

Universidade Católica de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Mestrado em Saúde e Comportamento

**IMPACTO DO APOIO À AMAMENTAÇÃO  
SOBRE O PADRÃO ALIMENTAR DOS BEBÊS  
NASCIDOS NA CIDADE DE PELOTAS/RS**

Mírian Barcellos da Silva

**Orientadora: Elaine Albernaz**

Pelotas, Brasil  
2005

“Olhar para trás, após uma longa caminhada, pode fazer perder a noção da distância que percorremos. Mas, se nos detivermos em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente nos lembraremos de quanto nos custou chegar ao ponto final, e hoje, temos a impressão de que tudo começou ontem”.

João Guimarães Rosa

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço aos entrevistadores que, sem remuneração e de forma desinteressada, estiveram presentes, na sua maioria, durante todo o período da coleta de dados; especialmente ao Lucas e ao Otávio que, com entusiasmo, foram grandes companheiros.

Às minhas grandes amigas e colegas de mestrado, Maria Laura e Regina, pois me incentivaram e auxiliaram o tempo todo, sem esperar nada em troca;

À Isabel, também colega do curso, pela seriedade e colaboração na computação dos dados.

Aos meus queridos colegas, professores de Pediatria, pela compreensão diante das inúmeras tarefas durante a execução deste projeto;

Ao meu amigo Fábio, que possibilitou, com trocas freqüentes de plantões, que eu cumprisse meus créditos teóricos.

À Elaine, minha orientadora, pela dedicação, competência, ética e seriedade com que conduziu meu aprendizado, do planejamento à construção final deste trabalho, o meu muito obrigado.

À minha família, pela compreensão, paciência e estímulo constante para que tudo desse certo, desde as idas aos bairros da cidade com meu marido, até a finalização do artigo.

De forma especial agradeço à minha filha Paula, que se habituou à rotina de fazer e refazer comigo as tarefas no computador, até que ficassem prontas.

Por fim, agradeço a Deus por ter chegado onde cheguei hoje. Sem ele nada teria sido possível.

## **CONTEÚDO**

- I.** Projeto de pesquisa
- II.** Anexos
  - II.** 1. Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno
  - II** 2. Manual do entrevistador: maternidade
  - II** 3. Questionário: maternidade
  - II** 4. Manual do entrevistador: domicílio (um mês)
  - II** 5. Questionário: domicílio (um mês)
  - II** 6. Consentimento pós-informado
- III.** Artigo Científico

Universidade Católica de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Mestrado em Saúde e Comportamento

**IMPACTO DO APOIO À AMAMENTAÇÃO  
SOBRE O PADRÃO ALIMENTAR DOS BEBÊS  
NASCIDOS NA CIDADE DE PELOTAS/RS**  
PROJETO DE PESQUISA DE DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO

Mírian Barcellos da Silva  
Orientadora: Elaine Albernaz

Pelotas, Brasil  
2003

## ÍNDICE

<b>I- ABREVIATURAS UTILIZADAS.....</b>	<b>8</b>
<b>II- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>III- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>15</b>
1- Bases de dados pesquisadas.....	15
2- Descritores.....	15
3- Critérios de inclusão de artigos.....	15
4- Seleção de artigos.....	16
5- Resultados da revisão.....	16
<b>IV- MODELO TEÓRICO.....</b>	<b>31</b>
<b>V- JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....</b>	<b>33</b>
<b>VI- OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
1- Objetivo geral.....	36
2- Objetivos específicos.....	36
<b>VII- HIPÓTESES.....</b>	<b>37</b>
<b>VIII- MÉTODOS.....</b>	<b>38</b>
1- Delineamento.....	38

2- Amostragem.....	38
3- Critérios de elegibilidade.....	39
4- Definição das categorias de aleitamento materno.....	39
5- Instrumentos.....	40
6- Logística.....	40
7- Seleção e treinamento da equipe.....	42
8- Estudo piloto.....	42
9- Processamento de dados.....	43
10- Análise de dados.....	43
11- Controle de qualidade.....	44
12- Aspectos éticos.....	44
13- Divulgação dos resultados.....	45
<b>IX- CRONOGRAMA.....</b>	<b>46</b>
<b>X- ORÇAMENTO.....</b>	<b>47</b>
<b>XI-BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>48</b>

## **I - ABREVIATURAS UTILIZADAS**

AM: Aleitamento materno

AME: Aleitamento materno exclusivo

CID: Código Internacional de Doenças

C: Controle

FAPERGS: Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Sul

FAU: Fundação de Apoio Universitário

GI: Grupo de Intervenção

HUSFP: Hospital Universitário São Francisco de Paula

IC: Intervalo de confiança

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

N: Número de casos

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

OR: Odds ratio

PNIAM: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

RR: Risco relativo

UCPEL: Universidade Católica de Pelotas

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

## II - INTRODUÇÃO

Apesar do reconhecimento da importância do aleitamento materno, os índices de aleitamento exclusivo ainda são baixos e a duração do aleitamento ainda é insatisfatória na maioria dos países<sup>1</sup>

Até o início do século vinte, praticamente todas as crianças, nos primeiros anos de vida, alimentavam-se ao seio materno. A partir da descoberta da pasteurização e do leite em pó, teve início a era do aleitamento artificial. A valorização do leite materno para a promoção de saúde dos lactentes originou a retomada da amamentação e dos bancos de leite humano<sup>2</sup>.

Um estudo de revisão, publicado em 1994, enfatizou que, em países desenvolvidos, as mulheres com melhor nível socioeconômico tendem a amamentar mais, enquanto que nos países em desenvolvimento ocorre o inverso<sup>3</sup>.

Além de ser um alimento completo e de fácil digestibilidade para o bebê, o leite materno transmite anticorpos, o que garante proteção contra diarreia<sup>4-6</sup>, infecções respiratórias<sup>5-7</sup> e manifestações atópicas<sup>4</sup>. Ainda, fortalece o vínculo afetivo mãe-bebê, tornando-o mais seguro e apto para integrar-se socialmente<sup>8</sup>.

Devido aos benefícios do leite materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) emitiram, em 1989, uma declaração conjunta<sup>9</sup> para definir como as maternidades deveriam atuar, visando a promoção do

aleitamento materno: os “dez passos pra o sucesso da amamentação” (Anexo 1). Como estratégia para implementar os dez passos, desenvolveu-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): uma campanha de caráter mundial, que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Essa campanha tem como alvo central capacitar os profissionais de saúde para prestarem informações corretas sobre a prática da amamentação, bem como adotarem práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento. O Brasil está entre os doze primeiros países que adotaram essa conduta<sup>10,11</sup>, baseado e motivado pela sensível redução nos índices de morbimortalidade observados naquelas crianças beneficiadas com o aleitamento materno exclusivo (AME), sobretudo até os seis meses de idade<sup>5</sup>. As crianças, adoecendo menos, têm menos chance de desnutrir, o que lhes garante uma melhor qualidade de vida nesse período. Esses benefícios são também indiretos quando avaliados os gastos com doenças relacionadas ao desmame precoce.

No Brasil a implantação da IHAC iniciou-se em 1992, por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança<sup>12</sup>, com o apoio do UNICEF, OMS e Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Esse projeto de intervenção em larga escala foi notável pela sua diversidade de ações e por sua contribuição para o aumento das taxas de AME, embora com resultados finais ainda longe dos valores desejáveis.

Atualmente, existem no Brasil 155 bancos de leite humano e 262 hospitais credenciados como “Amigo da Criança” pela OMS, até março/2003 (dados do Ministério

da Saúde), o que vem contribuindo para elevar os índices de aleitamento materno nos últimos dez anos<sup>13</sup>.

Existem inúmeras evidências epidemiológicas das vantagens da amamentação nos primeiros meses de vida. Especialmente em populações de baixo nível socioeconômico; quanto menor a criança, maior a proteção conferida pelo leite materno<sup>5</sup>.

Um estudo ecológico, realizado na América Latina e Caribe, evidenciou que 55% dos óbitos infantis por doença diarréica e infecção respiratória aguda seriam preveníveis se houvesse AME nos primeiros três meses de idade e aleitamento parcial até o primeiro ano de vida<sup>14</sup>.

Há evidências de que o leite materno, além de diminuir o número de episódios de diarreia, encurta o período da doença, quando ela ocorre, e reduz o risco de desidratação<sup>15</sup>.

Um estudo clássico, realizado em Pelotas/RS, mostrou que as crianças que não recebiam leite materno tinham uma chance bem maior de morrer no primeiro ano de vida. O risco de morrer por diarreia foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente<sup>5</sup>.

Outro estudo, também realizado em Pelotas, mostrou o efeito da alimentação com leite artificial nas taxas de internação por pneumonia. Em crianças não amamentadas no primeiro ano de vida, o risco de hospitalizar foi 17 vezes maior do que naquelas

amamentadas exclusivamente ( $p < 0,001$ ). Esse risco aumentou para 61 vezes naquelas crianças não amamentadas abaixo de três meses de idade ( $p < 0,001$ ), fato que demonstra uma maior proteção do leite materno no início da vida<sup>7</sup>.

Outras infecções, além da diarreia e da doença respiratória aguda, também estão associadas às práticas alimentares de crianças abaixo de um ano.

Um estudo evidenciou que crianças não amamentadas mostraram um risco 2,5 vezes maior de morrer no primeiro ano de vida por infecção, que não a diarreia ou doença respiratória, quando comparadas às amamentadas exclusivamente<sup>5</sup>.

O aleitamento materno tem sido também descrito como o método que mais previne concepções no mundo. Um grupo de peritos chegou ao consenso de que as mulheres amenorréicas amamentando exclusiva ou predominantemente até os seis meses após o parto têm 98% de proteção contra nova gravidez<sup>16</sup>. Além disso, a amamentação favorece a involução uterina<sup>1</sup> e parece prevenir contra o câncer de mama, sobretudo em mulheres jovens<sup>17,18</sup>, embora esses resultados não tenham sido comprovados por outros autores<sup>19</sup>.

Em relação à proteção oferecida pelo leite materno contra o câncer de ovário, também existem controvérsias. Alguns estudos conseguiram comprovar este efeito<sup>20</sup>, sobretudo em mulheres na pré-menopausa<sup>21</sup>, enquanto outros não<sup>22</sup>.

Outro benefício da amamentação é despertar na mulher um sentimento de profunda ligação com o filho e de realização como mãe<sup>23</sup>. Ainda o fator econômico não pode deixar

de ser considerado, num país como o Brasil, onde muitas famílias contam com escassos recursos para seu sustento.

Do mesmo modo e baseados em vários estudos observacionais<sup>24-26</sup>, a OMS e o UNICEF não recomendam o uso de chupeta ou outros fluídos não nutritivos como chás, porque eles interferem na duração do aleitamento, tanto mais quanto mais freqüente o seu uso. Além disso, a ingestão de qualquer alimento, incluindo água ou chás, diminui o efeito protetor do leite materno contra diarreias e doenças respiratórias<sup>6,27</sup>. Isso se deve ao fato de que a criança não amamentada exclusivamente ao seio recebe menos fatores de proteção, por ingerir menor volume de leite materno, além de ficar exposta à possibilidade de receber alimentos ou água contaminados<sup>28</sup>.

Foi realizado na Itália um estudo que analisou os fatores associados com o início e a duração da amamentação. Houve associação negativa entre a duração do aleitamento e o uso da chupeta e associação positiva com o aumento da educação materna<sup>29</sup>.

Existem ainda muitos outros fatores associados ao aleitamento, como: nível socioeconômico e cultural, idade materna, etnia, incentivo à propaganda de fórmulas infantis, trabalho materno, apoio familiar, entre outros. Porém, a decisão materna de amamentar depende também de um trabalho contínuo feito por agentes treinados e familiarizados com as práticas e políticas “amigas da criança”. É preciso que se siga os dez passos para o sucesso do aleitamento, pois todos têm igual importância e, somados, o efeito é maior<sup>29</sup>.

As metas americanas, através do “Healthy People 2010”, incluem 75% das mães iniciando aleitamento (exclusivo ou parcial), 50% de aleitamento com seis meses e 25% continuando o aleitamento com um ano de vida<sup>31</sup>.

A OMS recomenda “aleitamento materno exclusivo” nos primeiros seis meses de vida e até os dois anos com complementação alimentar<sup>32</sup>.

Alguns estudos evidenciam a eficácia das intervenções na promoção do aleitamento materno com conseqüente impacto positivo nas taxas de aleitamento exclusivo<sup>4,29,30</sup>.

Um trabalho, realizado no México, mostrou que as mães que receberam seis visitas domiciliares após o parto, por agentes de saúde treinados, amamentaram exclusivamente aos três meses bem mais do que aquelas com três visitas (67% x 50%). E ambos com taxas de AME bem superior ao grupo controle (12%)<sup>30</sup>. Este estudo demonstra o efeito dose-resposta da intervenção com taxas crescentes de AME proporcionais ao número de visitas realizadas.

Este estudo pretende avaliar o impacto da implantação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), nas taxas de AME no primeiro mês de vida dos bebês nascidos neste hospital e comparar esses resultados com os índices de amamentação das crianças nascidas nos demais hospitais da cidade.

