu trabalho atual? 1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma (vá para a 64) 4. Empregadora (vá para a 64)					___
Você tem carteira assinada? 0. Não 1. Sim					___
Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família? 0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscate 4. Bolsa família 5. Outro. _____					___ ___
Quem é o chefe da família? (ou quem tem a > renda) 1. Você (a própria mulher) (vá para a 68) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. _____					___
Outros _____					___
O chefe da família sabe ler e escrever? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos					___
Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola? ___ Série/ anos completos de faculdade ___ 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)					

Você sente que deve parar de beber?	0.Não 1. Sim	
Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa =1 dose ou 2 latas = 3 doses)	0.Não 1. Sim	
Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida?	0.Não 1. Sim	
Você fumava antes de engravidar?	0.Não (vá para a 103) 1. Sim	
Quantos cigarros você fumava por dia?		
Por quanto tempo você fumou?		anos
Você fuma atualmente?	0.Não (leia o quadro antes da 105) 1. Sim	
Quantos cigarros você fuma por dia?		
<i>“Hoje em dia é muito comum as pessoas já terem experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. As 2 próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar que, como todo o questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa.”</i>		
Você usa algum tipo de droga?	0.Não (vá para o bloco VI) 1.Sim	
Que tipo? _____		

VI. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu peso e a sua alimentação.”

Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)		,
Qual a sua altura? (anotar em metros)		,
Em geral, quantas vezes por semana você come fruta, como maçã, banana, laranja ou suco natural de frutas?	0. Nunca (vá para a 111) 1. Quase nunca 2. De 1 a 3 vezes por semana 3. Mais do que 3x por semana, mas não diariamente 4. Diariamente	
Quantas porções de frutas você normalmente come nesse(s) dia(s)? (uma porção de fruta corresponde a 1 maçã, pêra, laranja, banana ou meia manga ou meio copo de suco ou um pires de salada de fruta)		
Em geral, quantas vezes por semana você come vegetais (legumes ou verduras) como alface, tomate, cenoura e etc...?	0. Nunca (vá para o bloco VII) 1. Quase nunca 2. De 1 a 3 vezes por semana 3. Mais do que 3x por semana, mas não diariamente 4. Diariamente	
Quantas porções de legumes ou verduras você normalmente come por dia nesse(s) dia(s)? (uma porção corresponde a 2 colheres grandes de legumes ou 1 pires de salada ou verduras)		

VII. SEGURANÇA ALIMENTAR

“Agora vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação na sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que você responda a todas elas.”

Perguntas com (*) só devem ser feitas para mulheres que moram com menores de 20 anos.

SÓ ENTREGAR O BLOQUINHO CASO RESPONDA SIM - PÁGINA 1	a) 0. Não 1. Sim	b) Com que frequência isto ocorreu? 1. Em quase todos os dias 2. Em alguns dias 3. Em apenas 1 ou 2 dias
Nos últimos 3 meses você teve preocupação que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?		
Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que você tivesse produção ou dinheiro para comprar mais comida?		

Nos últimos 3 meses você ficou sem dinheiro (ou produção) para ter uma alimentação saudável e variada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(* Nos últimos 3 meses você teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar algum morador da casa com <u>menos de 20 anos de idade</u> , porque o dinheiro ou a produção acabou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se em TODAS as questões acima (113 a 116) a resposta for NÃO ou NÃO SABE, vá para o Bloco VIII		
(* Nos últimos 3 meses você não pode oferecer a algum morador com <u>menos de 20 anos</u> de idade uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro (ou produção)?	a) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>
(* Nos últimos 3 meses algum morador com <u>menos de 20 anos</u> de idade não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia produção ou dinheiro para comprar mais comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 3 meses você ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições ou deixaram de fazer refeições, porque não havia produção ou dinheiro suficiente para comprar comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 3 meses, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia produção ou dinheiro suficiente para comprar comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 3 meses, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia produção ou dinheiro suficiente para comprar comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 3 meses, você perdeu peso porque não tinha produção ou dinheiro suficiente para comprar comida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 3 meses, você ou outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha produção ou dinheiro para comprar comida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(* Nos últimos 3 meses, alguma vez a quantidade de alimentos das refeições de algum morador <u>menor de 20 anos</u> foi diminuída, pois não havia produção ou dinheiro suficiente para comprar comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(* Nos últimos 3 meses, alguma vez uma refeição de algum morador <u>menor de 20 anos</u> deixou de ser feita porque não havia produção ou dinheiro para comprar a comida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(* Nos últimos 3 meses, algum morador com <u>menos de 20 anos</u> de idade teve fome mas você simplesmente não podia comprar mais comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(* Nos últimos 3 meses, algum morador com <u>menos de 20 anos</u> de idade ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. “Agora irei falar sobre certas situações que qualquer um de nós, alguma vez, pode se encontrar. Gostaria de saber com que frequência você contaria com alguém, em cada uma dessas situações, caso você precisasse.”

<i>Se você precisar, com que frequência...</i> PÁGINA 2	0. Nunca	1. Raramente
	2. Às vezes	3. Quase sempre
	4. Sempre	
Você conta com alguém que te ajude, se ficar de cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para te ouvir, quando você precisa falar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para te dar bons conselhos em uma situação de crise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para te levar ao médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>		
Você conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para se divertir junto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para te dar informação que ajude a compreender uma determinada situação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>		

Você conta com alguém que lhe dê um abraço?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém com quem relaxar?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder preparar?	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>	
Você conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém com quem distrair a cabeça?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>	
Você conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém que compreenda seus problemas?	<input type="checkbox"/>
Você conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?	<input type="checkbox"/>

IX. “Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua participação na sociedade.”

Você é ou já foi membro de alguma associação ou grupo nos últimos três anos?	<input type="checkbox"/>
Qual associação(s):	0.Não 1.Sim
Grupo religioso	<input type="checkbox"/>
Associação comunitária	<input type="checkbox"/>
Associação de Pais e Mestres (escola)	<input type="checkbox"/>
Sindicato	<input type="checkbox"/>
Partido político	<input type="checkbox"/>
Clube esportivo	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Preencha a coluna com: PÁGINA 3	0. Nunca 2. 1 vez a cada 2 ou 3 meses 4. +/- 1 vez por semana	1. Quase nunca 3. +/- 1 vez por mês 5. Quase todos os dias
Com que frequência você participa de atividades religiosas?		<input type="text"/>
Com que frequência você assiste os noticiários na TV?		<input type="text"/>
Com que frequência você lê jornais?		<input type="text"/>
<i>“Agora iremos falar um pouco sobre a sua vizinhança.”</i>		
<i>O quanto você concordaria com as seguintes afirmações: PÁGINA 4</i> NÃO LER COM ENTONAÇÃO DE PERGUNTA!		0. Não Concordo 1. Concordo mais ou menos 2. Concordo
As pessoas da sua redondeza estão dispostas a ajudar os seus vizinhos.		<input type="text"/>
A sua vizinhança é unida e amiga.		<input type="text"/>
As pessoas da sua vizinhança são confiáveis.		<input type="text"/>
As pessoas da sua vizinhança não se dão umas com as outras.		<input type="text"/>
As pessoas da sua vizinhança não possuem os mesmos valores, não pensam igual.		<input type="text"/>
<i>O quanto à vontade você se sentiria para pedir ajuda aos seus vizinhos em cada uma das seguintes situações? PÁGINA 5</i>		0. Não pediria a um vizinho 1. Muito desconfortável 2. +/- desconfortável 3. +/- à vontade 4. Muito à vontade
Para pegar um remédio na farmácia se você estivesse de cama.		<input type="text"/>
Se você tivesse que conversar com eles a respeito de um problema pessoal seu.		<input type="text"/>
Para cuidar da sua criança (caso tivesse) se você precisasse sair por um momento.		<input type="text"/>
Para tomar emprestado R\$15,00 por poucos dias.		<input type="text"/>
<i>O quanto você concordaria com as seguintes afirmações: PÁGINA 4</i> NÃO LER COM ENTONAÇÃO DE PERGUNTA!		0. Não Concordo 1. Concordo mais ou menos 2. Concordo
Você pode contar com seus vizinhos para intervir se crianças estiverem matando aula e ficarem perambulando sem fazer nada numa esquina.		<input type="text"/>
Você pode contar com seus vizinhos para intervir se pessoas estiverem pichando paredes, muros ou prédios públicos.		<input type="text"/>
Você pode contar com seus vizinhos para intervir se pessoas estiverem mostrando desrespeito a outras pessoas.		<input type="text"/>
Você pode contar com seus vizinhos para intervir se uma briga começar na frente de casa.		<input type="text"/>
Você pode contar com seus vizinhos para intervir se o posto de saúde da comunidade estiver para fechar para reduzir gastos do governo.		<input type="text"/>
<i>Quando foi a última vez que você... PÁGINA 6</i>	0. Nunca fiz isso 2. No último ano 4. Nos últimos 3 meses	1. Há mais de 1 ano atrás 3. Nos últimos 6 meses
Conversou com as pessoas que moram perto sobre um problema de sua vizinhança?		<input type="text"/>
Assinou um abaixo-assinado a respeito de um problema de sua vizinhança?		<input type="text"/>
Foi a uma reunião, ou juntou-se a um grupo para tentar resolver algum problema de sua Vizinhança?		<input type="text"/>
Entrou em contato com um político, governante ou autoridade a respeito de um problema de sua vizinhança?		<input type="text"/>
Entrou em contato com alguém do rádio ou televisão a respeito de um problema em sua vizinhança?		<input type="text"/>

<i>Quando foi a última vez que uma das seguintes coisas aconteceu em sua vizinhança:</i>	0. Nunca aconteceu isso 1. Há mais de 1 ano atrás 2. No último ano 3. Nos últimos 6 meses 4. Nos últimos 3 meses
PÁGINA 7	
Uma briga em que uma arma foi usada	_
Uma discussão violenta entre vizinhos	_
Uma briga de gangues	_
Um estupro	_
Um roubo ou assalto	_
Um caso relacionado com drogas	_
Um homicídio	_
Alguma vez alguém usou de violência, tal como um assalto, roubo, briga, ou outras coisas parecidas contra você ou algum membro de sua família?	_
184 a. No geral, você diria que a sua saúde é:	0. Não 1. Sim
1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Mais ou menos 5. Péssima	_

“Agora gostaria de saber a sua opinião sobre o governo e a política.”