### **III - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **1 - Bases de dados pesquisadas**

- Medline: [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)
- Cochrane Database: CD Rom Update Software 2003
- Lilacs: [www.bireme.br](http://www.bireme.br)
- Web of Science: [www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)

#### **2 - Descritores utilizados**

- Breastfeeding / Aleitamento Materno
- Health promotion / Promoção da Saúde
- Baby Friendly Hospital Initiative
- Exclusive breastfeeding
- Breastfeeding promotion, support
- Breastfeeding duration
- Hospital practices

#### **3 - Critérios de inclusão de artigos**

Foram incluídos os artigos científicos nos quais o desfecho era o índice de AME conforme orientação face a face às mães.

#### **4 - Seleção de artigos**

- Resumos encontrados: 2548
- Resumos selecionados: 198
- Artigos selecionados até o momento:123

#### **5 - Resultados da revisão**

Foram selecionados artigos cuja intervenção incluía a orientação às mães em maternidades e que avaliaram o impacto desta sobre os índices de AME. Os resultados encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1: Estudos avaliando o impacto do aconselhamento às mães sobre as taxas de aleitamento materno exclusivo, 1990 a 2003.**

<b>Autor, Ano, País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>N Inicial - Final</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Obs. e limitações</b>
Lindenberg et al. <sup>33</sup> 1990, Nicarágua	Ensaio clínico randomizado  Três hospitais envolvidos: todos com estímulo ao contato precoce mãe-bebê + promoção de AM	512 - 375  Três grupos:  GI A – (N=136) 45 minutos de contato no pós-parto imediato + promoção de AM  C – (N=123) sem contato (separação mãe-bebê no pós-parto) + orientação de rotina  GI B – (N=116) contato contínuo no alojamento conjunto + promoção de AM (formado 4 m depois; incluiu todas as mães)  Duas visitas domiciliares: com 7 dias e com 4 m	Taxa de iniciação de AM: 87% p<0,05  AME aos 7 dias:  GI A: 53% GI B: 63% C: 32%  p<0,001  AME aos 4 m:  GI A: 12% GI B: 7% C: 10%  p<0,11  AM aos 4 m: 54%  Desmame aos 4 m:  GI A + C: 49% GI B: 39% p<0,05	<ul style="list-style-type: none"> <li>estudo randomizado apenas para os grupos GI A e C (questões éticas)</li> <li>perdas: 27%</li> <li>aos 4 m não houve diferença significativa entre os grupos para AME</li> <li>suporte continuado é necessário para elevar as taxas de AME</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados Intervenção   Controle	Obs. e Limitações
Canahuati et al. <sup>34</sup> 1990, Honduras	Coorte	GI: - - 334 C: 360 - 334  GI: orientação pré e pós-natal em hospital e clínicas + treinamento de profissionais para promoção do AM. C: apoio existente antes da internação.	AME 4-6 m  86%   64% p<0,05	<ul style="list-style-type: none"> <li>estudo não randomizado</li> <li>não descrita amostra inicial do GI</li> <li>a intervenção elevou as taxas de AME em Honduras e auxiliou também no planejamento familiar (resultados com significância estatística)</li> <li>difícil avaliar as perdas</li> </ul>
Neyzi et al. <sup>35</sup> 1991, Turquia	Ensaio clínico randomizado	1190 - 941  GI: 442 C: 499  GI: uma sessão em grupo após o parto (incentivo ao AM); uma sessão domiciliar (5 a 7 dias) + folheto	AME  1ª semana 47%   12%  1m 16%   4%  2m 4%   2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>a prevalência de AME aos 2 m aumentou de 2% para 4%, embora continue muito baixa. O resultado evidenciou necessidade de suporte continuado para elevar as taxas de AME além de 1m de vida</li> <li>nenhum AME aos 5 m do total da amostra estudada</li> <li>muitas perdas: 21%</li> <li>follow-up: 6 m</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados Intervenção   Controle	Obs. e limitações
Pérez et al. <sup>36</sup> 1991, Chile	Estudo de intervenção	GI: 442 - 409 C: 313 - 301  GI: orientação no pré-natal e hospital (supervisão da técnica de amamentação) + visitas com 7, 14 dias e mensal até os 6 m C: consultas de rotina	Horário da 1ª mamada: 6,7 ( $\pm$ 8)h   2,8 ( $\pm$ 2,3)h p<0,001 Suplementação na maternidade: 19%   53% p<0,001 AME aos 6 m: 67%   32% Desmame aos 6 m: 11%   23%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a intervenção elevou as taxas de AME aos 6 m e retardou o desmame</li> <li>• estudo não randomizado</li> <li>• não houve cegamento para o tipo de intervenção que as mães estavam recebendo</li> </ul>
Sciacca et al. <sup>37</sup> 1995, EUA	Ensaio clínico randomizado	GI: 34 - 26 C: 34 - 24  GI: programa usual de educação em amamentação + incentivo ao AM + acompanhamento pós-natal C: somente programa usual	AME  Foi maior no grupo de estudo (não foram apresentados dados específicos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• não houve cegamento</li> <li>• perdas: 19%</li> <li>• oferecido “prêmios” às mães</li> <li>• os principais achados do estudo não estão claramente descritos</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados Intervenção   Controle	Obs. e limitações																																													
Barros et al. <sup>38</sup> 1995, Brasil	Coorte	GI: 243 - 281 C: 312 - 236 Questionários: hospital, 1, 4 e 6 meses de vida GI: mães com orientação no hospital e referenciadas, após a alta, para Centros de Lactação	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>AME</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1m</td> <td>55%</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>4m</td> <td>43%</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>6m</td> <td>15%</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">p&lt;0,001</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">AM predominante</td> </tr> <tr> <td>1m</td> <td>20%</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>4m</td> <td>8%</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>6m</td> <td>5%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">p&lt;0,001</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Não-amamentado</td> </tr> <tr> <td>1m</td> <td>5%</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>4m</td> <td>24%</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>6m</td> <td>32%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">p&lt;0,001</td> </tr> </table>		AME		1m	55%	31%	4m	43%	18%	6m	15%	6%		p<0,001			AM predominante		1m	20%	28%	4m	8%	9%	6m	5%	3%		p<0,001			Não-amamentado		1m	5%	7%	4m	24%	39%	6m	32%	45%		p<0,001		<ul style="list-style-type: none"> <li>estudo não randomizado</li> <li>efeito dose-resposta</li> <li>viés de auto-seleção</li> <li>intervenção nos Centros de Lactação elevaram as taxas de AM, (marcadamente nas primíparas); diminuiram os episódios de diarreia e melhoraram o crescimento até os 6 meses de idade.</li> <li>orientação na maternidade foi tanto às mães do grupo de intervenção como para as do grupo controle.</li> </ul>
	AME																																																
1m	55%	31%																																															
4m	43%	18%																																															
6m	15%	6%																																															
	p<0,001																																																
	AM predominante																																																
1m	20%	28%																																															
4m	8%	9%																																															
6m	5%	3%																																															
	p<0,001																																																
	Não-amamentado																																																
1m	5%	7%																																															
4m	24%	39%																																															
6m	32%	45%																																															
	p<0,001																																																
Alvarado et al. <sup>39</sup> 1996, Chile	Coorte	GI: 65 - 62 C: 73 - 66 GI: orientação pré-natal + 8 visitas à clínica no pós parto + visitas domiciliares mensais C: 4 visitas de rotina à clínica	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>AME</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1m</td> <td>100%</td> <td>76%</td> </tr> <tr> <td>2m</td> <td>97%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>3m</td> <td>94%</td> <td>33%</td> </tr> <tr> <td>4m</td> <td>90%</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>5m</td> <td>53%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>6m</td> <td>42%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">p&lt;0,01</td> </tr> </table>		AME		1m	100%	76%	2m	97%	50%	3m	94%	33%	4m	90%	8%	5m	53%	3%	6m	42%	0%		p<0,01		<ul style="list-style-type: none"> <li>metodologia detalhada</li> <li>estudo não randomizado</li> <li>viés de auto-seleção</li> <li>poucas perdas</li> <li>a intervenção foi positiva, elevando as taxas de AME</li> </ul>																					
	AME																																																
1m	100%	76%																																															
2m	97%	50%																																															
3m	94%	33%																																															
4m	90%	8%																																															
5m	53%	3%																																															
6m	42%	0%																																															
	p<0,01																																																

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados Intervenção   Controle	Obs. e Limitações
Haider et al. <sup>40</sup> 1996, Bangladesh	Ensaio clínico randomizado	GI: 125 - 104 C: 125 - 103  GI: aconselhamento individual (hospital) e após a alta (domicílio) C: orientação para manter AME por até 5 m	AME na alta 60%   6% p<0,001  AME com 2 semanas 75%   8% p<0,001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a intervenção mostrou grande diferença nas taxas de AME, com significância estatística</li> </ul>
Albernaz et al. <sup>41</sup> 1998, Brasil	Coorte	GI: 243 - 158 (1998) C: 71 - 137 (1993)  GI: contato nas primeiras 24h pós-parto e 11 visitas domiciliares, além de visita extra, se necessário; distribuição de vídeos e folhetos	AME 3m 57%   13% p<0,001  6m 6%   0% p<0,04  AMI predominante 3m 17%   28%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• artigo de resultados preliminares</li> <li>• intervalo de 5 anos entre os dois grupos</li> <li>• não houve desenvolvimento das características individuais e dos fatores de confusão entre os dois grupos</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados Intervenção   Controle	Obs. e Limitações
Bolam et al. <sup>42</sup> 1998, Nepal	Ensaio clínico randomizado	GI <sup>1</sup> : 135 - 94 GI <sup>2</sup> : 135 - 105 GI <sup>3</sup> : 135 - 96 C: 135 - 98  GI <sup>1</sup> : orientação pós-parto no hospital e no domicílio aos 3 meses GI <sup>2</sup> : orientação pós-parto GI <sup>3</sup> : orientação aos 3 meses C: sem orientação	AME aos 5 meses  GI <sup>1</sup> : 33%   28% p=0,51  GI <sup>2</sup> : 24%   28% p=0,68  GI <sup>3</sup> : 29%   28% p=0,98	<ul style="list-style-type: none"> <li>a intervenção não mostrou resultados com significância estatística, o que indica que o aconselhamento face a face necessita ser mais efetivo</li> </ul>
Froozani et al. <sup>43</sup> 1999, Irã	Ensaio clínico randomizado	GI: 67 - 59 C: 67 - 61  GI: sessões hospitalares (pós-parto) e 5 visitas à clínica de lactação ou domicílio até os 4 meses	AME  1m 93%   46% 2m 78%   33% 3m 71%   20% 4m 54%   7%  p<0,001	<ul style="list-style-type: none"> <li>a intervenção foi positiva, aumentando as taxas de AME</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Antes   Depois	Principais resultados Antes   Depois	Obs. e limitações
Martens et al. <sup>44</sup> 2000, Canadá	Estudo de intervenção não randomizado Duas avaliações: a 1 <sup>a</sup> , 6 m antes da intervenção (junho/97) e, a 2 <sup>a</sup> , 6 m após	GI: 15   15 C: 16   16 (enfermeiras avaliadas) GI: hospital A cumpria 6 pontos da avaliação antes e 8 após a intervenção (total de 11 pontos) C: hospital B cumpria 5 pontos tanto antes quanto após a intervenção	Concordância com BFHI (escores): GI: 24,4   31,9 p<0,01 C: 20,2   22,5 s/ significância AME GI: 31%   54% p<0,05 C: 43%   0% p<0,05	<ul style="list-style-type: none"> <li>na segunda avaliação, no hospital controle, todos os bebês foram suplementados com outros fluidos</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N	Principais resultados Pré-treinamento   Pós	Obs. e Limitações
Cattaneo et al <sup>29</sup> . 2001, Itália	Ensaio clínico	8 hospitais 571 profissionais de saúde 2669 pares mãe- bebê G <sup>1</sup> : 4 hospitais (sul da Itália) G <sup>2</sup> : 4 hospitais (centro e norte da Itália)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AME (depois da alta): G<sup>1</sup> 41%   77% G<sup>2</sup> 23%   73% p&lt;0,05</li> <li>• AME aos 3m: G<sup>1</sup> 37%   50% G<sup>2</sup> 40%   59% p&lt;0,05</li> <li>• Qualquer AM aos 6m: G<sup>1</sup> 43%   62% G<sup>2</sup> 41%   64% p&lt;0,05</li> <li>• Hospitais: melhora na performance de 2,4 para 7,7 passos</li> <li>• Profissionais: mais preparados e atuantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• estudo não randomizado</li> <li>• taxas de AM com 3 e 6 m e práticas hospitalares ainda não satisfatórias na Itália</li> <li>• população dos dois grupos de intervenção diferentes (difícil comparar resultados)</li> <li>• entrevistas com 3 e 6 m feitas por telefone (viés de informação)</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados Intervenção   Controle	Obs. e limitações
Kramer et al. <sup>4</sup> 2001, Rússia	Ensaio clínico randomizado	GI: 8865 - 8547 C: 8930 - 7895 31 maternidades GI: orientação no hospital e policlínicas conforme as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança	3 m 43,4%   AME 6,4% p<0,001 6 m 7,9%   0,6% p=0,01 3 m 73%   AME 60% OR=0,52; (IC: 0,40-0,69) 12 m 19,7%   11,4% OR=0,47; (IC: 0,32-0,69)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• metodologia detalhada</li> <li>• poucas perdas</li> <li>• houve aumento na duração e exclusividade do AM no 1º ano</li> <li>• a proporção de mulheres que amamentavam exclusivamente aos 3m foi 7 vezes maior no GI que no C e mais de 12 vezes maior aos 6m</li> <li>• baixas taxas de AME aos 6 meses</li> </ul>

Autor, Ano País	Tipo de Estudo	N	Principais resultados	Obs. e limitações
Alikasifoglu et al. <sup>45</sup> 2001, Turquia	Coorte	91  Crianças nascidas em Hospitais Amigos da Criança e acompanhadas até 4 m, com suporte continuado	Taxa de iniciação de AM: 100%  AME 1 m: 64% 4 m: 54%  AM Predominante 4 m: 19%  AM Parcial 4 m: 27%  Desmame 4 m: 0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• estudo não randomizado</li> <li>• as práticas hospitalares foram mais preditivas da duração do AME que o conhecimento das mães sobre alimentação infantil ou fatores psicológicos</li> <li>• o não uso de fórmulas lácteas no hospital foi determinante nas taxas de AME aos 4 m (p=0,002)</li> <li>• não houve cegamento (quem aplicou os questionários também fez o follow-up)</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N	Principais resultados	Obs. e limitações												
Lawoyin et al. <sup>46</sup> 2001, Nigéria	Transversal	2794	<p>AME</p> <p>Idade:</p> <table border="0"> <tr> <td>≤ 1 m</td> <td>57%</td> </tr> <tr> <td>1,1-2 m</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>2,1-3 m</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>3,1-4 m</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>4,1-5 m</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>5,1-6 m</td> <td>23%</td> </tr> </table> <p>Recém-nascidos em unidades de nível terciário tiveram maiores índices de AME nos primeiros 6 m p&lt;0,001</p>	≤ 1 m	57%	1,1-2 m	50%	2,1-3 m	49%	3,1-4 m	45%	4,1-5 m	35%	5,1-6 m	23%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amostragem por técnica multinível</li> <li>• mães de 24 anos ou menos e primíparas estavam menos aptas a amamentar exclusivamente (p&lt;0,01 e p&lt;0,05 respectivamente)</li> <li>• é necessário identificar fatores que contribuam para as baixas taxas de AME entre os bebês que nascem em unidades de atenção primária</li> </ul>
≤ 1 m	57%															
1,1-2 m	50%															
2,1-3 m	49%															
3,1-4 m	45%															
4,1-5 m	35%															
5,1-6 m	23%															

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N	Principais resultados	Obs. e limitações
Philipp et al. <sup>47</sup> 2001, EUA	Transversal	600 registros médicos 1995- 200 registros 1998- 200 registros 1999- 200 registros	Taxa de iniciação de AM 1995 (58%) 1998 (77,5%) 1999 (86,5%) p<0,001  AME nas primeiras 24hs de vida 1995 (5,5%) 1998 (28,5%) 1999 (33,5%) p<0,001  Taxa de iniciação em mães negras 1995 (34%) 1998 (64%) 1999 (74%) p=0,001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• estudo randomizado</li> <li>• a implantação dos “Dez Passos para o sucesso do AM” contribuiu para o aumento das taxas de iniciação de AM, sobretudo exclusivo</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N	Principais resultados	Obs. e limitações
Kostyra et al. <sup>48</sup> 2002, Polónia	Coorte	<p>1250</p> <p>1020: contato pele a pele no período pós-natal precoce</p> <p>230: ausência de contato precoce</p>	<p>AME: média de 2.8 (mediana de 2.0) meses</p> <p>AME aos 6 m: 13%</p> <p>AM Total: média de 8.1 (mediana de 5.0) meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o contato pele a pele coexistiu significativamente com outras práticas alimentares motivadoras do aleitamento materno, como o alojamento conjunto.</li> <li>também esteve associado com a primeira mamada nas primeiras duas horas após o nascimento: RR= 2,9.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>estudo randomizado</li> <li>a diferença entre os grupos de curto e longo contato pele a pele foi significativa para AME (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>viés de memória por parte das mães que desmamaram precocemente (não lembraram a época correta do evento; follow-up de 3 anos)</li> </ul>

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	N Inicial - Final	Principais resultados		Obs. e limitações
			Intervenção	Controle	
Albernaz et al. <sup>49</sup> 2003, Brasil	Ensaio clínico randomizado	GI: 94 - 82 C: 94 - 75 GI: uma visita no hospital e sete no domicílio pelas consultoras em lactação C: consultas de rotina  Sub-amostra GI: 37 C: 31 GI: mães recrutadas para avaliação do consumo de leite materno através do uso de isótopo	AME aos 4 m  40%   31% p=0,22  Qualquer AM aos 4 m  84%   71% p=0,04  Desmame aos 4 m  16%   29%  Consumo médio de LM (ml/dia)  761   723 p=0,48		<ul style="list-style-type: none"> <li>o apoio à lactação reduziu o desmame precoce, mas o consumo de leite materno até os 4 m não foi afetado pela intervenção</li> <li>a velocidade do desmame foi 2 vezes maior no grupo controle</li> <li>feito análise por intenção de tratar</li> <li>houve cegamento por parte dos entrevistadores</li> <li>amostra selecionada: era de bebês sem restrições ao crescimento.</li> </ul>

\*Notas: **AM**- Aleitamento materno; **AME**- Aleitamento materno exclusivo; **GI**- Grupo de intervenção; **C**- Controle  
**BFHI**- Baby Friendly Hospital Initiative

#### **IV - MODELO TEÓRICO**

Foi idealizado um modelo hierárquico levando em conta a relação entre as variáveis para a identificação dos possíveis fatores de confusão na análise dos dados. Assim, os fatores socioeconômicos, situados no primeiro nível, podem influenciar as outras variáveis, excetuando-se as demográficas.

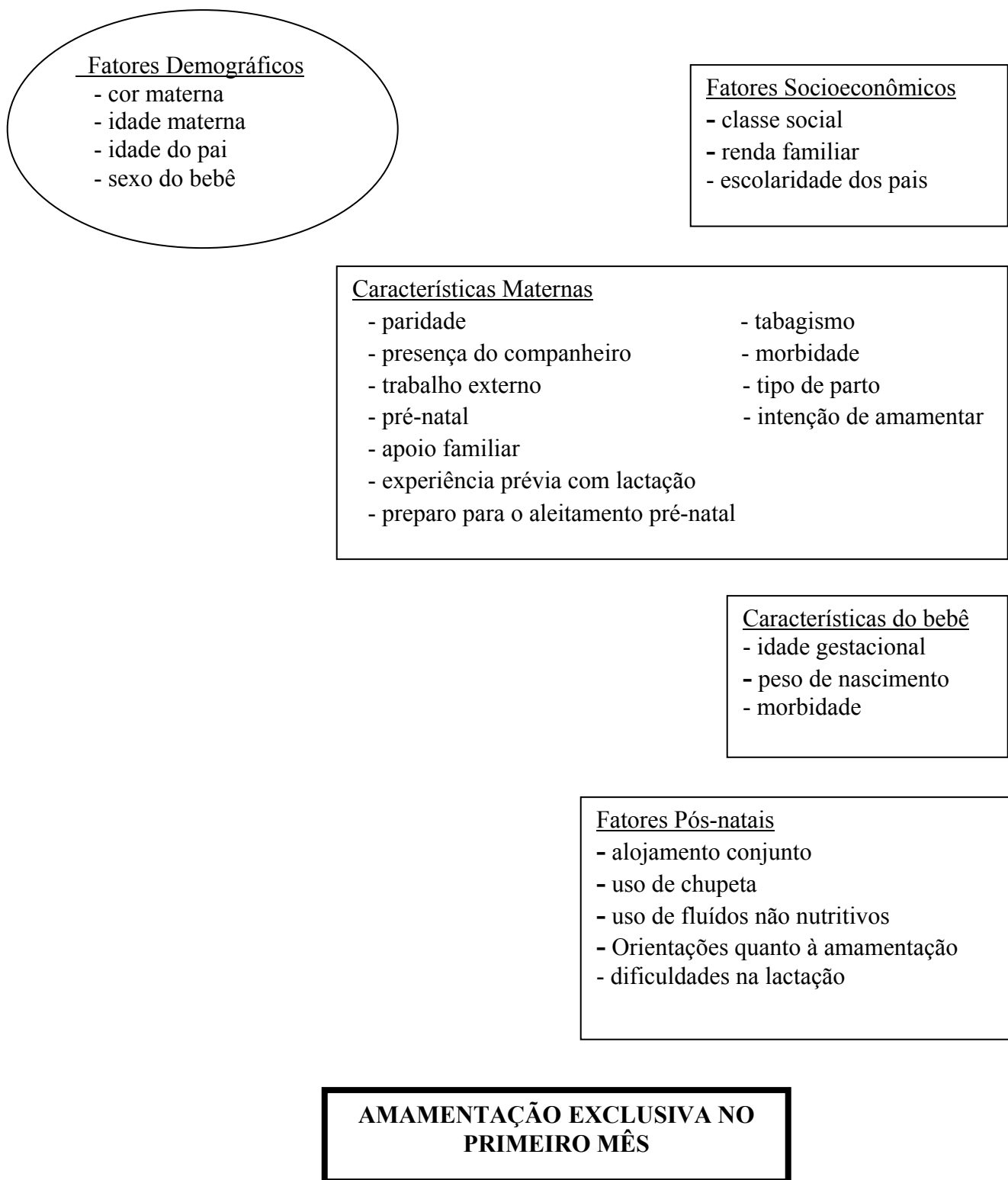
No segundo nível hierárquico, situam-se as características maternas; no terceiro, as do bebê e, no quarto, os fatores pós-natais, os quais podem ser afetados pelas variáveis anteriores e também podem exercer uma influência direta sobre o desfecho.

A variável dependente é **“AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NO PRIMEIRO MÊS”**.

O modelo teórico encontra-se a seguir ( Figura 1 ).

FIGURA 1

## MODELO TEÓRICO



## V - JUSTIFICATIVA

Nos primeiros dias pós-parto, a mãe é muito receptiva a toda informação que a ela chegar e um suporte adequado e continuado, que promova o aleitamento materno, pode ser determinante na sua prevalência e duração<sup>50</sup>. A promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias<sup>3</sup>.

O UNICEF designou cerca de 20.000 hospitais distribuídos pelo mundo como Amigos da Criança até julho/2003. A maioria deles em países em desenvolvimento<sup>51</sup>. No Brasil, com sua vasta extensão territorial e com tantas diferenças sociais e culturais, o sucesso do aleitamento contribui muito para diminuir os gastos com a saúde e melhorar a qualidade de vida das crianças.

Martines et al<sup>53</sup>, analisando semanalmente o ganho ponderal de uma coorte de 538 crianças de baixo nível socioeconômico de Pelotas/RS, observaram que as crianças alimentadas ao seio cresciam mais rapidamente que as crianças não amamentadas durante as primeiras doze semanas de vida.

A amamentação parece oferecer, ainda, um efeito protetor contra a obesidade infantil<sup>54,55</sup>, cuja prevalência vem aumentando de modo alarmante<sup>54</sup>, embora outros fatores estejam fortemente ligados ao sobrepeso e obesidade, como os genéticos, as práticas alimentares e a atividade física da criança<sup>54</sup>.

Entretanto, a proteção do leite materno contra a obesidade ainda permanece controversa. Um estudo de coorte, publicado em 2003, analisou adolescentes masculinos, brasileiros, com 18 anos de idade, que foram amamentados ao seio materno predominante ou exclusivamente entre três e cinco meses de vida. Os resultados não comprovaram efeito protetor do leite materno contra obesidade tardia na população estudada<sup>56</sup>.

Várias pesquisas têm evidenciado que o aconselhamento face a face pode aumentar os índices de AME. O impacto causado pela promoção do aleitamento materno tem seu papel fundamental na redução da morbimortalidade por doenças infecciosas<sup>5-7</sup>. A IHAC vem, portanto, contribuir positivamente para isto.

Entre os principais obstáculos para aumentar as taxas de aleitamento materno, pode-se citar os seguintes: a falta de conscientização da população sobre o valor do aleitamento materno; a ausência de conhecimentos e habilidades por parte dos profissionais de saúde, em geral, em apoiar as mães e lidar com os vários problemas associados ao aleitamento; a falta de suporte e orientação por parte de mulheres experientes da comunidade às jovens mães pouco experientes; as deficiências na legislação que, em alguns países, não protege as mães trabalhadoras. Além disso, campanhas publicitárias promovendo fórmulas lácteas infantis que podem, algumas vezes, ser consideradas antiéticas e nocivas à saúde pública e as práticas culturais difundidas, como uso de chás e água, desde os primeiros dias de vida, bem como o uso generalizado e pouco questionado de mamadeiras e chupetas<sup>57</sup>.