<i>O quanto você concordaria com as seguintes afirmações:</i>	0. Não Concordo 1. Concordo mais ou menos 2. Concordo
NÃO LER COM ENTONAÇÃO DE PERGUNTA!	
Você acha que os governantes não ligam muito para o que pessoas como você pensam	_
Partidos políticos só estão interessados nos votos das pessoas, mas não nas opiniões delas	_
No geral, as pessoas que nós elegemos, rapidamente perdem contato com as pessoas que as elegeram	_
Pessoas como você não influenciam, não são ouvidas no que o governo faz	_

X. *“Agora vou fazer perguntas sobre como você GERALMENTE SE SENTE. Não pense por muito tempo numa única pergunta. Tente dar a resposta que mais se aproxima de como você SE SENTE, GERALMENTE.”*

Preencha a coluna com:	0. Absolutamente não 2. Bastante	1. Um pouco 3. Muitíssimo
PÁGINA 8		
Geralmente você se sente bem?	_	
Geralmente você se cansa facilmente?	_	
Geralmente você tem vontade de chorar?	_	
Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser?	_	
Geralmente você perde oportunidades porque não consegue tomar decisões rapidamente?	_	
Geralmente você se sente descansada?	_	
Geralmente você é calma, ponderada (equilibrada), e senhora de si mesma?	_	
Geralmente você sente que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consegue resolver?	_	
Geralmente você se preocupa demais com as coisas sem importância?	_	
Geralmente você é feliz?	_	
Geralmente você se deixa afetar muito pelas coisas?	_	
Geralmente você não tem muita confiança em si mesma?	_	
Geralmente você se sente segura?	_	

Geralmente você evita ter que enfrentar crises ou problemas?	<input type="checkbox"/>
Geralmente você se sente deprimida?	<input type="checkbox"/>
Geralmente você está satisfeita?	<input type="checkbox"/>
Às vezes, as idéias sem importância entram na sua cabeça e ficam lhe preocupando?	<input type="checkbox"/>
Geralmente você leva as decepções tão à sério que não consegue tirá-las da cabeça?	<input type="checkbox"/>

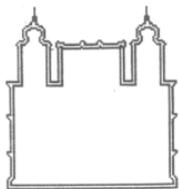
Geralmente você é uma pessoa estável? (seu estado emocional não muda, ex: de triste para alegre)	<input type="checkbox"/>
Geralmente você fica tensa e perturbada quando pensa em seus problemas?	<input type="checkbox"/>

RECOLHER O BLOQUINHO

XII. “Agora eu perguntarei sobre alguns sintomas que você possa ter experimentado.”

<i>Você experimentou nas últimas <u>24 horas</u> (de ontem pra hoje):</i>	0. Não 1. Sim
Mãos ou pés frios	<input type="checkbox"/>
Boca seca	<input type="checkbox"/>
Nó no estômago	<input type="checkbox"/>
Aumento de sudorese (suor)	<input type="checkbox"/>
Tensão muscular (desconforto muscular)	<input type="checkbox"/>
Aperto de mandíbula/ranger os dentes	<input type="checkbox"/>
Diarréia passageira	<input type="checkbox"/>
<i>Você experimentou nas últimas <u>24 horas</u> (de ontem pra hoje):</i>	0. Não 1. Sim
Insônia	<input type="checkbox"/>
Taquicardia (batimento rápido do coração)	<input type="checkbox"/>
Hiperventilação (aumento de ar inalado/ respiração ofegante)	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial (pressão alta súbita e passageira)	<input type="checkbox"/>
Mudança de apetite	<input type="checkbox"/>
Aumento súbito de motivação (de repente você ficou motivada)	<input type="checkbox"/>
Entusiasmo súbito (de repente você ficou entusiasmada)	<input type="checkbox"/>
Vontade súbita de iniciar novos projetos (de repente você teve vontade de iniciar ...)	<input type="checkbox"/>
<i>Você tem experimentado na <u>última semana</u>:</i>	0. Não 1. Sim
Problemas com a memória	<input type="checkbox"/>
Mal-estar generalizado, sem causa específica	<input type="checkbox"/>
Formigamento das extremidades (mãos e pés)	<input type="checkbox"/>
Sensação de desgaste físico constante	<input type="checkbox"/>
Mudança de apetite	<input type="checkbox"/>
Aparecimento de problemas dermatológicos	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial (pressão alta)	<input type="checkbox"/>
Cansaço constante	<input type="checkbox"/>

Aparecimento de úlcera	<input type="checkbox"/>
Tontura/sensação de estar flutuando	<input type="checkbox"/>
Sensibilidade emotiva excessiva	<input type="checkbox"/>
Dúvida quanto a si própria	<input type="checkbox"/>
Pensar constantemente em um só assunto	<input type="checkbox"/>
Irritabilidade excessiva (você tem ficado muito irritada)	<input type="checkbox"/>
Diminuição da libido sexual (desejo sexual)	<input type="checkbox"/>
<i>Você tem experimentado no último mês:</i>	0. Não 1. Sim
Diarréia freqüente	<input type="checkbox"/>
Dificuldades sexuais	<input type="checkbox"/>
Insônia	<input type="checkbox"/>
Náusea	<input type="checkbox"/>
Tiques (cacuete)	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial (pressão alta) continuada	<input type="checkbox"/>
Problemas dermatológicos (de pele) prolongados	<input type="checkbox"/>
Mudança extrema de apetite	<input type="checkbox"/>
Excesso de gases	<input type="checkbox"/>
Tontura freqüente	<input type="checkbox"/>
Úlcera	<input type="checkbox"/>
<i>Você tem experimentado no último mês:</i>	0. Não 1. Sim
Enfarte	<input type="checkbox"/>
Impossibilidade de trabalhar	<input type="checkbox"/>
Pesadelos	<input type="checkbox"/>
Sensação de incompetência em todas as áreas	<input type="checkbox"/>
Vontade de fugir de tudo	<input type="checkbox"/>
Apatia, depressão ou raiva prolongada	<input type="checkbox"/>
Cansaço excessivo	<input type="checkbox"/>
Pensar / falar constantemente em um só assunto	<input type="checkbox"/>
Irritabilidade sem causa aparente (você tem ficado irritada sem motivo)	<input type="checkbox"/>
Angústia / ansiedade diária	<input type="checkbox"/>
Hipersensibilidade emotiva (você tem se emocionado facilmente)	<input type="checkbox"/>
Perda do senso de humor	<input type="checkbox"/>



Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada gestante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Capital Social e Fatores Psicossociais associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer. Você foi selecionada por ter mais de 16 anos e estar com menos de seis meses de gestação. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Os objetivos deste estudo são identificar a importância de fatores sociais, psicológicos, familiares e da saúde da gestante para o risco da prematuridade e do baixo peso ao nascimento. O objetivo final é ter informações que melhorem o atendimento pré-natal, para que doenças infantis se reduzam, assim como a mortalidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre suas condições de moradia, nível de instrução, sua história reprodutiva e comportamentos que influenciam na sua saúde. Além disso, o questionário inclui perguntas sobre seu nível socioeconômico, estresse, ansiedade e outras características do ambiente em que você vive. Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa. O tempo de duração da entrevista será de 35 min., aproximadamente.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para as Secretarias Municipais de Saúde. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a. Maria do Carmo Leal**

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-25982620

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Data da entrev.

Entrevistador

B

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

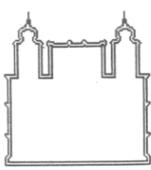
--



“Capital Social Pós-parto”

Questionário N°

2008 / 2009



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da continuação da pesquisa “Capital Social e Fatores Psicossociais associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer”. Na primeira entrevista você foi selecionada por estar grávida de até 5 meses e por ser moradora deste município.

Nesta fase, além dos objetivos da etapa anterior, pretendemos identificar se fatores sociais, familiares e psicológicos podem afetar o desenvolvimento, a alimentação e a saúde do seu filho(a). O objetivo final do estudo é obter informações que melhorem o atendimento pré-natal e o atendimento dos bebês menores de 6 meses nos postos de saúde, para reduzir a ocorrência de doenças e da mortalidade infantil. Além desta entrevista, entraremos em contato com você mais duas vezes: uma quando o seu bebê tiver três meses de idade e outra quando tiver perto de seis meses. Estas entrevistas poderão ser feitas na sua casa ou em outro local de sua preferência.

Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da Fiocruz e a equipe ligará antes para marcar com você o melhor local, data e horário para a entrevista. A sua participação consistirá em responder a um questionário sobre as suas gestações, o seu pré-natal e parto, a sua alimentação e outros comportamentos que influenciam na sua saúde. Além disso, o questionário inclui perguntas sobre seu nível socioeconômico, estresse, ansiedade e outras características do ambiente em que você vive.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios aonde este vem sendo realizado, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

_____, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a. Maria do Carmo Leal**

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-2598-2620 ou 2598-2621

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Entrevista com a mãe após o parto

Questionário |__|__|__|__| B |

I. DADOS GERAIS

Nome da Unidade**		__ __
Nº do prontuário*	__ __ __ __ __ __	Odontólogo __ __
Entrevistador	__ __	Data da entrevista __ __ / __ __ / __ __
Supervisor	__ __	Data da 1ª revisão __ __ / __ __ / __ __
Revisor	__ __	Data da 2ª revisão __ __ / __ __ / __ __
Digitador	__ __	Data da digitação __ __ / __ __ / __ __

** Estabelecimento de Saúde no qual se internou para o parto ou devido a aborto.

* Se não conseguir resgatar o número preencha com 999, se ela não foi internada preencha com 888

“Meu nome é... e você foi novamente convidada a participar de uma pesquisa que avalia a influência da sua saúde e de fatores sociais na prematuridade e no baixo peso ao nascer. Eu gostaria de pedir meia hora de sua atenção.