Acreditando nos benefícios do leite materno e no seu efeito protetor à saúde infantil, é que se deu início em julho/2002 ao trabalho de implantação dos “dez passos para

o aleitamento materno bem sucedido”, no HUSFP, na cidade de Pelotas/RS. No início, nenhum passo era cumprido, pois apesar de se praticar o alojamento conjunto, o contato precoce mãe-bebê, em caso de parto cesáreo, não era realizado, o que retardava a primeira mamada e separava mãe e bebê por algumas horas.

Pelotas tem cerca de 350.000 habitantes, uma baixa renda per capita, uma média de 4.500 nascimentos registrados no último ano, quatro hospitais de médio porte, mas nenhum “Hospital Amigo da Criança”.

Esse estudo será realizado em um período de transição, em que os dez passos estão sendo ainda implantados no referido hospital, almejando alcançar, num futuro próximo, o título de Hospital Amigo da Criança. O projeto pretende avaliar o impacto da adoção da IHAC sobre o índice de AME no primeiro mês de vida dos bebês.

## **VI - OBJETIVOS**

### **1- Objetivo geral:**

- Avaliar os fatores envolvidos no início da amamentação, tempo de AME e problemas relacionados à amamentação.

### **2- Objetivos específicos:**

- Medir os índices de AME com um mês de idade.
- Avaliar a associação entre variáveis demográficas, socioeconômicas e características da mãe e do bebê com a duração do aleitamento exclusivo.
- Comparar o padrão alimentar no primeiro mês de vida das crianças nascidas no HUSFP com os demais hospitais da cidade.
- Avaliar a ocorrência de problemas ligados à amamentação.

## VII - HIPÓTESES

- A implantação dos “Dez passos para um aleitamento satisfatório e prolongado” contribui para aumentar os índices de AME e sua duração;
- As mães com melhores condições socioeconômicas, maior escolaridade e experiência prévia, amamentam mais nos primeiros meses de vida;
- As mães com piores condições socioeconômicas e menor escolaridade, quando amamentam, o fazem por mais tempo;
- A promoção e o apoio ao aleitamento materno por ocasião do nascimento elevam as taxas de AME no primeiro mês de vida;
- Para elevar os índices de AME após o primeiro mês de vida deve haver apoio, contínuo, após a alta hospitalar.

## VIII - MÉTODOS

### 1- Delineamento:

Quase-experimental, aninhado a uma coorte, acompanhada de setembro de 2002 a novembro de 2003.

### 2- Amostragem:

Esse estudo está inserido em uma pesquisa maior que avaliará vários desfechos.

Serão entrevistadas no hospital as mães de crianças que nascerem nas maternidades da cidade de Pelotas, no período de setembro de 2002 a maio de 2003, estimando-se a ocorrência de 400 partos/mês, num total de aproximadamente 3400 partos.

Serão feitas visitas domiciliares para aproximadamente 30% da amostra escolhida de forma aleatória aos 30, 90 e 180 dias de vida do bebê. Para selecionar a amostra será usado o programa SPSS 8,0 for Windows<sup>58</sup>.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando-se um risco relativo de 2,0, para os principais desfechos. Acrescentando 15% para possíveis perdas e controle de fatores de confusão em potencial, a amostra necessária será de 600 pares mãe-bebê. Entretanto, como o estudo fará parte de uma coorte que contemplará outros desfechos, a amostra final será de 973 pares mãe-bebê.

### **3- Critérios de elegibilidade**

Serão elegíveis para o estudo todos os recém nascidos cujas mães residirem na zona urbana da cidade de Pelotas e que não apresentarem problemas graves, que contra-indiquem o aleitamento materno (exemplo: malformações graves, mãe HIV positivo).

### **4- Definição das categorias de aleitamento materno**

Serão adotadas as seguintes categorias preconizadas pela OMS/OPAS (1991)<sup>59</sup>.

- Aleitamento materno exclusivo - quando a criança recebe somente leite materno diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante - quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás.

- Aleitamento materno - quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

## **5- Instrumentos:**

Serão utilizados questionários padronizados com questões previamente testadas, conforme o estudo-piloto, aplicados com um, três e seis meses de vida do bebê. Os referidos questionários serão preparados através do editor de texto Word 6,0 for Windows.

Os questionários serão acompanhados de um manual de instruções com a finalidade de levar os entrevistadores a proceder de maneira uniforme na coleta de dados. Nesse manual consta uma parte geral na qual o entrevistador recebe instruções sobre como deverá se apresentar às mães, codificar as questões e proceder em caso de dúvidas. A parte específica diz respeito à orientação de cada questão isoladamente quanto ao seu entendimento, formulação e codificação. A codificação das questões abertas será feita pelas supervisoras.

## **6- Logística:**

O estudo de coorte terá dois componentes: componente perinatal (triagem hospitalar) e acompanhamento (visitas domiciliares com um, três e seis meses).

A equipe será composta por uma supervisora do componente perinatal e 15 entrevistadores e duas supervisoras do componente de acompanhamento com 17 entrevistadores, todos estudantes de medicina e treinados previamente. Eles não terão, em nenhum momento, conhecimento prévio dos objetivos do estudo.

Serão entrevistadas, no hospital, todas as mães cujos partos vierem a ocorrer na cidade de Pelotas, provenientes da zona urbana, no período de setembro de 2002 a maio de 2003. Os entrevistadores visitarão as maternidades duas vezes ao dia e aplicarão os questionários a todas as mães cujos partos vierem a ocorrer no horário que lhes for designado. Para os partos ocorridos entre 17:00 e 7:00 horas do dia seguinte, os questionários serão aplicados pela manhã e, quando ocorrer entre 7:00 e 17:00 horas, os mesmos serão aplicados no final da tarde, sempre respeitando pelo menos o intervalo de quatro horas entre o parto e a entrevista.

Posteriormente será selecionada, de forma aleatória, uma amostra de aproximadamente 30% das mães, através do programa SPSS. Estas serão entrevistadas no domicílio aos 30, 90 e 180 dias de vida do bebê. Para os objetivos desse estudo, serão utilizadas apenas as informações obtidas das entrevistas feitas no hospital (perinatal) e entrevistas feitas aos trinta dias de vida do bebê.

As reuniões com os entrevistadores serão semanais, para a entrega de questionários, sanar dúvidas e identificar possíveis perdas e recusas.

As supervisoras farão a revisão dos questionários, a codificação das questões abertas e colocarão o Código Internacional de Doenças (CID 10)<sup>60</sup> nas patologias.

O consentimento pós-informado deverá ser assinado por todas as mães, ficando as mesmas de posse da primeira via; a segunda será anexada ao questionário de um mês aplicado no domicílio.

Serão consideradas como perdas os pares mãe-bebê que não forem localizados para a aplicação dos questionários ou recusarem-se a participar, ou a continuar no estudo.

### **7- Seleção e treinamento da equipe:**

A seleção dos entrevistadores será feita a partir dos candidatos que voluntariamente se apresentarem, na data marcada para a reunião, após prévia divulgação. Serão avaliados através de entrevista e desempenho.

O treinamento terá início com a leitura e discussão do manual do entrevistador, seguido de simulações de entrevistas. Entende-se que a simulação cria uma uniformidade na formulação das questões e propicia um momento adequado para o esclarecimento de dúvidas que possam surgir. O treinamento terá a duração de uma semana e, ao término, serão selecionados 17 entrevistadores. Os demais, embora aptos, permanecerão como suplentes para eventuais desistências ou impossibilidades no decorrer do estudo.

### **8- Estudo-piloto:**

Será realizado no HUSFP, após o treinamento da equipe, para testar os instrumentos e efetuar as correções necessárias. Os entrevistadores aplicarão os questionários acompanhados das supervisoras. Após, os mesmos serão codificados e entregues para revisão e codificação das questões abertas feitas pelas supervisoras.

## **9- Processamento de dados:**

A digitação dos dados será feita utilizando-se o programa Epi-Info 6.0<sup>61</sup>. A estrutura para a entrada de dados será criada previamente com esse mesmo programa. Serão criados limites tanto para as variáveis quantitativas quanto qualitativas para evitar erros na amplitude e consistência dos dados.

Após, será efetuada a checagem de todos os questionários assim como a revisão das codificações e a codificação das perguntas abertas. Além disso, as doenças encontradas serão classificadas através do CID 10.

Todos os questionários terão dupla digitação e comparação dos dados para detecção de erros. Serão feitas duas cópias, em disquetes diferentes, de todos os dados que serão atualizados sistematicamente. Após a digitação, será realizada a limpeza do banco de dados por um digitador e pelas supervisoras.

## **10- Análise de dados:**

O plano de análise incluirá as seguintes etapas:

1. Obter as frequências de todas as variáveis e examinar suas distribuições na amostra.
2. Análise bivariada entre os fatores de exposição e os desfechos.
3. Análise multivariada hierarquizada conforme o modelo hierárquico criado. Para esta análise será usada regressão linear e serão mantidas no modelo as variáveis com um

$p \leq 0,20$  em cada nível, por serem consideradas fatores de confusão em potencial. Ao final da análise, somente as variáveis com  $p \leq 0,05$  serão consideradas associadas ao desfecho de forma estatisticamente significativa.

### **11- Controle de qualidade:**

O controle de qualidade será garantido através de vários mecanismos:

- Questionários padronizados
- Pré-teste dos questionários (estudo-piloto)
- Manual de instruções detalhado
- Treinamento dos entrevistadores
- Revisão dos questionários
- Questionário sintetizado aplicado a 10% da população (amostra aleatória), pelas supervisoras, visando avaliar a qualidade e a veracidade dos dados coletados

### **12- Aspectos éticos:**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e da Fundação de Apoio Universitário (FAU), tendo sido considerado, conforme as Normas de Pesquisa em Saúde, de risco mínimo.

Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinarão termo de consentimento.

### **13- Divulgação dos resultados:**

Os resultados serão apresentados para a comunidade científica através de artigos publicados em revistas especializadas. Serão também apresentados à comunidade em geral através de jornais e outros meios de comunicação.

## IX - CRONOGRAMA

O projeto será desenvolvido conforme o seguinte cronograma:

<b>Atividade</b>	<b>Início</b>	<b>Término</b>
•Preparação	agosto 2002	agosto 2002
•Treinamento	agosto 2002	agosto 2002
•Estudo-Piloto	agosto 2002	agosto 2002
• Componente perinatal	setembro 2002	maio 2003
• Componente domiciliar	outubro 2002	dezembro 2003
• Digitação	abril 2003	julho 2004
•Análise de dados	agosto 2004	setembro 2004
•Redação de artigos	setembro 2004	outubro 2004
•Envio de artigos	outubro 2004	novembro 2004
•Revisão bibliográfica	agosto 2002	outubro 2004
•Defesa de tese		novembro 2004

## X - ORÇAMENTO

O quadro abaixo mostra o orçamento para a realização do projeto. Não houve financiamento para o mesmo, por essa razão os recursos para sua execução foram disponibilizados pelas mestrandas. Um dos entrevistadores, que auxiliará na revisão bibliográfica e na organização do banco de dados, recebe Bolsa de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Itens	Custo mensal	Tempo	Custo total
<b>Componente Perinatal</b>			
Preparo dos questionários			100,00
15 entrevistadores		8 m	-
Digitação	180,00	8 m	2790,00
Subtotal			2890,00
<b>Material</b>			
Impressão dos questionários	250,00	7 m	1750,00
Material para entrevistadores			50,00
Material para impressão			135,00
Subtotal			1935,00
<b>Outros</b>			
Transporte	100,00	7 m	700,00
Comunicação	25,00	7 m	175,00
Subtotal			875,00
<b>Total</b>			<b>5700,00</b>
<b>Componente domiciliar</b>			
Preparo dos questionários			100,00
17 entrevistadores		16 m	-
Digitação	75,00	16 m	1200,00
Subtotal			1300,00
<b>Material</b>			
Impressão de questionários	120,00	15 m	1800,00
Material para entrevistadores			80,00
Material para impressão			120,00
Subtotal			2000,00
<b>Outros</b>			
Combustível	120,00	16 m	1920,00
Transporte Urbano	22,00	16 m	350,00
Comunicação	40,00	16 m	640,00
Subtotal			2910,00
<b>Total</b>			<b>6210,00</b>

## XI-BIBLIOGRAFIA

1. United Nations International Children's Emergency Fund(UNICEF). The state at the world's children 2002: leadership. [http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_sowc02\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc02_en.pdf)  
Acessado: 12/12/2003.
2. Vinagre RD, Diniz EMA, Vaz FAC. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatria (São Paulo)* 2001;23(4):340-5.
3. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr* 1994;70(3):138-51.
4. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285(4):413-20.
5. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2(8554): 319-22.
6. Brown KH, Black RE, Lopez de Romaña G, Creed de Kanashiro H. Infant-feeding and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989;83(1):31-40.
7. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318:1316-20.
8. Zavaschi MLS, Costa F, Lorenzon SF, Michellon MN. Promoção da saúde mental da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1996.p.100-8.
9. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services: a joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO;1989.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil. Brasília; 1996.
11. Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte). *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(4):319-24.
12. Hospitais Amigo da Criança. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Planos de ação. Brasília;1992.

13. Amamentação online [site na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde em Amamentação. Hospitais Amigo da Criança [atualizado 14 de março de 2003; citado 9 de setembro de 2003]. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br>
14. Betrán AP, de Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001;323:1-5.
15. Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bull World Health Organ* 1992;70(4):467-75.
16. Ashworth A, Basta SS, Beasley WBR, Brown JB, Campbell O, Diaz S, et al. Family Health International. Breastfeeding as a family planning method: consensus statement.. *Lancet* 1988;332:1204-5.
17. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1985;121:664-74.
18. Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *Am J Epidemiol* 2001;154:37-42.
19. Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Zerwes DP, Becker JD, Vieira C. Amamentação e câncer de mama na zona sul do Rio Grande do Sul: um estudo caso-controle. *Rev Bras Mastologia* 1997;7:155-62.
20. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer (letter). *N Eng J Med* 1987;317:508-9.
21. Siskind V, Green A, Bain C, Purdie D. Breastfeeding, menopause, and epithelial ovarian cancer. *Epidemiology* 1997;8(2):188-91.
22. Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*. 1993;22(2):192-7.
23. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Nutrition infant and young child feeding and care: protecting, promoting and supporting breastfeeding. [www.unicef.org/nutrition/index\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html) Acessado: 15/12/2003.
24. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999;103(3);e33.
25. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(3):322-6.

26. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics* 1995;95(4):497-9.
27. Victora CG, Smith PG, Vaughan P, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea. *Am J Epidemiol* 1989;129(5):1032-41.
28. Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Huttly SRA, Ashworth A. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108(4):e66.
29. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001;323(7325):1358-62.
30. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226-31.
31. Healthy People 2010. Conference Edition in Two Volumes. Washington DC: Dept of Health and Human Services; 2000.
32. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2002.
33. Lindenberg CS, Cabrera Artola R, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *Int J Nurs Stud* 1990;27(3):179-86.
34. Canahuati J. One country's story: the PROALMA program in Honduras. *Int J Gynecol Obstet* 1990;31(suppl 1):17-24.
35. Neyzi O, Olgunt P, Kutluaw T, Uzel N, Saner G, Gökçay G, et al. An educational intervention on promotion of breast feeding. *Pediatric Perinat Epidemiol* 1991;5:286-98.
36. Pérez A, Valdes V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165(6 pt 2):2039-45.
37. Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff MI. A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding. *J Community Health* 1995;20(6):473-90.
38. Barros FC, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr* 1995;84(11):1221-6.
39. Alvarado RM, Atalah ES, Díaz SF, Rivero SV, Labbé MD, Escudero YP. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. *Food Nutr Bull* 1996;1(17):49-53.

40. Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bull World Health Organ* 1996;74(2):173-9.
41. Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact* 1998;14(4):283-5.
42. Bolam A, Manandhar DS, Shrestha P, Ellis M, Costello AML, The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. *BMJ* 1998;316(7134):805-11.
43. Froozani MD, Permezhadeh K, Motlagh ARD, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull World Health Organ* 1999;77(5):381-5.
44. Martens PJ. Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance?: the experience of a small, rural canadian hospital. *J Hum Lact* 2000;16(4):309-18.
45. Alikasifoglu M, Erginoz E, Gur ET, Baltas Z, Beker B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of turkish women. *J Hum Lact* 2001;17(3):220-6.
46. Lawoyin TO, Olawuyi JF, Onadeko MO. Factors associated with exclusive breastfeeding in Ibadan, Nigeria. *J Hum Lact* 2001;17(4):321-5.
47. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes LS, et al. Baby-Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in US Hospital Setting. *Pediatrics* 2001;108(3):677-81.
48. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91:1301-6.
49. Albernaz E, Victora CG, Haisma H, Wright A, Coward WA. Lactation counseling increases breast-feeding duration but not breast milk intake as measured by isotopic methods. *J Nutr* 2003;133:205-10.
50. Reiff MI, Essock-Vitale SM. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985;76:872-9.
51. World Health Organization. Nutrition: promoting proper feeding for infants and young children. <http://www.who.int/nut/inf.htm> Acessado: 12/12/2003.
52. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(1):17-24.

53. Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B. Breastfeeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Organ* 1989;67:151-61.
54. Dawey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact* 2003;19(1):9-18.
55. Armstrong J, Reilly JJ, and the Child Health Information Team, Hospital and Community Information Unit, Information and Statistics Division . Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002;359(9322):2003-4.
56. Victora CG, Barros FC, Lima RC, Horta BL, Wells J. Antropometry and body composition of 18 year old men according to duration of breast feeding: birth cohort study from Brazil. *BMJ* 2003;327(7420):901.
57. Giugiani ERJ. Increasing rates of exclusive breastfeeding: technical consultation on infant and young child feeding. Geneva:World Health Organization; 2000.
58. Norussis M. SPSS PC +: Stastical Package for Social Sciences. Chicago: SPSS Inc; 1994.
59. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Panamericana de la Salud. Indicadores para evaluar lãs prácticas de lactancia materna. Gineva, 1991 (OMS/CED/SER/91, 14).
60. World Health Organization, Collaborating Centre for Classification of Diseases in Portuguese. CID/10. 8 ed. São Paulo: USP; 2000.
61. Dean AH. Epi Info version 6: a word processing database and statistical program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: CDC; 1994.

### **BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE, NÃO CITADA NO TEXTO**

1. Burkhalter BR, Marin OS .A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *Int J Gynecol Obstet* 1991;34(4):353-9.
2. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors of breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban human. *J Hum Lact* 1994;10(1):11-15.
3. Valdés V, Pérez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalán S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr*1993;39(3):142-51.
4. Wright AL, Bauer M, Naylor A, Sutcliffe E, Clark L. Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. *Pediatrics* 1998;101(5):837-44.

5. Haider R, Arhworth A, Kabir I, Huttly SRA. Effect of community-based peer counselors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh : a randomized controlled trial. *Lancet* 2000;356(9242):1643-8.
6. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação de promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001;35(5):409-14.
7. Davies-Adetubo AA. Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigéria. *J Diarrhoeal Dis Res* 1996;14(1):5-11.
8. Giugliani E, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: OPAS/OMS/ Representação do Brasil; 1997.
9. World Health Organization. Division of child health and development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO/CHD; 1998.
10. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28(2):94-100.
11. Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção de aleitamento em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev Saúde Pública* 1994;28(4):277-83.
12. Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17(4):326-46.
13. Neyzi O, Güleçyüz M, Dinçer Z, Olgun P, Kutluay T, Uzel N, et al. An educational intervention on promotion of breast feeding complemented by continuing support. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1991;5(3):299-303.
14. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. In: World Health Organization, editor. *Breastfeeding in the 1990s: a global initiative*. Florence: WABA; 1990.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1 – Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**

- Passo 1:** Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
- Passo 2:** Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- Passo 3:** Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
- Passo 4:** Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- Passo 5:** Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- Passo 6:** Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
- Passo 7:** Praticar o alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
- Passo 8:** Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
- Passo 9:** Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito.
- Passo 10:** Encorajar a formação de grupos de suporte ao aleitamento materno e encaminhar as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO  
AVALIAÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL**

**Manual para o entrevistador  
( Triagem hospitalar)**

O entrevistador deverá apresentar-se à mãe dando seu nome e curso universitário e explicando-lhe que está sendo feito, nas maternidades da nossa cidade, um estudo sobre as condições das crianças nascidas na cidade de Pelotas. Por isso, está ali para conversar e conhecer um pouco sobre o bebê e sua família. Deverá solicitar, então, seu consentimento em participar da pesquisa.

Antes de apresentar-se, o entrevistador deverá verificar os dados pessoais da mãe no livro de partos. Isto lhe possibilitará um melhor relacionamento com a mãe, pois já saberá seu nome e os dados técnicos do parto.

Para o êxito deste trabalho, todas as mães deverão ser entrevistadas, e de forma uniforme. Por isso, passamos a detalhar a forma como o questionário deverá ser aplicado.

Na introdução, e após cada pequeno número de perguntas, estão colocadas frases que facilitarão a conversa entre o entrevistador e a mãe. Estas frases são simples, o que possibilitará uma melhor interação com a entrevistada, assim como orienta e deixa claro sobre o que será falado logo a seguir.

#### Instruções Gerais

- Quando houver dúvida sobre uma resposta, anote-a **por extenso** e consulte depois o supervisor.
- Quando a mãe não souber responder ou a informação não estiver disponível, complete com 9, 99, 999. . . os campos de codificação.
- Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiantada, complete com 8, 88, 888. . . os campos de codificação para a pergunta que não foi aplicada.
- Os campos da coluna da direita são reservados para a codificação dos dados. O preenchimento desta coluna nunca deverá ser feito durante a entrevista, os números deverão ser claros e não rasurados.
- Onde está escrito <criança>, substitua pelo nome do bebê.

- Leia sempre somente o enunciado de cada pergunta.
- Caso a mãe não entenda uma pergunta, repita o enunciado e **todas** as alternativas.
- Nas questões qualitativas (resposta por extenso), anote sempre a primeira resposta da mãe.

Passamos agora a comentar a forma de preenchimento de todas as questões do questionário:

- O N° do questionário deverá ser preenchido posteriormente.
- As questões de 2 a 9 deverão ser respondidas através de verificação no livro de partos.
- A questão nº 10, sobre a cor do bebê, deverá ser respondida após observação. Ex. pardo : (3) outra

11 – Tipo de hospitalização:

(1) SUS      (2) Convênio      (3) Particular

***A questão acima (11) também deverá ser verificada no livro de registros.***

**Vamos começar conversando sobre o seu parto.**

12 – Quantos filhos a senhora teve neste parto?

(1) Único    (2) Múltiplo 2    (3) Múltiplo 3

13 – O parto foi normal ou cesariana?

(1) Normal      (2) Cesariana

14 – <Criança> apresentou ou está apresentando algum problema durante a estada no hospital que a obrigou a ir para o berçário ou UTI?

(1) Sim, berçário      (3) Alojamento conjunto  
(2) Sim, UTI

**Se o bebê não apresentou nenhum problema, marque (3) e passe para a questão nº 15**  
**Se a alternativa for Sim, responda de forma descritiva conforme consta na segunda parte da questão:**

Se o bebê ainda encontra-se no berçário ou UTI, procure o médico no setor e anote o diagnóstico

SE SIM: Qual foi o problema?

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

Quanto tempo depois do parto o bebê veio para o quarto? \_\_\_ \_\_\_ h

**Agora vamos conversar um pouco sobre a sua gravidez e seu pré-natal:**

15 – Qual foi a data da sua última menstruação? \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

16 – A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?  
(1) Sim (2) Não

**Se a resposta for NÃO, pule para a questão nº 39**

**Gostaria de olhar sua carteira de pré-natal.**

17 – Todas as consultas de pré-natal foram registradas na carteira?  
(1) Sim (2) Não

18 – Quantas consultas pré-natal a senhora fez? \_\_\_ \_\_\_

19 – A altura uterina foi anotada no gráfico?  
(1) Sim (2) Não

20 – A senhora fez ultrassom durante a gravidez?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA

21 – SE SIM: Data do exame: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_  
Idade gestacional: \_\_\_ \_\_\_ , \_\_\_ semanas

Se estiver com a mãe, o exame deverá ser visto e conferido pelo entrevistador. Se não estiver, perguntar se trouxe para o hospital, em caso afirmativo, olhar no prontuário.

A idade gestacional poderá ser calculada.

Este dado – idade gestacional – deverá ser colocado somente no questionário, não precisa ser passado para a área de codificação.