Atenção: *ADOL* perguntas destinadas exclusivamente às adolescentes (10 a 19 anos no momento do parto)

II. IDENTIFICAÇÃO

Hora de início da entrevista		__ __ : __ __
Local da entrevista		1. Hospital no pós-parto 2. Domicílio 3. Outros _____ __
Desfecho no bebê:		1. Nasceu vivo 2. Nasceu vivo e faleceu com menos de 1 semana 3. Nasceu vivo, mas faleceu em: __/__/__ 4. Nasceu morto (≥ 22sem ou ≥ 500g) 5. Aborto __
Qual o seu nome completo?		
Qual sua data de nascimento?		
Você mora no mesmo endereço de quando fez a 1ª entrevista?		0. Não 1. Sim (vá para 286) __
Qual seu novo endereço?		Cep __ __ __ __ __ __
Fica em que bairro?		
Como se chega lá?		
Você tem telefones para contato?		
__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __		
Para mantermos o contato você poderia dar outro endereço, de um amigo ou parente? (menos nos casos de aborto e óbito)		
Nome do amigo ou parente:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	
Como se chega lá?		
A renda total da família foi a mesma durante toda a gravidez?		0. Não 1. Sim (vá para a 289) __
Qual a renda total atual da família?		
ADOL Você está estudando?		0. Não 1. Sim (vá para a 292) __
ADOL Que idade você tinha quando parou de estudar?		__ __ anos
ADOL Por que você parou de estudar?		__ __ __
1. Começou a trabalhar 2. Dificuldade de acesso à escola 3. Desinteresse 4. Gravidez atual 5. Gravidez anterior 6. Outros _____		
ADOL Qual a idade do pai do bebê?		88. não sabe quem é o pai 99. não sabe a idade do pai __ __ anos
ADOL Qual foi a última série que o pai do bebê completou na escola?		
__ Série/anos completos (se faculdade) __ 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)		
ADOL O pai do bebê possui trabalho remunerado?		0. Não 1. Sim __
ADOL O pai do bebê te ajuda com dinheiro?		0. Não 1. Sim __

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS “Agora eu vou perguntar sobre outras gestações”

Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez?	__ __ anos
Com que idade você teve sua primeira relação sexual?	__ __ anos

Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta gravidez e algum aborto que você tenha tido? (Se 01, vá para o próximo bloco)	_____
Quantos anos você tinha quando engravidou pela primeira vez? (mesmo que tenha perdido)	_____
Você fez pré-natal na(s) outra(s) vez(es) em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	_____
Você já teve algum aborto anterior? 0. Não (vá para 303) Sim. Quantos?	_____
Quantos abortos foram espontâneos (ocorreram naturalmente)?	_____
Quantos partos (bebê vivo ou morto) você já teve sem contar com esse? (Se 00, vá para o próximo bloco)	_____
Qual a data do seu primeiro parto (bebê vivo ou morto)?	____/____/____
Qual a data do seu último parto (bebê vivo ou morto) , antes desta gravidez?	____/____/____
Quantos partos foram por cesariana ? (sem contar com o atual)	_____
Algum parto anterior foi a fórceps? 0. Não Sim, quantos?	_____
Algum filho nasceu morto? 0. Não Sim, quantos?	_____
Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter 1 mês de vida? 0. Não Sim, quantos?	_____
Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que 2,5 kg? 0. Não Sim, quantos?	_____
Você já teve algum bebê que nasceu antes de 37 semanas de gravidez? 0. Não Sim, quantos?	_____

IV. INFORMAÇÕES DA GRAVIDEZ ATUAL “Agora vou fazer perguntas sobre esta gravidez”

Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)?	____/____/____
Quando ficou grávida, você: 1. Estava querendo engravidar (vá para a 315) 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar	_____
Esta gravidez aconteceu porque... 1. Não se preveniu direito 2. Achou que não aconteceria com você 3. Outro _____	____ ____
Como você se sentiu quando descobriu que estava grávida? 1. MUITÍSSIMO satisfeita 2. Muito satisfeita 3. Um pouco satisfeita 4. Um pouco insatisfeita 5. Muito insatisfeita	_____
E o pai do bebê, como se sentiu? 1. MUITÍSSIMO satisfeito 2. Muito satisfeito 3. Um pouco satisfeito 4. Um pouco insatisfeito 5. Muito insatisfeito 8. Não sabe quem é o pai	_____
Você pensou em usar algum método para interromper a gravidez desse bebê? 0. Não (vá para a 319 ADOL ou 324 Adultas) 1. Pensei e usei 2. Pensei, mas não cheguei a usar	_____
Qual?	____ ____
da 319 à 322 (pode marcar mais de uma opção) Legenda →	1. Boa 2. Ruim 3. Indiferente
ADOL A sua reação quando soube que estava grávida foi:	____ ____
ADOL A reação do pai do bebê quando soube que estava grávida foi:	____ ____
ADOL A reação da sua família quando soube que estava grávida foi:	____ ____
ADOL A reação da família do pai do bebê quando soube que estava grávida foi:	____ ____
ADOL De quem você recebeu apoio quando descobriu que estava grávida? 0. Não teve apoio 1. Mãe/pai 2. Pai do bebê 3. Familiares 4. Amigos	____ ____ ____ ____

Não perguntar as questões 324 à 330 caso tenha perdido o bebê

Da questão 324 à 326 Legenda →	0. Não teve apoio 1. Insatisfeita 2. +/- satisfeita 3. Satisfeita
Hoje, como você se sente em relação ao cuidado do pai do bebê com você?	_____
ADOL Hoje, como você se sente em relação ao cuidado de seus pais e familiares com você?	_____
ADOL E em relação ao cuidado dos pais e familiares do pai do bebê com você?	_____
ADOL Quem vai cuidar do seu bebê na maior parte do tempo? 1. Você 2. Sua mãe 3. Sua “sogra” 4. Sua avó 5. Outro _____	_____
ADOL Você acha que o bebê irá.... 1. Aproximar você e o pai do bebê 2. Afastar você e o pai do bebê 3. Não vai mudar nada 4. Outro _____	_____

Nesta gravidez, antes do parto ou aborto, você ficou internada por algum problema de saúde? 0. Não (vá para a 353) 1. Sim				<input type="text"/>
Qual problema de saúde?				
Qual o período que você esteve internada? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> à <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Se não souber, perguntar: Com quantas semanas de gestação? <input type="text"/> Por quantos dias? <input type="text"/>				
Em qual hospital?				
Você teve alguma dificuldade para conseguir ser internada neste período? 0. Não 1. Sim				<input type="text"/>
Qual dificuldade?				
Você tem algum exame de sangue e de urina que fez durante a gravidez em mãos? Se não tiver o exame, olhar no prontuário do Pré-natal ou no Cartão da Gestante.				
EXAME	DATA 1	VALOR 1	DATA 2	VALOR 2
a- Glicemia	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> mg%	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> mg%
b- Hematócrito	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> %	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
c- Hemoglobina	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> g%	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> g%
d- Fator RH	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	0. Negativo 1. Positivo <input type="text"/>		
e- Sorologia Lues (VDRL)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> legenda acima	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> legenda acima
f- Sorologia HIV	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> legenda acima	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> legenda acima
g- Urina 1	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Descrever:		
h- Urina 2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Descrever:		
Quais desses exames (acima) você fez? (escrever as letras correspond.)			<input type="text"/>	
Você precisou pagar (ou fez pelo plano de saúde) algum desses exames? 0. Não Sim, quais? (escrever as letras correspond aos exames)			<input type="text"/>	
Você tem algum exame de ultra-sonografia em mãos? 0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim				<input type="text"/>
a. Data do exame 1: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		b. IG do exame 1: <input type="text"/> sem e <input type="text"/> dias		
a. Data do exame 2: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		b. IG do exame 2: <input type="text"/> sem e <input type="text"/> dias		
a. Data do exame 3: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		b. IG do exame 3: <input type="text"/> sem e <input type="text"/> dias		
a. Data do exame 4: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		b. IG do exame 3: <input type="text"/> sem e <input type="text"/> dias		

V. HÁBITOS MATERNNOS “Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos durante esta gravidez...”

Você tomou bebidas alcoólicas durante a gravidez? 0. Não (vá para a 367) 1. Sim				<input type="text"/>
Quantas doses eram necessárias para deixar você “alta”? (1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses)				<input type="text"/>
As pessoas te aborreciam, criticando o seu modo de beber? 0. Não 1. Sim				<input type="text"/>
Você sentia que devia parar de beber? 0. Não 1. Sim				<input type="text"/>
Alguma vez, durante a gravidez, você precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses) 0. Não 1. Sim				<input type="text"/>
Você tinha, durante a gravidez, sentimentos de culpa sobre a bebida? 0. Não 1. Sim				<input type="text"/>
Você fumou durante a gravidez? 0. Não (vá para a 369) 1. Sim, por toda a gravidez. 2. Sim, mas parou no ___ mês da gravidez.				<input type="text"/>
Quantos cigarros por dia você fumou durante a gravidez?				<input type="text"/>
“Hoje em dia é muito comum as pessoas já terem experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. A próxima pergunta é sobre o uso dessas substâncias. Essas questões são muito importantes pra gente. Lembro que, como todo o questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa.”				

Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 0. Não (vá para o bloco VI) 1.Sim	_ _
Que tipo? _____	_ _ _ _

VI. CONSUMO ALIMENTAR “Agora eu gostaria de saber sobre sua alimentação no final da gravidez”

Nos últimos 3 meses de gravidez, quantas vezes por dia você costumava comer? (qualquer alimento que colocasse na boca conta)	_ _ _
---	-------

“Com que frequência você comeu ou bebeu, nos últimos 3 meses de gravidez, cada um desses alimentos?”

LER AS OPÇÕES (Não precisa ler mais de uma vez. Enquadre a resposta dada de acordo com as opções)

0. Nunca/quase nunca 1. Uma vez por mês 2. De 2 a 3 x por mês 3. Uma vez por semana
 4. 2 a 4 x por semana 5. 5 a 6 x por semana 6. Uma vez por dia 7. 2 a 3 x por dia 8. 4 ou mais x por dia

Fq = frequência **Qt** = quantidade/ número de porções padrão entre parêntesis

Leite e derivados	Fq	Qt		
			Açúcar (1 colher de chá)	_ _
Leite (1 copo 200ml)	_ _	_ _		
Queijo/mussarela/requeijão	_ _		Manteiga/margarina	_ _
Iogurte	_ _		Chocolate (1 pequeno +- 30g)	_ _ _ _
Carnes e Ovos	Fq	Qt		
			Achocolatado (1 C de sopa)	_ _ _ _
Carne de boi (1 bife M/ 4 C sopa carne moída)	_ _	_ _	Bebidas	Fq
Frango (1 pedaço M)	_ _	_ _	Café, chá preto ou mate (1 xícara peq)	_ _ _ _
Peixe	_ _		Refrigerante em geral (1 copo 200ml)	_ _ _ _
Ovo	_ _		Refrigerante à base de cola (tobi , dolly-cola, coca-cola, skin-cola, pepsi...)	_ _ _ _
Carne de porco, Salsicha ou lingüiça	_ _		Suco artificial	_ _
Fígado	_ _		Fruta (1) suco natural (1/2 copo)	_ _ _ _
Leguminosas, cereais e feculentos	Fq	Qt	<i>Quais frutas costumava comer com mais frequência?</i>	
Feijão (1 concha M)	_ _	_ _	c-	
Arroz (1 C sopa)	_ _	_ _	d-	
Batata, aipim ou inhame	_ _		e-	
Macarrão	_ _		f-	
Farinha, farofa ou Angú	_ _		Legumes e Verduras* (1 C sopa)	_ _ _ _
Pão (francês 1 unidade / de forma 2 fatias)	_ _	_ _	<i>Quais legumes e verduras costumava comer com mais frequência?</i>	
Biscoito tipo Cream craker ou Maisena	_ _		c-	
Biscoito recheado	_ _		d-	
Skiny, Fofura, Fandangos	_ _		e-	
Pizza, hambúrguer ou salgadinho tipo pastel, quibe	_ _		f-	

* Sem contar batata, aipim nem inhame

VII. EM CASO DE TER PERDIDO O BEBÊ (Aborto ou nascido morto. Se não, vá para o bloco VIII)

“Agora vamos falar um pouco sobre o que aconteceu com a sua gravidez”