**Vou perguntar uma série de coisas e gostaria que me dissesse se elas foram feitas nas consultas de pré-natal, sempre, às vezes ou nunca.**

- 22 – A senhora foi pesada (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca  
23 – Mediram a sua altura (1) Sim (2) Não  
24 – Mediram a sua barriga (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca  
25 – Mediram a sua pressão (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca  
26 – Escutaram o nenê (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca  
27 – Examinaram suas mamas (1) Sim (2) Não  
28 – Fizeram toque vaginal (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca

**Agora eu gostaria de saber se a senhora fez algum destes exames durante o pré-natal.**

- 29 – Fez o pré-câncer (1) Sim (2) Não - SE NÃO: Quando fez pela última vez? \_\_\_\_\_ meses.  
30 – Fez exame de urina (1) Sim - Quantas vezes? \_\_\_\_\_ (0) Não  
31 – Fez exame de sangue (1) Sim - Quantas vezes? \_\_\_\_\_ (0) Não  
32 – Fez um exame de açúcar no sangue após ter tomado um líquido doce?  
(1) Sim (2) Não

**Agora gostaria de saber se durante o seu pré-natal o médico:**

- 33 – Receitou remédio para anemia (ferro) ? (1) Sim (2) Não  
34 – Receitou algum antibiótico? (1) Sim - Qual? \_\_\_\_\_ (2) Não  
35 – O médico conversou com a senhora sobre como seria o trabalho de parto?  
(1) Sim (2) Não  
36 – A senhora fez vacina antitetânica? (1) Sim - Quantas doses? \_\_\_\_\_  
(2) Já estava imunizada (3) Não  
37 – Durante o seu pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre leite materno?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA  
38 – Durante seu pré-natal a senhora recebeu orientações sobre como amamentar?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA  
39 – Durante a gravidez a Sra. usou algum outro remédio?  
(1) Sim (2) Não  
SE SIM: Qual remédio? \_\_\_\_\_

40 – Quem indicou esse remédio?  
(1) Médico (2) Farmacêutico (3) Familiar (8) NSA  
(4) Outro \_\_\_\_\_

41 – A senhora teve corrimento durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não

**SE SIM:**

42 – A senhora foi examinada por causa do corrimento? (1) Sim (2) Não

43 – A senhora tomou algum remédio para o corrimento? (1) Sim (2) Não

SE TOMOU: Qual remédio? \_\_\_\_\_

44 – Gostaria de saber qual era o seu peso antes de engravidar. \_\_\_ \_\_ , \_\_\_ Kg

45 – Qual era o seu peso antes do parto? \_\_\_ \_\_ , \_\_\_ Kg

46 – Qual é a sua altura? \_\_\_ \_\_ \_\_ cm

47 – A senhora fumava antes da gravidez?

(1) Sim (2) Não

**Se a resposta for NÃO, pule para a questão nº 50**

48 – A senhora fumou durante a gravidez?

(1) Sim (2) Não

SE SIM: Quantos cigarros por semana? \_\_\_\_\_

49 – Se a senhora fumava antes e parou de fumar na gravidez, pretende voltar a fumar?

(1) Sim (2) Não (8) NSA

50 – A senhora usou alguma bebida alcoólica durante a gravidez?

(1) Sim (2) Não

51 – Qual a bebida alcoólica que você usa ou usou com mais frequência?

(1) Cerveja / Chope (2) Vinhos (3) Cachaça / Pinga (8) NSA

(4) Uísque / Vodka / Conhaque (5) Outras \_\_\_\_\_

52 – Qual a frequência de uso de bebidas alcoólicas?

(1) Não bebeu (2) Bebeu todos os dias (8) NSA

(3) Bebeu 5-6 dias/sem (4) Bebeu 3-4 dias/sem

(5) Bebeu 1-2 dias/sem (6) Bebeu 3-4 dias/mês

(7) Bebeu 1-2 dias/mês

(9) Bebeu menos que 1 vez/mês

53 – No último mês quantos dias a senhora bebeu?

(00) (10) (20) (30)

dias

(8) NSA

(00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)

**Gostaria de saber agora um pouquinho sobre os seus outros filhos:**

54 – Quantas vezes a senhora ficou grávida? \_\_\_ \_\_\_ vezes

**Nesta questão, usar as duas casas. Ex. 02, 04 . . .**

55 – Quantos partos a senhora teve? \_\_\_ \_\_\_ partos

56 – Quantos filhos a senhora tem, CONTANDO COM ESTE? \_\_\_ \_\_\_ filhos

**Se este for o primeiro, pule para a questão nº 58**

**Esta questão abrange todos os filhos vivos que a mãe tem, inclusive este que acaba de nascer.**

57 – Qual o sexo e por quanto tempo a senhora amamentou seus outros filhos, começando pelo **menor** ?

Filho 1 sexo (1) M (2) F mamou até \_\_\_ \_\_\_ m

Filho 2 sexo (1) M (2) F mamou até \_\_\_ \_\_\_ m

Filho 3 sexo (1) M (2) F mamou até \_\_\_ \_\_\_ m

Filho 4 sexo (1) M (2) F mamou até \_\_\_ \_\_\_ m

**Anote o sexo e o tempo de amamentação iniciando pelo filho mais novo. Se forem mais de quatro, ignore os mais velhos. Anote o tempo de amamentação em meses. Ex. 2 anos = 24 m**

**Agora nós vamos conversar sobre como a senhora se sentiu durante a gravidez.**

58 – A senhora planejou ter esse filho ou engravidou sem querer?

(1) Planejou

(2) Sem querer

(3) Mais ou menos

59 – O seu bebê é do sexo que a senhora desejava?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe

(4) Indiferente

60 – O seu bebê é do sexo que o pai do bebê desejava?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe

(4) Indiferente

61 – Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez?  
(1) Ficou contente      (2) Indiferente      (3) Não gostou      (8) NSA

62 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu do pai do nenê durante a gravidez?

(1) Muito apoio                      (3) Nenhum apoio                      (8) NSA  
(2) Pouco apoio                      (4) Mais ou menos                      (9) Ignorado

63 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus familiares durante a gravidez?

(1) Muito apoio                      (3) Nenhum apoio                      (8) NSA  
(2) Pouco apoio                      (4) Mais ou menos                      (9) Ignorado

64 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus amigos ou vizinhos durante a gravidez?

(1) Muito apoio                      (3) Nenhum apoio                      (8) NSA  
(2) Pouco apoio                      (4) Mais ou menos                      (9) Ignorado

65 – Durante o trabalho de parto, já no hospital, a senhora teve ao seu lado alguma pessoa da sua família ou algum amigo?

(1) Sim                      (2) Não

SE SIM: quem? \_\_\_\_\_

**Esta questão é referente a alguém apenas no hospital, e não na sala de parto.**

66 – Na sala de parto, a senhora estava acompanhada de algum familiar?

(1) Sim                      (2) Não

SE SIM: quem? \_\_\_\_\_

Como a senhora sentiu-se com a presença dele (dela)?  
\_\_\_\_\_

**Gostaria que a senhora me respondesse algumas questões sobre trabalho.**

67 – A senhora trabalha fora?

(1) Sim                      (2) Não

**Se negativa, pule para a questão nº 70.  
Se afirmativa, responda as questões nº 68 e 69**

68 – O que a senhora faz? \_\_\_\_\_

69 – Quando pretende voltar para o trabalho ? \_\_\_\_\_

**Resposta em meses após o parto. Escreva por extenso a resposta da mãe.**

**Agora vamos falar um pouco sobre a renda da sua família**

70 – No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

Pessoa1 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ salários mínimos

Pessoa2 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ salários mínimos

Pessoa3 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ salários mínimos

Pessoa4 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ salários mínimos

00 = NSA

**Nesta questão o NSA tem que ser 00 porque se for 88, poderá ser confundido com um valor salarial.**

71 – A família tem outra fonte de renda?

R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ salários mínimos

R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ salários mínimos

**Agora vamos conversar sobre a senhora e o pai da <criança>.**

72 – Cor da mãe: (1) Branca (2) Preta (3) Outra

73 – Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

Com quem a senhora vive?

**As informações abaixo, são referentes a pessoas que moram na casa da mãe.**

74 – Com marido/companheiro (1) Sim (2) Não

75 – Com familiares (1) Sim (2) Não

76 – Com outros (1) Sim (2) Não

77 – Filhos (1) Sim (2) Não

78 – Até que série a senhora completou na escola?

\_\_\_\_\_ série do \_\_\_\_\_ grau (0 = sem escolaridade)

**Anos de pós-graduação serão somados aos anos da graduação (3º grau)**

79 – Qual é o nome do pai da <criança>?

\_\_\_\_\_

80 – Cor do pai: (1) Branca (2) Preta (3) Outra

81 – Qual a idade dele? \_\_\_ \_\_ anos

82 – Qual a altura dele? \_\_\_\_\_ cm.

83 – Até que série ele completou na escola?  
\_\_\_ série do \_\_\_ grau (0 = sem escolaridade 9 = Ignorado)

84 – Qual é a profissão que o pai exerce?  
\_\_\_\_\_

85 – Durante o pré-natal, seu marido ou companheiro foi com a senhora em alguma consulta? (1) Sim (2) Não  
SE SIM: quantas vezes? \_\_\_\_\_

86 – O que o pai pensa sobre a amamentação?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

87 – O pai teve informações sobre a amamentação?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Ignorado  
SE SIM: onde: \_\_\_\_\_

### **Vamos conversar um pouco sobre chupeta e amamentação.**

88 – A senhora pretende dar chupeta para o nenê?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (8) NSA  
SE SIM: por quê? \_\_\_\_\_

89 – A senhora trouxe chupeta para o hospital?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA

90 – A senhora pretende amamentar seu filho no peito?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (8) NSA

91 – Até que idade pretende dar o peito? \_\_\_ \_\_ meses  
(77) Enquanto ele (a) quiser ( ) Outra \_\_\_\_\_  
(99) Não sabe (78) Enquanto tiver leite (88) NSA

Seu filho já recebeu:

92 – Leite materno? (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ \_\_ horas  
(88) NSA

93 – Chá / água / glicose (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ \_\_ horas  
(88) NSA

94 – Chupeta (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ horas  
(88) NSA

95 – Mamadeira (leite) (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ horas  
(88) NSA

**Caso o bebê não tenha usado, preencher o campo com 88.**

96 – A senhora pretende dar leite de vaca ou em pó para a <criança>?  
(1) Sim (2) Não (3) Depois que o bebê não mamar mais (8) NSA  
SE SIM: Com que idade? \_\_\_\_\_ meses

97 – A senhora acha que o uso da chupeta interfere na amamentação?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe  
SE SIM: de que forma? \_\_\_\_\_

98 – A senhora acha que o uso de mamadeira com chá interfere na  
amamentação?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe  
SE SIM: de que forma? \_\_\_\_\_

99 – A senhora mora em Pelotas?  
(1) Sim (2) Não \_\_\_\_\_

**Se não, agradeça e encerre.  
Se sim, continue conforme abaixo**

**Gostaríamos de saber da senhora seu endereço completo, porque pretendemos visitá-la quando seu nenê estiver maior.**

100 – Qual é o seu endereço completo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

101 – Tem algum ponto de referência que nos ajude a encontrar sua casa?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

102 – Tem telefone em casa? \_\_\_\_\_

103 – Tem algum telefone para contato? \_\_\_\_\_

104 – A senhora pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar em outra casa?

(1) Vai morar na mesma casa

(2) Vai morar noutra lugar

105 – SE VAI MUDAR: Qual vai ser seu novo endereço?

---

---

---

106 – Existe alguma outra forma de entrar em contato com a senhora, como através do emprego do marido ou outra forma?

(1) Sim

(2) Não

SE SIM: De que maneira?

---

107 – A Senhora poderia nos fornecer o endereço de outro parente, para o caso de nós precisarmos lhe encontrar?

---

---

108 – Entrevistador:

---

109 – Hora da entrevista: \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_

110 – Data da entrevista: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

- 1 – Número do questionário: NUMQUEST \_\_\_\_\_
- 2 – Local do parto: PARTO \_\_  
 (1) Hospital (2) Domicílio (3) Outro
- 3 – Hospital: HOSPITAL \_\_  
 (1) Santa Casa (2) Beneficência (3) Hospital São Francisco de Paula  
 (4) FAU (5) Miguel Pilcher
- 4 – Dia do nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ DATANASC \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- 5 – Hora do nascimento: \_\_\_ . \_\_\_ h HORNASC \_\_\_ . \_\_\_
- 6 – Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ PESONASC \_\_\_\_\_
- 7 – Nome do RN: \_\_\_\_\_ COMP \_\_\_ . \_\_\_
- 8 – Peso: \_\_\_\_\_ Comprimento: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_ \_\_\_ APGAR1 \_\_\_  
 APGAR5 \_\_\_
- 9 – Sexo (1) M (2) F SEXO \_\_
- 10 – Cor (1) B (2) P (3) Outra \_\_\_\_\_ COR \_\_
- 11 – Tipo de hospitalização: TIPOHOSP \_\_  
 (1) SUS (2) Convênio (3) Particular

**Vamos começar conversando sobre o seu parto.**

- 12 – Quantos filhos a senhora teve neste parto? QUANTFIL \_\_  
 (1) Único (2) Múltiplo2 (3) Múltiplo3
- 13 – O parto foi normal ou cesariana? TIPOPART \_\_  
 (1) Normal (2) Cesariana
- 14 – <Criança> apresentou ou está apresentando algum problema durante a estada no hospital que a obrigou a ir para o berçário ou UTI? PROBLRN \_\_  
 (1) Sim, berçário (3) Alojamento conjunto  
 (2) Sim, UTI  
 SE SIM: Qual foi o problema?  
 1: \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_  
 2: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 3: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Quanto tempo depois do parto o bebê veio para o quarto? \_\_\_ h DEPARTO \_\_

**Agora vamos conversar um pouco sobre a sua gravidez e seu pré-natal:**

15 – Qual foi a data da sua última menstruação? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

DUM \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

IDDUM \_\_\_, \_\_\_

16 – A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?

(1) Sim (2) Não

CONSPREN \_\_\_

**Se a resposta for NÃO, pule para a questão nº 39**

**Gostaria de olhar sua carteira de pré-natal.**

17 – Todas as consultas de pré-natal foram registradas na carteira?