Em que data você perdeu o bebê?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Com quantas semanas de gravidez você estava quando perdeu o bebê?	_ _ meses ou _ _ semanas
Questões com *** - não perguntar no caso de aborto provocado (vide questão 317 pág 5)	
***Antes do acontecido, você teve algum sinal de que poderia perder o bebê? 0. Não (vá para a 406) 1. Sim	_
***Qual foi o sinal? 1. Perda de líquido 2. Sangramento 3. Dor/contração 4. Exame alterado 5. Outro: _____	_ _ _ _
***Quando você teve esse sinal?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Você ficou internada? 0. Não (vá para a 410) 1. Sim	_
***Quando foi descoberto que o bebê tinha morrido? 1. Antes da internação 2. Durante a internação na gravidez, antes do trabalho de parto 3. Durante a internação no trabalho de parto	_
Você teve alguma dificuldade para conseguir ser internada nesta ocasião? 0. Não (vá para a 410) 1. Sim	_
Qual dificuldade?	
Você precisou fazer algum procedimento como curetagem ou cesariana para retirar o bebê? 0. Não, foi expelido naturalmente 1. Sim, curetagem 2. Foi Parto Normal 3. Sim, cesariana 4. Sim, outro _____	_ _
Você pagou alguma quantia para fazer (o procedimento acima) ou outros exames nesta ocasião? 0. Não 1. Sim, o procedimento acima 2. Sim, exames 3. Ambos	_
***Você foi informada porque perdeu o bebê? 0. Não (vá para a 414) 1. Sim	_
***Qual foi a causa (do aborto / da morte do bebê)? _____	
Você sabe dizer quanto o bebê pesava depois (do aborto / de nascido)?	_ _ _ _ _ _ gramas
Qual era o sexo do bebê? 1. Masculino 2. Feminino 9. Não sabe	_

VÁ PARA O BLOCO X

Nos casos de óbito fetal (feto $\geq 500g$ ou IG $\geq 22sem$) perguntar as questões 422 à 428 antes de ir para o bloco X

VIII. PARA OS NASCIDOS VIVOS “Agora eu perguntarei sobre o parto desse bebê”

Número de nascidos vivos: 1. Um 2. Gêmeos 3. Trigêmeos ou mais	_
Número da Declaração de Nascido Vivo – DNV (1º nascido)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Número da DNV do 2º nascido	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Número da DNV do 3º nascido	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Em caso de gêmeos, coletar dados apenas do 1º nascido	
Qual o nome do bebê? _____ (completo) 1. Sexo Masculino 2. Sexo Feminino	_
Qual a data do nascimento do (nome do bebê)?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Qual foi o sinal de que você estava em trabalho de parto ou a razão porque foi encaminhada para a internação na maternidade? 1. Perda de líquido 2. Sangramento 3. Dor/contração 4. Exame alterado 5. Cesariana marcada 6. Outro _____	_ _ _ _
Que horas você saiu de casa (ou do local onde estava) para ir para o hospital? Que horas você conseguiu se internar? Calcular o tempo e anotar ao lado*	_ _ _ h _ _ _ min
Você tentou ganhar neném em outro lugar antes (deste/ do local onde teve o bebê)? 0. Não Sim, em quantos lugares você foi?	_ _
Como você chegou ao hospital/ maternidade? 1. Táxi 2. Carro 3. Ônibus/trem 4. A pé 5. Ambulância 6. Outros _____	_
Quem (veio/ foi) com você para a maternidade? 1. Sozinha 2. Companheiro 3. Pais 4. Outros familiares 5. Vizinhos/amigos 6. Outros _____	_

Você teve alguma (outra) dificuldade para conseguir ser internada para o nascimento do bebê? 0. Não (vá para a 429) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Qual dificuldade?	<input type="checkbox"/>
Foi feita a raspagem dos pêlos para realizar o parto? 0. Não 1. Sim, em casa 2. Sim, no hospital	<input type="checkbox"/>
Foi feita a lavagem intestinal para realizar o parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o trabalho de parto no hospital, você ficou a maior parte do tempo na cama? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o trabalho de parto no hospital, você foi estimulada a caminhar e a mudar de posições? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o trabalho de parto no hospital você pôde se alimentar de líquidos (água, sucos, etc.)? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Durante o trabalho de parto no hospital, foi colocado soro na sua veia? 0. Não (vá para a 437) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Neste soro, foi colocada medicação para aumentar a contração do útero durante o trabalho de parto? 0. Não (vá para a 437) 1. Sim 9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
Por que foi utilizada esta medicação? 1. Estava com pouca contração 2. Trabalho de parto demorado/não estava progredindo 3. Para ajudar o bebê a sair 4. Outras _____ 9. Não sabe informar	<input type="checkbox"/>
Qual o tipo de parto? 1. Parto normal (vá para a 440) 2. Cesariana 3. Fórceps (vá para a 440)	<input type="checkbox"/>
Em caso de cesariana, foi: 1. Marcada com antecedência 2. Decidida durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
Você sabe qual foi a razão da cesariana? (Pode marcar mais de uma opção) (Não precisa ler) 0. Não 1. Eu queria cesariana 2. Cesariana(s) anterior(es) 3. Passou da hora 4. Bebê grande/não tinha passagem 5. Pressão alta 6. Diabetes 7. Bebê estava sentado/atravessado 8. Circular de cordão 9. Outra _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fizeram um corte na vagina para o nascimento do bebê? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Você tomou anestesia**? 0. Não Sim: 1. Nas costas 2. No períneo (local) 3. Geral	<input type="checkbox"/>
Você ligou as trompas? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Você precisou pagar (ou fez pelo plano de saúde) a anestesia, o parto do bebê ou ligadura de trompas? 0. Não 1. A anestesia 2. O parto 3. A ligadura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* Calcular o tempo que ela demorou desde que saiu de casa até conseguir ser internada.	
** Se disser que tomou no braço, perguntar se ela adormeceu. Caso sim, marcar Geral.	
Você ficou com um acompanhante durante o trabalho de parto e no parto? Se não, Por quê? (Não ler as alternativas) (Pode marcar mais de uma opção) 1. Não, porque a maternidade não permitia... Marque com x: Nenhuma pessoa <input type="checkbox"/> A pessoa que eu tinha para ficar comigo* <input type="checkbox"/> Só permitia para adolescentes <input type="checkbox"/> 2. Não, porque eu não sabia que podia. 3. Não, porque eu não queria. <input type="checkbox"/> 4. Não, porque não tinha ninguém para ficar comigo (vá para a questão 446) 5. Não, outro motivo _____ <input type="checkbox"/> 6. Sim → marque com x: Só no TP <input type="checkbox"/> Só no Parto <input type="checkbox"/> Em ambos <input type="checkbox"/> (vá para a 446) A pessoa que ficou com você era a pessoa que você queria que estivesse contigo? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Na maternidade, você tinha alguém que pudesse ficar como seu acompanhante durante o trabalho de parto (TP), no parto e depois que o bebe tivesse nascido? 0. Não 1. Sim, só no trabalho de parto e/ou parto 2. Sim, no TP, parto e como acompanhante no hospital	<input type="checkbox"/>
Você sabia ou foi informada no pré-natal de que tinha direito a ter alguém da sua escolha para ficar com você durante o trabalho de parto, no parto e depois que o bebê tivesse nascido? 0. Não 1. Sim, já sabia 2. Sim, fui informada	<input type="checkbox"/>
Você teve algum problema durante o parto? 0. Não (vá para a 449) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Qual(is)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O bebê apresentou algum problema no nascimento? 0. Não (vá para a 451) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Qual(is)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

476b. No pré-natal, falaram que não se deve dar chupeta ao bebê? **0. Não 1.Sim** | |

* marcar 77 77 quando responder: “até quando o bebê quiser” ou “até dois anos ou mais”.

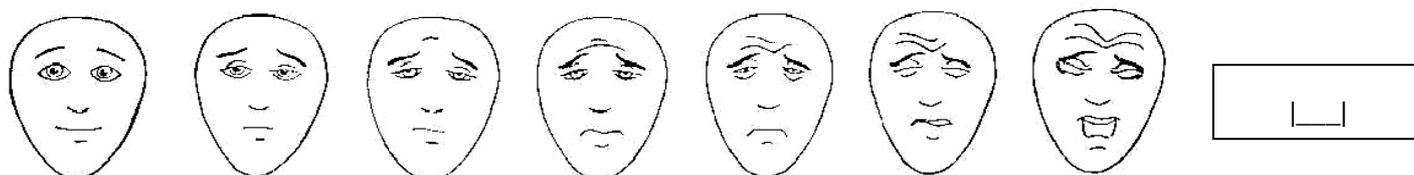
** marcar a idade do bebê na data da entrevista quando responder: “logo que possível/de imediato”.

X. SAÚDE BUCAL “Agora eu vou perguntar sobre a saúde da sua boca e dos seus dentes”

PÁGINA 1	LEGENDA →	0. Nunca	1. Raramente	2. Às vezes	3. Repetidamente	4. Sempre
<i>Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura</i>						
Você teve problemas para falar alguma palavra?						<input type="checkbox"/>
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?						<input type="checkbox"/>
Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?						<input type="checkbox"/>
Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?						<input type="checkbox"/>
Você ficou preocupada (por causa de problemas com seus dentes)?						<input type="checkbox"/>
<i>Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura</i>						
Você se sentiu estressada (por causa de problemas com seus dentes)?						<input type="checkbox"/>
Sua alimentação ficou prejudicada?						<input type="checkbox"/>
Você teve que parar suas refeições?						<input type="checkbox"/>
Você encontrou dificuldade para relaxar (por causa de problemas com seus dentes)?						<input type="checkbox"/>
<i>Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura</i>						
Você se sentiu envergonhada?						<input type="checkbox"/>
Você ficou irritada com outras pessoas (por causa de problemas com seus dentes)?						<input type="checkbox"/>
Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias?						<input type="checkbox"/>
Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?						<input type="checkbox"/>
Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?						<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO DE DOR DENTAL*

Marque com um “X” a face que melhor representa a dor que você sentiu em seu(s) dente(s) nos últimos 6 meses:



XI. REDE SOCIAL “Agora eu vou perguntar sobre as suas relações e a sua participação na sociedade”

Existe algum parente com quem você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	0. Não, nenhum Sim, quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Existe algum amigo com quem você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	0. Não, nenhum Sim, quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PÁGINA 2	LEGENDA →	0. Não	1. Uma vez no ano	2. Algumas vezes no ano
		3. De 2 a 3 vezes por mês	4. Uma vez por semana	5. + de 1 vez por semana
Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividade artística em grupo (grupo musical, coral, artes, outras)?	Com que frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?	Com que frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	Com que frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 12 meses, (sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?	Com que frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Marcar 1 para nenhuma dor e 7 para pior dor sentida.

XII. APOIO SOCIAL “Agora falarei sobre algumas situações que qualquer um de nós, alguma vez, pode se encontrar. Gostaria de saber com que frequência você contaria com alguém, em cada uma dessas situações, caso você precisasse”

<i>Se você precisar, com que frequência...</i> PÁGINA 3	0. Nunca	1. Raramente
	2. Às vezes	3. Quase sempre
	4. Sempre	
Você conta com alguém que te ajude, se ficar de cama?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para te ouvir, quando você precisa falar?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para te dar bons conselhos em uma situação de crise?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para te levar ao médico?		<input type="text"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>		
Você conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para se divertir junto?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para te dar informação que ajude a compreender uma determinada situação?		<input type="text"/>
Você conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?		<input type="text"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>		
Você conta com alguém que lhe dê um abraço?		<input type="text"/>
Você conta com alguém com quem relaxar?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder preparar?		<input type="text"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>		
Você conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?		<input type="text"/>
Você conta com alguém com quem distrair a cabeça?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?		<input type="text"/>
Você conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?		<input type="text"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>		
Você conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?		<input type="text"/>
Você conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?		<input type="text"/>
Você conta com alguém que compreenda seus problemas?		<input type="text"/>
Você conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?		<input type="text"/>

SE PUÉRPERA COM 20 ANOS OU MAIS, VÁ PARA A QUESTÃO 525

EXCLUSIVAMENTE PARA PUÉRPERAS ENTRE 10 E 19 ANOS

XIII. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA “Agora eu gostaria de conversar um pouco sobre seus relacionamentos e as formas utilizadas para resolver os conflitos”.

Na sua família, geralmente as crianças/ adolescentes são punidas de que forma? 1. Gritos/ agressão verbal 2. Castigo 3. Palmadas/ chineladas 4. Outros _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Você, alguma vez, já sofreu agressão física como forma de punição? 0. Não (vá para a 521) 1. Sim	<input type="text"/>

Que tipo de agressão física você sofreu? 1. Palmadas/chineladas 2. Socos 3. Pontapés 4. Com cinto/fio 5. Com pedaço de pau 6. Queimaduras 7. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quem fez isso com você? 1. Pai/Mãe 2. Madrasta/Padrasto 3. Avô/Avó 4. Outros Parentes 5. Companheiro 6. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Isso aconteceu com você: 1. Só uma vez 2. Raramente 3. Às vezes 4. Com frequência	<input type="checkbox"/>
Você, alguma vez, sofreu agressão física durante esta gravidez? 0. Não (vá para a 525) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Que tipo de agressão física você sofreu? 1. Palmadas/chineladas 2. Socos 3. Pontapés 4. Com cinto/fio 5. Com pedaço de pau 6. Queimaduras 7. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quem fez isso com você? 1. Pai/Mãe 2. Madrasta/Padrasto 3. Avô/Avó 4. Outros Parentes 5. Companheiro 6. Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante a gravidez isso aconteceu com você: 1. Só uma vez 2. Raramente 3. Às vezes 4. Com frequência	<input type="checkbox"/>

Durante a gravidez desse bebê você teve companheiro? 0. Não (vá para a 573) 1. Sim, por todo o período 2. Sim, apenas por um período SE PUÉRPERA ENTRE 10 E 19 ANOS VÁ PARA A QUESTÃO 573	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

EXCLUSIVAMENTE PARA PUÉRPERAS COM 20 ANOS OU MAIS
XIV. Violência entre Parceiros Íntimos

Legenda: 0 → Não; 1 → Sim, uma vez; 2 → Sim, mais de uma vez.

Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com você sobre as maneiras que os casais usam para resolver suas diferenças. Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer.

Por favor, eu gostaria de saber se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas que perguntarei a seguir, desde o início da sua gravidez.

Só perguntar “Isso aconteceu mais de uma vez?” caso esteja na pergunta.

<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, durante essa gravidez...</i>	
Você mostrou que se importava com seu companheiro, mesmo que vocês estivessem discordando?	<input type="checkbox"/>
Seu companheiro mostrou que se importava com você, mesmo que vocês estivessem discordando?	<input type="checkbox"/>
Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	<input type="checkbox"/>
Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	<input type="checkbox"/>
Você insultou ou xingou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo? Isso aconteceu + de 1x?	<input type="checkbox"/>
Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	<input type="checkbox"/>

<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, durante essa gravidez...</i>		
	Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	<input type="checkbox"/>
	Você deu um empurrão no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito? Isso aconteceu + de 1x?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você gritou ou berrou com o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você jogou o seu companheiro contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	<input type="checkbox"/>
	Você deu uma surra no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você segurou o seu companheiro com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
<i>Diante de uma discussão entre você e seu companheiro, durante essa gravidez...</i>		
	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou discordâncias?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso?	<input type="checkbox"/>
	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro? Isso aconteceu + de 1x?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você chutou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	<input type="checkbox"/>
	Você queimou seu companheiro com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito?	<input type="checkbox"/>
	Seu companheiro fez isso com você?	<input type="checkbox"/>
	Como foi feita a entrevista do bloco acima? 1. Com privacidade 2. Sem privacidade	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA!

Horário de Término:	<input type="text"/>
Como foi feita a entrevista? 1. Com privacidade 2. Sem privacidade	<input type="checkbox"/>

Houve interrupção? **0.** não **1.** sim |__| Em que questão? |__| |__| |__| Hora da interrupção: |__| |__| : |__| |__|
 Hora do retorno: |__| |__| : |__| |__| Motivo da interrupção:

XV. Dados do primeiro nascido (vivo ou morto)

Variável	De onde foi extraído?					Dado
	0. Não	1. Prontuário	2. DNV	3. Caderneta	4. DO	
Hora do nascimento	__					__ __ h: __ __ min
Peso ao nascer	__					__ __ __ __ gramas
Comprimento ao nascer	__					__ __ __ , __ __ cm
Idade gestacional <u>Capurro*</u>	__					__ __ __ semanas
Apgar no 5º minuto	__					__ __ __
Nos casos de óbito fetal (nasceu morto) ou neonatal (de 0 a 28 dias), copiar a causa do óbito descrita da DO:						

* se coletar da DNV, indicar a faixa da IG. Entre 37 e 41, por exemplo.

* verificar se o método Capurro é realizado no hospital. Esse método de cálculo da IG é anotado pelo pediatra.

XVI. Dados do Prontuário da Puérpera

	0. Não	1. Sim
	8. Não teve acesso ao prontuário	
Foi usado partograma para acompanhar o Trabalho de Parto?	__	
Foi utilizada hidratação venosa ou acesso venoso?	__	
Foi usado ocitocina (substância para estimular contrações)?	__	
Foi realizada amniotomia (o médico rompeu a bolsa)?	__	
Foi realizada episiotomia (corte no períneo feito pelo médico)?	__	
Apresentou algum problema no parto?	__	
Qual?		
Se parto cesariana, foi anotada a indicação da cesariana?		__
Preencher 9 se foi Parto Normal		
Qual indicação da cesariana?		

XVII. Dados do Prontuário do pré-natal

	1	2	3	4	5	6
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Unidade de saúde						
IG DUM						
Peso						
PA	/	/	/	/	/	/

AU/FU						
BCF						
	7	8	9	10	11	12
Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Unidade de saúde						
IG DUM						
Peso						
PA	/	/	/	/	/	/
AU/FU						
BCF						

Anotações do Pré-natalista:

Número de consultas de pré-natal registradas	_ _
Número de vezes que aparece o cálculo da IG pela DUM	_ _
Número de vezes que registra o peso da gestante	_ _
Número de vezes que registra a Pressão Arterial	_ _
Número de vezes que registra BCF depois da 20sem. de gesta	_ _
Fração sobre o número de consultas após a 20sem. gesta	_ _
Número de vezes que registra AFU depois da 20sem. de gesta	_ _
Fração sobre o número de consultas após a 20sem. gesta	_ _



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da continuação da pesquisa “Capital Social e Fatores Psicossociais associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer”. Na primeira entrevista você foi selecionada por estar grávida de até 5 meses e por ser moradora deste município.

Nesta fase, além dos objetivos da etapa anterior, pretendemos identificar se fatores sociais, familiares e psicológicos podem afetar o desenvolvimento, a alimentação e a saúde do seu filho(a). O objetivo final do estudo é obter informações que melhorem o atendimento pré-natal e o atendimento dos bebês menores de 6 meses nos postos de saúde, para reduzir a ocorrência de doenças e da mortalidade infantil. Além desta entrevista, entraremos em contato com você mais duas vezes: uma quando o seu bebê tiver três meses de idade e outra quando tiver perto de seis meses. Estas entrevistas poderão ser feitas na sua casa ou em outro local de sua preferência.

Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da Fiocruz e a equipe ligará antes para marcar com você o melhor local, data e horário para a entrevista. A sua participação consistirá em responder a um questionário sobre as suas gestações, o seu pré-natal e parto, a sua alimentação e outros comportamentos que influenciam na sua saúde. Além disso, o questionário inclui perguntas sobre seu nível socioeconômico, estresse, ansiedade e outras características do ambiente em que você vive.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios aonde este vem sendo realizado, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

_____, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a. Maria do Carmo Leal**

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-2598-2620 ou 2598-2621

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Data da entrev.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Entrevistador

“Capital Social Acompanhamento Três (3) meses”



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da continuação da pesquisa “Capital Social e Fatores Psicossociais associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer”. Na primeira entrevista você foi selecionada por estar grávida de até 5 meses e por ser moradora deste município. Na segunda entrevista te entrevistamos logo após o parto.

Nesta fase, além dos objetivos da etapa anterior, pretendemos identificar se fatores sociais, familiares e psicológicos podem afetar o desenvolvimento, a alimentação e a saúde do seu filho(a). O objetivo final do estudo é obter informações que melhorem o atendimento pré-natal e o atendimento dos bebês menores de 6 meses nos postos de saúde, para reduzir a ocorrência de doenças e da mortalidade infantil. Além desta entrevista, entraremos em contato com você mais uma vez quando o bebê estiver perto de seis meses. Esta entrevista poderá ser feita na sua casa ou em outro local de sua preferência.

Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da Fiocruz e a equipe ligará antes para marcar com você o melhor local, data e horário para a entrevista. A sua participação consistirá em responder a um questionário sobre o seu acompanhamento após o parto, a saúde e alimentação de seu bebê e outros comportamentos que influenciam na sua saúde e de seu bebê. Além disso, o questionário inclui perguntas sobre seu nível socioeconômico, estresse, ansiedade e outras características do ambiente em que você vive.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios aonde este vem sendo realizado, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

_____, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a. Maria do Carmo Leal**

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-2598-2620 ou 2598-2988

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

636. Que tipo de piso tem no interior da sua casa? 1. Piso revestido (cerâmica, concreto/cimento, lajota, tijolo) 2. Piso de terra batida 3. Ambos				_ _
637. Para onde vai o lixo da sua casa? 1. É recolhido pelo lixeiro 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto				_ _
638. Como é o abastecimento de água da sua casa? 1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Outro _____				_ _
639. Como é o esgoto na sua casa? 1. Rede geral 2. Fossa rudimentar 3. Fossa séptica 4. Vai para o rio 5. Não tem				_ _
640. Na rua em que você mora tem valão a céu aberto? 0.Não 1.Sim 2. Não, mas tem numa rua bem próxima				_ _
641. Que tipo de piso tem na rua onde você mora? 1. Asfalto/cimento 2. Paralelepípedo 3. Terra (pedrinhas, cascalho, grama)				_ _
642. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _ _ _				
1º Nome	Sexo(M/F)	Idade	Parentesco	Ocupação
643. A respeito da sua situação conjugal atual, você... 1. Vive com companheiro 2. Tem companheiro, mas não vive com ele 3. Não tem companheiro				_ _
644. Qual a sua relação com o pai do bebê atualmente? 1. Marido/companheiro 2. Namorado/noivo 3. Relação de amizade 4. Nunca mais o viu 5. Outros _____				_ _
645. Você tem algum trabalho em que ganhe dinheiro? 0. Não (vá para a 652) 1. Sim				_ _
646. Qual o seu trabalho? 1. Servidora pública 2. Empregada, não servidora pública 3. Autônoma (vá para a 650) 4. Empregadora (vá para a 650)				_ _
647. Você tem carteira assinada? 0. Não (vá para a 650) 1. Sim				_ _
648. Você está de licença maternidade? 0. Não 1. Sim				_ _
649. Você pretende continuar a trabalhar após a licença maternidade? 0. Não 1. Sim				_ _
650. Você parou de trabalhar por causa da gravidez desse bebê? 0. Não 1. Sim				_ _
651. Você parou de trabalhar por causa do nascimento do bebê? 0. Não (vá para a 654) 1. Sim				_ _
652. Você pretende (voltar a) trabalhar? 0. Não (vá para a 654) 1. Sim (fazer 1ª pergunta da 653) 2. Já estou trabalhando (fazer 2ª pergunta da 653)				_ _
653. Com quantos meses o bebê vai estar quando você (voltar a) trabalhar? (ou) com quantos meses o bebê estava quando você voltou a trabalhar?			_ _ _ meses _ _ _ dias	
654. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família? 0. Não 1. Pensão 2. Aposentadoria 3. Biscate 4. Bolsa família 5. Outro. _____				_ _ _ _ _ _
655. Qual a renda total atual da família?			R\$ _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _	
656. *ADOL* Você está estudando? 0. Não 1. Sim				_ _
657. *ADOL* Você pretende voltar a estudar? 0. Não 1. Sim				_ _

III. AVALIAÇÃO PUERPERAL

Agora vou perguntar sobre o seu parto e o atendimento que você recebeu após o parto.

658. Em qual maternidade foi o seu parto?		<input type="text"/>
659. Ao final do pré-natal, falaram para marcar uma consulta <u>para você</u> após o parto? (revisão do parto) 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
660. Na alta da maternidade <u>you</u> recebeu alguma orientação ou encaminhamento para ser atendida e fazer a revisão do parto em um posto de saúde, consultório ou hospital? 0. Não (vá para a 666) 1. Sim		<input type="text"/>
661. Essa orientação ou encaminhamento foi por escrito? (te entregaram um papel ou cartão com a orientação ou encaminhamento?) 0. Não (vá para a 666) 1. Sim <i>No cartão de encaminhamento estava marcado ou escrito ...</i>		<input type="text"/>
662. Qual o local que você deveria procurar para ser atendida? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
663. A data em que você deveria procurar a unidade de saúde, consultório ou hospital? 0. Não (vá para a 666) Sim. Em qual data?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
664. Você conseguiu ir à unidade de saúde na data marcada? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
665. Você conseguiu ser atendida na unidade de saúde na data marcada? 0. Não 1. Sim 2 Não, mas conseguiu ser atendida em outro dia		<input type="text"/>
666. Você já teve a sua consulta de revisão do parto? 0. Não (pergunte a 667 depois vá para a 681) 1. Sim (vá para a 668)		<input type="text"/>
667. Porque você ainda não teve a consulta de revisão do parto? (não ler as alternativas) 1. tentou, mas não conseguiu a consulta 2. não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse 3. não tinha dinheiro da passagem 4. não sabia que tinha que fazer esta consulta 5. não achei importante 6. outra. _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
668. Quantos dias após o parto você teve a sua consulta de revisão?	<input type="text"/>	<input type="text"/> dias
669. Você teve dificuldade para marcar a consulta de revisão do parto? 0. Não (vá para a 671) 1. Sim		<input type="text"/>
670. Que tipo de dificuldade você teve? (não ler as alternativas) 1. tentou, mas não conseguiu consulta antes 2. não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse 3. não tinha dinheiro da passagem 4. não achei importante 5. outra. _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
671. Quando esta consulta foi marcada? 1. Durante o pré-natal 2. Na maternidade 3. Na consulta de acolhimento 4. Após o parto, em outra vez que veio ao posto 5. Não foi marcada (espontânea)		<input type="text"/>
<i>Nessa consulta foi perguntado sobre como estava sua vacinação contra:</i>		
672. Tétano 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
673. Hepatite B 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
674. Rubéola 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
675. Nessa consulta foi medida a sua pressão? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
676. Nessa consulta, o médico ou enfermeiro examinou suas mamas? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
677. Nessa consulta foi feito exame de toque vaginal? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
678. Nessa consulta conversaram com você sobre planejamento familiar/ou como evitar uma nova gravidez? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
679. Você foi encaminhada para algum grupo de planejamento familiar? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>

680. Nesta consulta, passaram algum método para você evitar nova gravidez? (não ler as alternativas) 00. Não 01. Minipílula/micropílula 02. Pílula anticoncepcional comum 03. Preservativo (camisinha) 04. Dispositivo Intra Uterino (DIU) 05. Fez ligadura no parto (vá para a 683) 06. Amamentação exclusiva ao seio (amenorréia lactacional) 07. Tabela 08. Outros _____		 _ _ _ _ _ _ _ _ _
681. Você está usando algum método para evitar nova gravidez? (não ler as alternativas) 00. Não (pergunte a 682 e vá para a 684) 01. Minipílula/micropílula 02. Pílula anticoncepcional comum 03. Preservativo (camisinha) 04. Dispositivo Intra Uterino (DIU) 05. Fez ligadura no parto 06. Amamentação exclusiva ao seio (amenorréia lactacional) 07. Tabela 08. Coito interrompido 09. Abstinência sexual (resguardo) 10. Outros _____		 _ _ _ _ _ _ _ _ _
682. Por que você (não está usando nenhum método/ está usando só esse método)? (não ler as alternativas) (após esta questão, vá para a 684) 01. Tentei pegar pílula no posto, mas não consegui. 02. Tentei pegar camisinha no posto, mas não consegui. 03. Tentei ligar as trompas, mas não consegui. 04. Tinha no estabelecimento de saúde, mas não quis pegar. 05. Acho que esse método dá certo. 06. Não ligo se eu engravidar de novo/ não acredito que vou engravidar de novo. 07. Quero engravidar de novo. 08. Estou sem parceiro atualmente. 09. Outros _____		 _ _ _ _ _ _ _ _ _
683. Você conseguiu esse método gratuitamente em algum estabelecimento de saúde? 0. Não 1. Sim 2. Não quis, eu mesma prefiro comprar a pílula/camisinha 3. Sim, consegui a ligadura gratuitamente 4. Não, eu paguei a ligadura 5. Sim, coloquei o DIU gratuitamente 6. Não, eu paguei para colocar o DIU		 _ _
684. Depois que saiu da maternidade você foi a algum posto de saúde, consultório ou hospital se consultar (além da consulta de revisão do parto)? 0. Não (vá para a 686) Sim. Quantas vezes?		_ _ _ vezes
685. Com quantos dias depois do parto você foi se consultar em um posto de saúde, consultório ou hospital? (marcar a primeira vez que se consultou)		_ _ _ dias
686. Desde que o bebê nasceu, você já teve algum desses problemas?	0. Não 1. Sim	Qts dias após o nascimento?
687. Febre	_ _	_ _ _ _ dias
688. Ardência ao urinar	_ _	_ _ _ _ dias
689. Sangramento vaginal	_ _	_ _ _ _ dias
690. Inflamação da cicatriz *	_ _	_ _ _ _ dias
691. Dor nas mamas	_ _	_ _ _ _ dias
692. Dor nos pontos da cesariana	_ _	_ _ _ _ dias
693. Dor nos pontos do parto normal	_ _	_ _ _ _ dias
694. Outro _____	_ _	_ _ _ _ dias

*do corte na vagina (episiotomia) ou da cesariana

695. O que fizeram para resolver o seu problema? (não ler as alternativas) 0. Nada 1. Atendimento imediato 2. Agendaram para outro dia 3. Encaminharam para outro serviço 4. Não fui ao serviço de saúde depois que tive este problema 5. Outros _____	_ _
---	-----

IV. IDENTIFICAÇÃO DO BEBÊ

Agora eu gostaria de conversar um pouco sobre alguns aspectos relacionados à alimentação, saúde e desenvolvimento do/a (nome do bebê).

(EM CASO DE GÊMEOS OU MAIS – PERGUNTAR INFORMAÇÕES DO PRIMEIRO NASCIDO)

696. Qual o nome do bebê? (primeiro nome)		
697. Você recebeu alta junto com o bebê?	0. Não 1. Sim	_ _
698. Com quantos dias após o parto você recebeu alta?		_ _ dias
699. Com quantos dias depois do parto o (nome do bebê) recebeu alta?		_ _ dias
700. Quem está cuidando do seu bebê na maior parte do tempo? 1. Você 2. A avó do bebê 3. O irmão(ã) do bebê 4. O pai do bebê 5. Outro _____		_ _
701. O (a) (nome do bebê) está na creche?	0. Não 1. Sim	_ _
702. É seu primeiro filho?	0. Não 1. Sim (vá para a 704)	_ _
703. Você amamentou seu último filho, antes desse bebê? 0. Não Sim, por quanto tempo?		_ _ meses _ _ dias
704. O(a) (nome do bebê) já foi registrado(a)?	0. Não (vá para a 706) 1. Sim	_ _
705. Aonde foi feito o registro do bebê? 1. Cartório da maternidade (aonde ocorreu o parto) 2. Outro cartório 3. Cartório de outra maternidade		_ _
706. Você recebeu a caderneta de saúde da criança (caderneta de vacinação) na maternidade? 0. Não 1. Sim		_ _

V. ALEITAMENTO MATERNO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) (nome do bebê)

(EM CASO DE GÊMEOS OU MAIS – PERGUNTAR INFORMAÇÕES DO PRIMEIRO NASCIDO)