(1) Sim (2) Não

REGCONS \_\_\_

18 – Quantas consultas pré-natal a senhora fez? \_\_\_

NUMCONS \_\_\_

19 – A altura uterina foi anotada no gráfico?

(1) Sim (2) Não

ANOTALT \_\_\_

20 – A senhora fez ultrassom durante a gravidez?

(1) Sim (2) Não (8) NSA

ULTRASOM \_\_\_

21 – SE SIM: Data do exame: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Idade gestacional: \_\_\_, \_\_\_ semanas

DATULT \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

IDGEST \_\_\_, \_\_\_

**Vou perguntar uma série de coisas e gostaria que me dissesse se elas foram feitas nas consultas de pré-natal, sempre, às vezes ou nunca.**

22 – A senhora foi pesada (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca

PESADA \_\_\_

23 – Mediram a sua altura (1) Sim (2) Não

MEDALT \_\_\_

24 – Mediram a sua barriga (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca

MEDBAR \_\_\_

25 – Mediram a sua pressão (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca

MEDPRESS \_\_\_

26 – Escutaram o nenê (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca

ESCENEN \_\_\_

27 – Examinaram suas mamas (1) Sim (2) Não

EXAMAMA \_\_\_

28 – Fizeram toque vaginal (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca

TOQUE \_\_\_

**Agora eu gostaria de saber se a senhora fez algum destes exames durante o pré-natal.**

29 – Fez o pré-câncer (1) Sim (2) Não - SE NÃO: Quando fez pela última vez? \_\_\_\_\_ meses.

FEZCP \_\_\_

TEMPCP \_\_\_

EXURINA \_\_\_

30 – Fez exame de urina (1) Sim - Quantas vezes? \_\_\_\_\_ (0) Não

VEZURIN \_\_\_

31 – Fez exame de sangue (1) Sim - Quantas vezes? \_\_\_\_\_ (0) Não

EXSANGUE \_\_\_

32 – Fez um exame de açúcar no sangue após ter tomado um líquido doce?

VEZSANG \_\_\_

(1) Sim (2) Não

AÇUCAR \_\_\_

**Agora gostaria de saber se durante o seu pré-natal o médico:**

33 – Receitou remédio para anemia (ferro)? (1) Sim (2) Não

FERRO \_\_\_

34 – Receitou algum antibiótico? (1) Sim - Qual? \_\_\_\_\_ (2) Não

ANTBIOT \_\_\_

QUANTIC \_\_\_

35 – O médico conversou com a senhora sobre como seria o trabalho de parto?

CONVPART \_\_\_

(1) Sim (2) Não

- 36 – A senhora fez vacina antitetânica? (1) Sim - Quantas doses? \_\_\_\_\_ ANTITET \_\_  
(2) Já estava imunizada (3) Não DOSES \_\_
- 37 – Durante o seu pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre leite materno? ORIENTLM \_\_  
(1) Sim (2) Não (8) NSA
- 38 – Durante seu pré-natal a senhora recebeu orientações sobre como amamentar? COMOAMAM \_\_  
(1) Sim (2) Não (8) NSA
- 39 – Durante a gravidez a Sra. usou algum outro remédio? REMEDIO \_\_  
(1) Sim (2) Não  
SE SIM: Qual remédio? \_\_\_\_\_ QREMEDIO \_\_ \_\_
- 40 – Quem indicou esse remédio? QUEMINDIC \_\_  
(1) Médico (2) Farmacêutico (3) Familiar (8) NSA  
(4) Outro \_\_\_\_\_
- 41 – A senhora teve corrimento durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não CORRIM \_\_
- SE SIM:**
- 42 – A senhora foi examinada por causa do corrimento? (1) Sim (2) Não EXCORR \_\_  
43 – A senhora tomou algum remédio para o corrimento? (1) Sim (2) Não REMDCOR \_\_  
SE TOMOU: Qual remédio? \_\_\_\_\_ QREMDCOR \_\_ \_\_
- 44 – Gostaria de saber qual era o seu peso antes de engravidar. \_\_\_\_ , \_\_\_\_ Kg PESOINI \_\_\_\_ , \_\_\_\_  
45 – Qual era o seu peso antes do parto? \_\_\_\_ , \_\_\_\_ Kg PESOFIN \_\_\_\_ , \_\_\_\_  
46 – Qual é a sua altura? \_\_\_\_ cm ALTURA \_\_\_\_
- 47 – A senhora fumava antes da gravidez? FUMAVA \_\_  
(1) Sim (2) Não
- Se a resposta for NÃO, pule para a frase antes da questão nº 50**
- 48 – A senhora fumou durante a gravidez? FUMOUGRAV \_\_  
(1) Sim (2) Não  
SE SIM: Quantos cigarros por semana? \_\_\_\_\_ FUMOSEM \_\_\_\_
- 49 – Se a senhora fumava antes e parou de fumar na gravidez, pretende voltar a fumar? PRETFUM \_\_  
(1) Sim (2) Não (8) NSA
- 50 – A senhora usou alguma bebida alcoólica durante a gravidez? BEBEUGRAV \_\_  
(1) Sim (2) Não
- 51 – Qual a bebida alcoólica que você usa ou usou com mais frequência? QUALBEB \_\_

(1) Cerveja / Chope (2) Vinhos (3) Cachaça / Pinga (8) NSA  
(4) Uísque / Vodka / Conhaque (5) Outras \_\_\_\_\_

52 – Qual a frequência de uso de bebidas alcoólicas? QUANTBEB \_\_  
(1) Não bebeu (2) Bebeu todos os dias (8) NSA  
(3) Bebeu 5-6 dias/sem (4) Bebeu 3-4 dias/sem  
(5) Bebeu 1-2 dias/sem (6) Bebeu 3-4 dias/mês  
(7) Bebeu 1-2 dias/mês (9) Bebeu menos que 1 vez/mês

53 – No último mês quantos dias a senhora bebeu? QUANDBEB \_\_  
(00) (10) (20) (30) dias  
(00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)  
(8) NSA

**Gostaria de saber agora um pouquinho sobre os seus outros filhos:**

54 – Quantas vezes a senhora ficou grávida? \_\_\_\_ vezes NUMGRAV \_\_ \_\_

55 – Quantos partos a senhora teve? \_\_\_\_ partos NUMPART \_\_ \_\_

56 – Quantos filhos a senhora tem? \_\_\_\_ filhos NUMFILHO \_\_ \_\_

**Se este for o primeiro, pule para a questão nº 58**

57 – Qual o sexo e por quanto tempo a senhora amamentou seus outros filhos, começando pelo *menor* ?

Filho 1	sexo (1) M (2) F	mamou até ____ m	MAMOU1 __ __ SEXO1 __
Filho 2	sexo (1) M (2) F	mamou até ____ m	MAMOU2 __ __ SEXO2 __
Filho 3	sexo (1) M (2) F	mamou até ____ m	MAMOU3 __ __ SEXO3 __
Filho 4	sexo (1) M (2) F	mamou até ____ m	MAMOU4 __ __ SEXO4 __

**Agora nós vamos conversar sobre como a senhora se sentiu durante a gravidez.**

58 – A senhora planejou ter esse filho ou engravidou sem querer? PLANEJ \_\_  
(1) Planejou (2) Sem querer (3) Mais ou menos

59 – O seu bebê é do sexo que a senhora desejava? MAEDESEJ \_\_  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Indiferente

60 – O seu bebê é do sexo que o pai do bebê desejava? PAIDSESEJ \_\_  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Indiferente

61 – Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez? REACPAI \_\_  
(1) Ficou contente (2) Indiferente (3) Não gostou (8) NSA

62 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu do pai do nenê durante a gravidez? APOIPAI \_\_

- (1) Muito apoio (3) Nenhum apoio (8) NSA  
(2) Pouco apoio (4) Mais ou menos (9) Ignorado

63 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus familiares durante a gravidez? APOIFAM \_\_

- (1) Muito apoio (3) Nenhum apoio (8) NSA  
(2) Pouco apoio (4) Mais ou menos (9) Ignorado

64 – Como a senhora sentiu que foi o apoio que recebeu dos seus amigos ou vizinhos durante a gravidez? APOIAMI \_\_

- (1) Muito apoio (3) Nenhum apoio (8) NSA  
(2) Pouco apoio (4) Mais ou menos (9) Ignorado

65 – Durante o trabalho de parto, já no hospital, a senhora teve ao seu lado alguma pessoa da sua família ou algum amigo? PARTOPES \_\_

- (1) Sim (2) Não

SE SIM: quem? \_\_\_\_\_

QUEMTRAB \_\_ \_\_

66 – Na sala de parto, a senhora estava acompanhada de algum familiar?

- (1) Sim (2) Não

SE SIM: quem? \_\_\_\_\_

Como a senhora sentiu-se com a presença dele(dela)?

SALAPART \_\_

QUEMSALA \_\_ \_\_

PRESDELE \_\_ \_\_

**Gostaria que a senhora me respondesse algumas questões sobre trabalho.**

67 – A senhora trabalha fora?

- (1) Sim (2) Não

TRABFORA \_\_

**Se a resposta foi NÃO, pule para a frase antes da questão n° 70**

68 – O que a senhora faz? \_\_\_\_\_

ATIVPROF \_\_ \_\_

69 – Quando pretende voltar para o trabalho ? \_\_\_\_\_

VOLTTRAB \_\_ \_\_

**Agora vamos falar um pouco sobre a renda da sua família**

70 – No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

Pessoa1 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_ \_\_ , \_\_ salários mínimos

Pessoa2 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_ \_\_ , \_\_ salários mínimos

Pessoa3 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_ \_\_ , \_\_ salários mínimos

Pessoa4 R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_ \_\_ , \_\_ salários mínimos

00 = NSA

RENDA1 \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_

RENDA2 \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_

RENDA3 \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_

RENDA4 \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_

71 – A família tem outra fonte de renda?

R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ salários mínimos  
R\$ \_\_\_\_\_ por mês \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ salários mínimos

OUTRENDA1 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
OUTRENDA2 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Agora vamos conversar sobre a senhora e o pai da <criança>.**

72 – Cor da mãe: (1) Branca (2) Preta (3) Outra

CORMAE \_\_

73 – Qual é a sua idade? \_\_\_\_ anos

IDADEMAE \_\_\_\_

Com quem a senhora vive?

74 – Com marido/companheiro (1) Sim (2) Não

VIVMAR \_\_

75 – Com familiares (1) Sim (2) Não

VIVFAM \_\_

76 – Com outros (1) Sim (2) Não

VIVOUT \_\_

77 – Filhos (1) Sim (2) Não

VIVFIL \_\_

78 – Até que série a senhora completou na escola?  
\_\_\_\_ série do \_\_\_\_ grau (0 = sem escolaridade)

SERIEMAE \_\_\_\_  
GRAUMAE \_\_

79 – Qual é o nome do pai da <criança>?  
\_\_\_\_\_

80 – Cor do pai: (1) Branca (2) Preta (3) Outra

CORPAI \_\_

81 – Qual a idade dele? \_\_\_\_ anos

IDADEPAI \_\_\_\_

82 – Qual a altura dele? \_\_\_\_\_ cm.

ALTPAI \_\_\_\_\_

83 – Até que série ele completou na escola?  
\_\_\_\_ série do \_\_\_\_ grau (0 = sem escolaridade) 9 = Ignorado)

SERIEPAI \_\_\_\_  
GRAUPAI \_\_

84 – Qual é a profissão que o pai exerce?  
\_\_\_\_\_

PROFPAI \_\_\_\_

85 – Durante o pré-natal, seu marido ou companheiro foi com a senhora em alguma consulta? (1) Sim (2) Não  
SE SIM: quantas vezes? \_\_\_\_\_

PAICONS \_\_  
QUANTFOI \_\_\_\_

86 – O que o pai pensa sobre a amamentação?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PAIPENSA \_\_\_\_

87 – O pai teve informações sobre a amamentação?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Ignorado  
SE SIM: onde: \_\_\_\_\_

INFOPAI \_\_  
ONDE \_\_\_\_

**Vamos conversar um pouco sobre chupeta e amamentação.**

- 88 – A senhora pretende dar chupeta para o nenê?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (8) NSA  
SE SIM: por quê? \_\_\_\_\_
- 89 – A senhora trouxe chupeta para o hospital?  
(1) Sim (2) Não (8) NSA
- 90 – A senhora pretende amamentar seu filho no peito?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (8) NSA
- 91 – Até que idade pretende dar o peito? \_\_\_ meses  
(77) Enquanto ele(a) quiser ( ) Outra \_\_\_\_\_  
(99) Não sabe (78) Enquanto tiver leite (88) NSA
- Seu filho já recebeu:
- 92 – Leite materno? (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ horas  
(88) NSA LM \_\_ HORALM \_\_\_
- 93 – Chá / água / glicose (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ horas  
(88) NSA CHA \_\_ HORACH \_\_\_
- 94 – Chupeta (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ horas  
(88) NSA CHUPETA \_\_ HORABI \_\_\_
- 95 – Mamadeira (leite) (1) Sim (2) Não SE SIM: Com \_\_\_ horas  
(88) NSA MAM \_\_ HORAMA \_\_\_
- 96 – A senhora pretende dar leite de vaca ou em pó para a <criança>?  
(1) Sim (2) Não (3) Depois que o bebê não mamar mais (8) NSA  
SE SIM: Com que idade? \_\_\_\_\_ meses
- 97 – A senhora acha que o uso do chupeta interfere na amamentação?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe  
SE SIM: de que forma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 98 – A senhora acha que o uso de mamadeira com chá interfere na amamentação?  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe  
SE SIM: de que forma? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 99 – A senhora mora em Pelotas?  
(1) Sim (2) Não \_\_\_\_\_
- 110 – Data da entrevista: \_\_\_ \_\_\_  
/ \_\_\_ / \_\_\_  
MORAPEL \_\_\_

*Se não, agradeça e encerre. Se sim, continue conforme abaixo*

**Gostaríamos de saber da senhora seu endereço completo, porque pretendemos visitá-la quando seu nenê estiver maior.**

100 – Qual é o seu endereço completo?