707. Você acha que o hospital aonde o (nome do bebê) nasceu ajudou você a amamentar? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos 8. Se for HIV+	_ _	
708. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando <u>só</u> no peito? 0. Não 1. Sim (vá à questão 710) 8. Se for HIV+	_ _	
709. Por que não estava <u>só</u> no peito quando saiu da maternidade? 1. Intercorrência materna* _____ 2. Intercorrência com o bebê _____ 3. Prática hospitalar 4. Pouco leite/leite fraco/bebê não pegou 5. Outro _____ * (em caso de mãe HIV+, marque 1 e vá para a 713)	_ _ _ _ _ _	
710. Atualmente o/a (nome do bebê) está mamando no peito? 00. Não Sim, quantas vezes por dia (mais ou menos)? (vá para a 712)	_ _ _	
711. Desde quando o/a (nome do bebê) <u>não</u> está mamando no peito?	_ _ _ meses _ _ _ dias	
712. Porque o/a (nome do bebê) não está mamando no peito? (não ler as alternativas /pode marcar mais de uma / marcar as que mais se aproximam das respostas da mãe) 1. Pouco leite/o leite secou 2. Problemas com a mama/com o bico do seio 3. Porque o bebê largou o peito/não quis mais 4. Porque o bebê ficou doente / internado 5. Porque a mãe teve que voltar a trabalhar 6. Porque a mãe ficou doente / internada 7. Outros: _____	_ _ _ _ _ _	
713. Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou outro tipo de leite? 0. Não (vá para a 715) Sim, desde que idade? * * se disser, desde que nasceu, colocar 00 meses 01 dias	_ _ _ meses _ _ _ dias	
714. Esse leite foi em pó?	0. Não 1. Sim	_ _
715. Esse leite foi dado por mamadeira ou chuquinha?	0. Não 1. Sim	_ _

716. Desde que o(a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou água, chá, ou suco? 0. Não (vá para a 718) Sim, desde que idade?	____ ____ meses ____ ____ dias
717. Essa água, chá, ou suco foi dada por mamadeira ou chuchinha? 0. Não 1. Sim	____
718. Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já recebeu sopa ou papa de legumes? 0. Não (vá para a 722) Sim, desde que idade?	____ ____ meses ____ ____ dias
<i>Essa sopa ou papa de legumes...</i>	
719. ... era: 1. em pedaços 2. amassada 3. liquidificada 4. passada na peneira 5. outros: _____	____
720. ... tinha algum tipo de carne (frango, boi, peixe, outros)? 0. Não 1. Sim	____
721. ... tinha feijão (caldo ou caroço)? 0. Não 1. Sim	____
722. Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já recebeu comida de panela (comida de sal)? 0. Não (vá para a 725) Sim, desde que idade?	____ ____ meses ____ ____ dias
<i>Essa comida de panela (de sal)...</i>	
723. ... tinha algum tipo de carne (frango, boi, peixe, outros)? 0. Não 1. Sim	____
724. ... tinha feijão (caldo ou caroço)? 0. Não 1. Sim	____
725. Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já comeu fruta (em pedaço ou amassada)? 0. Não Sim, desde que idade?	____ ____ meses ____ ____ dias
726. Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já tomou ou comeu outros alimentos (diferentes daqueles que eu já falei antes)? Quais? _____ 0. Não Sim, desde que idade?	____ ____ meses ____ ____ dias
727. Desde que o (a) (nome do bebê) saiu da maternidade, já chupou chupeta ou bico? 0. Não *Ofereceu, mas ele(a) recusou (marcar tudo 7) Sim, desde que idade?	____ ____ meses ____ ____ dias
728. Na maternidade falaram que você deveria procurar a unidade de saúde mais próxima da sua casa para levar o/a (nome do bebê)? 0. Não Sim. Com quantos dias de vida?	____ ____ dias
729. Você tem alguma dificuldade para levar o/a (nome do bebê) para se consultar? 0. Não (vá para a 731) 1. Sim	____
730. Qual dificuldade? Marque para cada item 0. Não 1. Sim	____
a. Não tem dinheiro	____
b. O local de atendimento é distante ou de difícil acesso	____
c. Dificuldade de transporte	____
d. Horário incompatível	____
e. O atendimento é muito demorado	____
f. Não tem quem a acompanhe	____
g. Greve nos serviços de saúde	____
h. Outro motivo. Qual? _____	____
731. Você já fez o teste do pezinho no/a (nome do bebê)? 0. Não Sim: Com quantos dias?	____ ____ dias
732. Desde que saiu da maternidade o/a (nome do bebê) já foi atendido em um posto de saúde ou consultório? 0. Não (vá para a 750) Sim. Quantas vezes?	____ ____ vezes
733. Desde que saiu da maternidade com quantos dias de vida foi a primeira consulta do/a (nome do bebê)? <i>Nas vezes em que você foi ao posto de saúde (consultório) com o seu bebê..</i>	____ ____ dias
734. ... o/a (nome do bebê) foi pesado? 0. Não (vá para 737) Sim, em quantas consultas?	____ ____
735. ... falaram para você o peso do seu bebê? 0. Nunca 1. Às vezes 2. Sempre	____
736. ... falaram para você se o ganho de peso do bebê estava adequado? 0. Nunca 1. Às vezes 2. Sempre	____

737.... o/a (nome do bebê) foi medido (viram a altura/comprimento)? 0.Não (vá para o quadro antes da 739) Sim, em quantas consultas?		<input type="text"/>
738.... falaram para você quanto seu bebê estava medindo? 0.Nunca 1.Às vezes 2.Sempre		<input type="text"/>
<i>Na(s) vez(es) em que você foi ao posto de saúde (ou consultório) com o seu bebê..</i>		
739. Falaram com você sobre amamentação? 0.Nunca (vá para 741) 1.Às vezes 2.Sempre		<input type="text"/>
740. Falaram com você sobre amamentação:		<input type="text"/>
a. na consulta? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
b. em grupo? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
c. durante visita à sua casa? 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
d. de outro jeito _____ 0. Não 1. Sim		<input type="text"/>
741. E perguntaram se você tinha alguma dúvida sobre amamentação?	0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
742. Explicaram para você como colocar o bebê no peito para mamar?	0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
743. Explicaram que quanto mais o neném mamar, mais leite a mãe vai ter?	0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
744. Explicaram como tirar o leite do peito com as mãos, se precisar?	0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
745. Falaram que não se deve dar mamadeira ao bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
746. E falaram que não se deve dar chupeta ao bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="text"/>
747. Falaram até quando o bebê deve mamar <u>só</u> no peito? 0. Não Sim: Até quantos meses?		<input type="text"/>
748. Você acha que o posto de saúde está ajudando (ou ajudou) você a amamentar? 0. Não 1. Sim 2. Mais ou menos		<input type="text"/>
749. Você diria que o acompanhamento do(a) (nome do bebê) no posto de saúde está sendo: 1. Ótimo 2. Bom 3. Mais ou menos 4. Ruim 5. Péssimo		<input type="text"/>
750. Desde que nasceu o/a (nome do bebê) já apresentou alguns dos seguintes problemas de saúde?		
a) Diarréia? 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
b) Bronquite? 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
c) Pneumonia? 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
d) Refluxo Gastro Esofágico? (golfar demais) 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
e) Otite (problema no ouvido)? 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
f) Febre? 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
g) Alergia? 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
h) Outros? _____ 0.Não Sim, quantas vezes?		<input type="text"/>
751. O/A (nome do bebê) precisou ficar internado por algum desses problemas de saúde? 0.Não Sim. Quais desses problemas? (marcar as letras correspondentes)		<input type="text"/> <input type="text"/>
752.Qual(is) o(s) local(is) que você costuma levar o/a (nome do bebê) para consultar com mais frequência?		<input type="text"/>
753.Qual(is) o(s) local(is) que você costuma levar o/a (nome do bebê) para vacinar com mais frequência?		<input type="text"/>

QUESTÕES 754 a 764 - EXCLUSIVAMENTE PARA MÃES ENTRE 10 E 19 ANOS

da 754 à 756	Legenda →	0. Não teve apoio 1. Insatisfeita 2. +/- satisfeita 3. Satisfeita
754. *ADOL* Hoje, como você se sente em relação ao cuidado do pai do bebê com você?		<input type="text"/>
755. *ADOL* Hoje, como você se sente em relação ao cuidado de seus pais e familiares com você?		<input type="text"/>
756. *ADOL* E em relação ao cuidado dos pais e familiares do pai do bebê com você?		<input type="text"/>

782. Geralmente você sente que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consegue resolver?	<input type="checkbox"/>
783. Geralmente você se preocupa demais com as coisas sem importância?	<input type="checkbox"/>
784. Geralmente você é feliz?	<input type="checkbox"/>
785. Geralmente você se deixa afetar muito pelas coisas?	<input type="checkbox"/>
786. Geralmente você não tem muita confiança em si mesma?	<input type="checkbox"/>
787. Geralmente você se sente segura?	<input type="checkbox"/>
788. Geralmente você evita ter que enfrentar crises ou problemas?	<input type="checkbox"/>
789. Geralmente você se sente deprimida?	<input type="checkbox"/>
790. Geralmente você está satisfeita?	<input type="checkbox"/>
791. Às vezes, as idéias sem importância entram na sua cabeça e ficam lhe preocupando?	<input type="checkbox"/>
792. Geralmente você leva as decepções tão a sério que não consegue tirá-las da cabeça?	<input type="checkbox"/>
793. Geralmente você é uma pessoa estável? (seu estado emocional não muda, ex: de triste para alegre)	<input type="checkbox"/>
794. Geralmente você fica tensa e perturbada quando pensa em seus problemas?	<input type="checkbox"/>

VIII. “Agora eu perguntarei sobre alguns sintomas que você possa ter experimentado.”

<i>Você experimentou nas últimas 24 horas (de ontem pra hoje):</i>	0. Não 1. Sim
795. Mãos ou pés frios	<input type="checkbox"/>
796. Boca seca	<input type="checkbox"/>
797. Nó no estômago	<input type="checkbox"/>
798. Aumento de sudorese (suor)	<input type="checkbox"/>
799. Tensão muscular (desconforto muscular)	<input type="checkbox"/>
800. Aperto de mandíbula/ranger os dentes	<input type="checkbox"/>
801. Diarréia passageira	<input type="checkbox"/>
<i>Você experimentou nas últimas 24 horas (de ontem pra hoje):</i>	0. Não 1. Sim
802. Insônia	<input type="checkbox"/>
803. Taquicardia (batimento rápido do coração)	<input type="checkbox"/>
804. Hiperventilação (aumento de ar inalado/ respiração ofegante)	<input type="checkbox"/>
805. Hipertensão arterial (pressão alta súbita e passageira)	<input type="checkbox"/>
806. Mudança de apetite	<input type="checkbox"/>
807. Aumento súbito de motivação (de repente você ficou motivada)	<input type="checkbox"/>
808. Entusiasmo súbito (de repente você ficou entusiasmada)	<input type="checkbox"/>
809. Vontade súbita de iniciar novos projetos (de repente você teve vontade de iniciar ...)	<input type="checkbox"/>
<i>Você tem experimentado na última semana:</i>	0. Não 1. Sim
810. Problemas com a memória	<input type="checkbox"/>
811. Mal-estar generalizado, sem causa específica	<input type="checkbox"/>
812. Formigamento das extremidades (mãos e pés)	<input type="checkbox"/>
813. Sensação de desgaste físico constante	<input type="checkbox"/>
814. Mudança de apetite	<input type="checkbox"/>
815. Aparecimento de problemas dermatológicos	<input type="checkbox"/>
816. Hipertensão arterial (pressão alta)	<input type="checkbox"/>
817. Cansaço constante	<input type="checkbox"/>
818. Aparecimento de úlcera	<input type="checkbox"/>
819. Tontura/sensação de estar flutuando	<input type="checkbox"/>

820.Sensibilidade emotiva excessiva	<input type="checkbox"/>
821.Dúvida quanto a si própria	<input type="checkbox"/>
822.Pensar constantemente em um só assunto	<input type="checkbox"/>
823.Irritabilidade excessiva (você tem ficado muito irritada)	<input type="checkbox"/>
824.Diminuição da libido sexual (desejo sexual)	<input type="checkbox"/>
<i>Você tem experimentado no último mês:</i>	0. Não 1. Sim
825.Diarréia freqüente	<input type="checkbox"/>
826.Dificuldades sexuais	<input type="checkbox"/>
827.Insônia	<input type="checkbox"/>
828.Náusea	<input type="checkbox"/>
829.Tiques (cacuete)	<input type="checkbox"/>
830.Hipertensão arterial (pressão alta) continuada	<input type="checkbox"/>
831.Problemas dermatológicos (de pele) prolongados	<input type="checkbox"/>
832.Mudança extrema de apetite	<input type="checkbox"/>
833.Excesso de gases	<input type="checkbox"/>
834.Tontura freqüente	<input type="checkbox"/>
835.Úlcera	<input type="checkbox"/>
<i>Você tem experimentado no último mês:</i>	0. Não 1. Sim
836.Enfarte	<input type="checkbox"/>
837.Impossibilidade de trabalhar	<input type="checkbox"/>
838.Pesadelos	<input type="checkbox"/>
839.Sensação de incompetência em todas as áreas	<input type="checkbox"/>
840.Vontade de fugir de tudo	<input type="checkbox"/>
841.Apatia, depressão ou raiva prolongada	<input type="checkbox"/>
842.Cansaço excessivo	<input type="checkbox"/>
843.Pensar / falar constantemente em um só assunto	<input type="checkbox"/>
844.Irritabilidade sem causa aparente (você tem ficado irritada sem motivo)	<input type="checkbox"/>
845.Angústia / ansiedade diária	<input type="checkbox"/>
846.Hipersensibilidade emotiva (você tem se emocionado facilmente)	<input type="checkbox"/>
847.Perda do senso de humor	<input type="checkbox"/>

IX. “Agora irei falar sobre certas situações que qualquer um de nós, alguma vez, pode se encontrar. Gostaria de saber com que freqüência você contaria com alguém, em cada uma dessas situações, caso você precisasse.”

<i>Se você precisar, com que freqüência...</i>	0. Nunca 2. Às vezes 4. Sempre	1. Raramente 3. Quase sempre
848. Você conta com alguém que te ajude, se ficar de cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
849. Você conta com alguém para te ouvir, quando você precisa falar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
850. Você conta com alguém para te dar bons conselhos em uma situação de crise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
851. Você conta com alguém para te levar ao médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que freqüência...</i>		
852. Você conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
853. Você conta com alguém para se divertir junto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
854. Você conta com alguém para te dar informação que ajude a compreender uma determinada situação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

855. Você conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>	
856. Você conta com alguém que lhe dê um abraço?	<input type="checkbox"/>
857. Você conta com alguém com quem relaxar?	<input type="checkbox"/>
858. Você conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder preparar?	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>	
859. Você conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?	<input type="checkbox"/>
860. Você conta com alguém com quem distrair a cabeça?	<input type="checkbox"/>
861. Você conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?	<input type="checkbox"/>
862. Você conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	<input type="checkbox"/>
<i>Se você precisar, com que frequência...</i>	
863. Você conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	<input type="checkbox"/>
864. Você conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	<input type="checkbox"/>
865. Você conta com alguém que compreenda seus problemas?	<input type="checkbox"/>
866. Você conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?	<input type="checkbox"/>

X. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

(EM CASO DE GÊMEOS OU MAIS – OBTER INFORMAÇÕES DO PRIMEIRO NASCIDO)

<i>Gostaria agora de pesar e medir você e o/a (nome do bebê)</i>	
863a. O bebê está contigo agora? 0. Não (pese a mãe e vá para o bloco XI) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
867. Peso da mãe <u>sem</u> o bebê (Kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
868. Peso da mãe <u>com</u> o bebê (Kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
869. Comprimento do bebê (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> centímetros

XI. AGENDA DA CRIANÇA

870. Você possui a Agenda da Criança do/a (nome do bebê)? (serve o “espelho de vacinação”) 0. Não 1. Sim, mas não está comigo 2. Sim, Agenda ou Caderneta (pule a 871) 3. Sim, “Espelho de vacinação” (pule a 871)	<input type="checkbox"/>
871. Você tem algum papel com anotações de alguma consulta do bebê ou de vacinas que ele tenha tomado? 0. Não (vá para a 895) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Posso ver a Agenda da Criança (Papel com informações/ Cartão/“Espelho” de Vacinação)? Vou anotar informações sobre o acompanhamento do peso e da vacinação da criança.</i>	
PESO	
872. Existe algum registro de peso da criança anotado no Gráfico Peso-Idade ou em outro local? 00. Não há nenhum registro (vá para a 875) Sim. Quantos?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Legenda para a coluna “c” => 1. Gráfico de Peso/Idade 2. Anotado na caderneta/espelho 3. Outros locais Se tiver mais de três registros, anotar aqueles que sejam mais próximos de um, dois e três meses	
873. Peso 1	a) Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas c) <input type="text"/> _____
874. Peso 2	a) Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas c) <input type="text"/> _____
875. Peso 3	a) Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas c) <input type="text"/> _____
876. Possui alguma linha de ganho de peso anotada no Gráfico Peso-Idade?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>

COMPRIMENTO			
877. Existe algum registro do comprimento da criança anotado no Gráfico Comprimento-Idade ou em outro local? 00. Não há nenhum registro (vá para a 881) Sim. Quantos?			_ _
Legenda para a coluna “c” => 1. Gráfico de Comprimento/Idade 2. Anotado na caderneta 3. Outros locais Se tiver mais de três registros, anotar aqueles que sejam mais próximos de um, dois e três meses			
878. Comprimento 1	a) Data _ _ / _ _ / _ _	b) _ _ , _ cm	c) _ _
879. Comprimento 2	a) Data _ _ / _ _ / _ _	b) _ _ , _ cm	c) _ _
880. Comprimento 3	a) Data _ _ / _ _ / _ _	b) _ _ , _ cm	c) _ _

881. Existe alguma anotação de doenças no Gráfico Peso-Idade?			_ _
00. Não (vá para 886) Sim. Quantas?			_ _
882. Doença 1: _____	883. Doença 2: _____		
884. Doença 3: _____	885. Doença 4: _____		
REGISTRO DE VACINAS		0. Não 1. Sim	
886. BCG - ID - 1° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
887. Hepatite B - 1° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
888. Hepatite B - 2° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
889. Tetraavalente (DTP+Hib) - 1° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
890. VOP (Vacina Oral Contra Pólio) - 1° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
891. VOP (Vacina Oral Contra Pólio) - 2° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
892. VORH (Rotavírus Humano) - 1° Dose	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
893. Outra vacina:	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
894. Outra vacina:	_	b) Data de Aplicação	_ _ / _ _ / _ _
895. Número da Declaração de Nascido Vivo – DNV (1° nascido)			_ _ _ _ _ _ _ _ _
896. Número da DNV do 2° nascido (gêmeos)			_ _ _ _ _ _ _ _ _
897. Número da DNV do 3° nascido (trigêmeos)			_ _ _ _ _ _ _ _ _
898. Nome completo da criança:			

XII. Opinião da entrevistada:

Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não 1. Sim. (escrever o que for relatado)	_ _
--	-----

Para concluirmos a pesquisa precisaremos entrar em contato com você quando seu bebê estiver quase completando seis meses. Iremos te ligar um pouco antes para agendarmos a última entrevista.

899. Horário de Término:	_ _ : _ _
900. Como foi feita a entrevista? 1. Com privacidade 2. Sem privacidade	_

Houve interrupção? **0.** não **1.** sim |_|_| Em que questão? |_|_|_|_| Hora da interrupção: |_|_|:|_|_|
 Hora do retorno: |_|_|:|_|_| Motivo da interrupção: _____



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da continuação da pesquisa “Capital Social e Fatores Psicossociais associados à Prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer”. Na primeira entrevista você foi selecionada por estar grávida de até 5 meses e por ser moradora deste município. Na segunda entrevista te entrevistamos logo após o parto.

Nesta fase, além dos objetivos da etapa anterior, pretendemos identificar se fatores sociais, familiares e psicológicos podem afetar o desenvolvimento, a alimentação e a saúde do seu filho(a). O objetivo final do estudo é obter informações que melhorem o atendimento pré-natal e o atendimento dos bebês menores de 6 meses nos postos de saúde, para reduzir a ocorrência de doenças e da mortalidade infantil. Além desta entrevista, entraremos em contato com você mais uma vez quando o bebê estiver perto de seis meses. Esta entrevista poderá ser feita na sua casa ou em outro local de sua preferência.

Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da Fiocruz e a equipe ligará antes para marcar com você o melhor local, data e horário para a entrevista. A sua participação consistirá em responder a um questionário sobre o seu acompanhamento após o parto, a saúde e alimentação de seu bebê e outros comportamentos que influenciam na sua saúde e de seu bebê. Além disso, o questionário inclui perguntas sobre seu nível socioeconômico, estresse, ansiedade e outras características do ambiente em que você vive.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, para as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios aonde este vem sendo realizado, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

_____, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Coordenadora da Pesquisa: **Dr^a. Maria do Carmo Leal**

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / Tel:0**21-2598-2620 ou 2598-2988

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1480/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0**21-25982863

Anexo D – Autorização para uso de banco de dados



Carta de Autorização

Declaro para os devidos fins que a doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ, **Carolina Perim de Faria**, está autorizada a utilizar o banco de dados do Estudo: “Capital social e fatores psicossociais associados à prematuridade e baixo peso ao nascer” para o desenvolvimento de sua tese.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Maria do Carmo Leal

Coordenadora da pesquisa.

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2012.