---

---

---

101 – Tem algum ponto de referência que nos ajude a encontrar sua casa?

---

---

102 – Tem telefone em casa? \_\_\_\_\_

FOCA \_\_\_\_\_

103 – Tem algum telefone para contato? \_\_\_\_\_

FOCO \_\_\_\_\_

104 – A senhora pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar em outra casa?

VAIMUD \_\_

(1) Vai morar na mesma casa

(2) Vai morar noutra lugar

105 – SE VAI MUDAR: Qual vai ser seu novo endereço?

---

---

---

106 – Existe alguma outra forma de entrar em contato com a senhora, como através do emprego do marido ou outra forma?

(1) Sim            (2) Não

SE SIM: De que maneira?

---

107 – A Senhora poderia nos fornecer o endereço de outro parente, para o caso de nós precisarmos lhe encontrar?

---

---

108 – Entrevistador:

ENTREVIST \_\_\_\_\_

---

109 – Hora da entrevista: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

HORAENT \_\_\_\_ . \_\_\_\_

DATAENT \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**  
**AVALIAÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL**

**MANUAL PARA O ENTREVISTADOR**  
**(Acompanhamento de um mês)**

O entrevistador deverá apresentar-se à mãe explicando-lhe que está sendo feito um trabalho sobre as condições das crianças nascidas nos hospitais da nossa cidade. Por isso, está ali para conversar e conhecer um pouco sobre o bebê e sua família.

Antes de apresentar-se, o entrevistador deverá verificar os dados pessoais da mãe no material recebido. Isto lhe possibilitará um melhor relacionamento com a mãe, pois já saberá seu nome e, se constar, o nome do bebê.

Para o êxito deste trabalho, todas as mães deverão ser entrevistadas, e de maneira uniforme. Por isso, passamos a detalhar a forma como o questionário deverá ser aplicado.

Na introdução, e após cada pequeno número de perguntas, estão colocadas frases que facilitarão a conversa entre o entrevistador e a mãe. Estas frases são simples, o que possibilitará uma melhor interação com a entrevistada, assim como orienta e deixa claro sobre o que será falado logo a seguir.

Obs: é importante ressaltar que os dados coletados deverão ser os mais precisos possíveis, pois são a base para confecção do estudo.

**Instruções Gerais**

- ◆ Quando houver dúvida sobre uma resposta, anote-a **por extenso** e consulte depois o supervisor.
- ◆ Quando a mãe não souber responder ou a informação não estiver disponível, complete com 9,99,999... os campos de codificação.
- ◆ Quando houver instruções para pular de uma pergunta para a outra mais adiantada, complete com 8,88,888... os campos de codificação para a pergunta que não foi aplicada.
- ◆ Os campos da coluna da direita são reservados para a codificação dos dados. O preenchimento desta coluna **nunca** deverá ser feito durante a entrevista, os números deverão ser **claros e não rasurados**.
- ◆ Onde está escrito <criança>, substitua pelo nome do bebê.
- ◆ Leia sempre somente o enunciado de cada pergunta.

◆ Caso a mãe não entenda a pergunta, repita o enunciado e **todas as alternativas**.

◆ Não faça contas durante a entrevista, anote e depois em casa faça a conta.

Passamos agora a comentar a forma de preenchimento de todas as questões do questionário:

◆ O n.º do questionário deverá ser preenchido posteriormente.

◆ O questionário deverá ser preenchido a lápis.

◆ A coluna da direita ( do digitador ) deverá ser preenchida com calma, após o término da entrevista, em casa, também a lápis.

◆ Os números deverão ser claramente escritos, como a seguir:

### Questões

#### 1) Seu bebê teve algum problema de saúde desde o nascimento?

(1) Sim

(2) Não Qual? \_\_\_\_\_

Se a resposta for sim, responda de forma descritiva, conforme o espaço reservado acima.

#### 2) Seu bebê está mamando?

(1) Sim

(2) Não

- Se não: até que idade ele mamou? \_\_\_\_\_ dias.

- Se sim: como a Sra. sente o apoio de seu companheiro durante a amamentação? \_\_\_\_\_

-

Se a resposta da questão 2 for **NÃO**, pule para a questão 7.

3) Até que idade pretende continuar amamentando ? \_\_\_\_\_ meses

Por quê? \_\_\_\_\_

4) Além do leite materno ele recebe outros líquidos, como água ou chá, ou outros alimentos?

- |                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| (1) Outro leite       | (4) Outro leite + outros líquidos     |
| (2) Água, chá ou suco | (5) Outro leite + frutas ou papas     |
| (3) Frutas ou papas   | (6) Outros líquidos + frutas ou papas |
| (7) Outro: _____      |                                       |
| (8) <b>NSA</b>        |                                       |

Nesta questão se a mãe responder **SIM**, pergunte o quê? ..... Algo mais?

5) Porque a Sra. introduziu este(s) outro(s) alimento(s)?

\_\_\_\_\_

Nesta questão, você deve detalhar a resposta.

6) O pai da <criança> participou desta decisão?

- (1) Sim
- (2) Não

Caso o bebê esteja mamando, pule para a questão 10.

7) Por que ele parou de mamar?

\_\_\_\_\_

8) O que ele está recebendo?

- |                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| (1) Outro leite       | (4) Outro leite + outros líquidos     |
| (2) Água, chá ou suco | (5) Outro leite + frutas ou papas     |
| (3) Frutas ou papas   | (6) Outros líquidos + frutas ou papas |
| (7) Outro: _____      |                                       |
| (8) <b>NSA</b>        |                                       |

Nesta questão, você deve ler todas as alternativas para a mãe.

**9) Por que a Sra. introduziu este(s) outro(s) alimento(s)?**

\_\_\_\_\_

**10) Até que idade seu bebê mamou só no peito?**

(88) NSA                      ( ) Idade: \_\_\_\_\_ dias

Anote a idade em dias. Ex: 1 mês = 30 dias.

**11) A Sra. tem ou teve algum problema para amamentar?**

(1) Sim

(2) Não

Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 13.

Se a resposta for **SIM**, responda as questões abaixo.

- **Qual foi esse problema?**

\_\_\_\_\_

- **Fez algum tratamento ?** ( 1 ) Sim      ( 2 ) Não

**Se sim :** Qual ? \_\_\_\_\_

**12) Qual a atitude do pai em relação a esse problema?**

\_\_\_\_\_

**13) O que seu companheiro acha da Sra. Amamentar ?**

( 1 ) Bom    ( 2 ) Não gosta    ( 3 ) Não sabe    ( 4 ) Tanto faz

Por quê ? \_\_\_\_\_

**14) A Sra. foi orientada, na maternidade, sobre as dificuldades que poderia enfrentar com a amamentação?**

(1) Sim

(2) Não

Por quem? \_\_\_\_\_

**15) Alguém lhe auxiliou no início da amamentação ( da equipe do hospital)?**

(1) Sim

(2) Não

De que forma? \_\_\_\_\_

A orientação, a que se refere a pergunta acima, é aquela dada pela "equipe do hospital".

**16) A Sra. acha que o apoio recebido no hospital a influenciou de alguma forma para o aleitamento?**

(1) Sim

(2) Não

De que forma? \_\_\_\_\_

**17) Quando a Sra. está amamentando, seu marido/companheiro participa?**

(1) Sempre

(2) Às vezes

(3) Nunca

**18) Seu bebê usa chupeta?**

(1) Sim

(2) Não

Se Sim: Por quê? \_\_\_\_\_

Com que idade começou a usar a chupeta? \_\_\_\_\_ dias.

**19) A Sra. acha que o uso da chupeta pode interferir na amamentação?**

(1) Sim

(2) Não

(9) Não sabe

Se sim: Por quê? \_\_\_\_\_

**20) No hospital, alguém lhe ensinou como fazer a retirada do seu leite com as suas mãos?**

(1) Sim

(2) Não

**21) A Sra. recebeu orientação de como dar o leite do peito para o seu bebê no caso da Sra. precisar sair de casa?**

- (1) Sim
- (2) Não

**22) Na sua ausência, de que forma o seu bebê poderá receber seu leite?**

- (1) Mamadeira
- (2) Copo
- (3) Seringa
- (4) Colher
- (5) Não sabe

Nesta questão, se a mãe não souber, ler todas as alternativas para ela.
---

**23) A Sra. está trabalhando fora de casa?**

- (1) Sim
- (2) Não

Se sim: Quantas horas a Sra. fica longe do bebê. \_\_\_\_\_h.

**24) Seu bebê foi pesado após a alta hospitalar ?**

- (1) Sim
- (2) Não

Se Sim : Quando ? Data da última pesagem \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**25) Ele estava totalmente sem roupa quando foi pesado ?**

- (1) Sim
- (2) Não

Agradecemos muito a sua atenção.

Como falamos no início, este trabalho visa avaliar as condições do nascimento do bebê e também suas condições a seguir. Para isso, pretendemos visitá-la em sua casa mais vezes. A Sra. concorda que a visitemos quando o bebê tiver 3 meses?

Data da entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Entrevistador: \_\_\_\_\_.

**Olá, meu nome é <nome>, sou estudante de Medicina. No hospital, quando seu bebê nasceu, nós fizemos algumas perguntas. Agora, gostaria de saber um pouco sobre a saúde e a alimentação do seu bebê. Podemos conversar?**

**1 mês**

**Nome da mãe:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Nome do bebê:** \_\_\_\_\_

**Número do questionário:** \_\_\_\_\_ **DN:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

QUEST \_\_\_\_\_

1 – Seu bebê teve algum problema de saúde desde o nascimento?

PROB \_\_\_

(1) Sim. Qual: \_\_\_\_\_ (2) Não

PROBQ \_\_\_\_\_

**Se sim:** Precisou ser hospitalizado? (1) Sim (2) Não

SEHOSP \_\_\_

2 – Seu bebê está mamando?

MAMA \_\_\_

(1) Sim (2) Não

**Se sim:** Como a senhora sente o apoio de seu companheiro durante a amamentação?

APOIPAI \_\_\_\_\_

**Se não:** Até que idade ele mamou? \_\_\_\_\_ dias

IDADMAM \_\_\_\_\_

**Se não, pule para a questão 7**

3 – Até que idade pretende continuar amamentando? \_\_\_\_\_ meses

CONTMAM \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

PQMAM \_\_\_\_\_

4 – Além do leite materno, ele recebe outros líquidos ou alimentos?

OUTRO \_\_\_

(1) Outro leite (4) Outro leite + outros líquidos  
(2) Água, chá ou suco (5) Outro leite + frutas ou papas  
(3) Frutas ou papas (6) Outros líquidos + frutas ou papas

(7) Outro: \_\_\_\_\_

(8) NSA

5 – Por que a senhora introduziu este(s) outro(s) alimento(s)?

PQINTR \_\_\_\_\_

6 – O pai da <criança> participou dessa decisão?

PAIPART \_\_\_

(1) Sim (2) Não

**Caso o bebê esteja mamando, pule para a questão 10**

7 – Por que ele parou de mamar?

PQPAROU \_\_\_\_\_

8 – O que ele está recebendo?

(1) Outro leite (4) Outro leite + outros líquidos

DIETA \_\_\_

(2) Água, chá ou suco (5) Outro leite + frutas ou papas

(3) Frutas ou papas (6) Outros líquidos + frutas ou papas

(7) Outro: \_\_\_\_\_ (8) NSA

- 9 – Por que a senhora introduziu este(s) outro(s) alimento(s)? PQDIETA \_\_ \_\_  
\_\_\_\_\_
- 10 – Até que idade seu bebê mamou só no peito? IDEXC \_\_ \_\_  
(88) NSA ( ) Idade: \_\_\_\_\_ dias
- 11 – A senhora tem ou teve algum problema para amamentar? PROBMAM \_\_ \_\_  
(1) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
(2) Não  
**Se sim:** Fez algum tratamento? TRATA \_\_ \_\_  
(1) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
(2) Não (8) NSA
- 12 – Qual a atitude do pai em relação a esse problema? ATITPAI \_\_ \_\_  
\_\_\_\_\_
- 13 – O que o seu companheiro acha da senhora amamentar? ACHAPAI \_\_  
(1) Bom (2) Não gosta (3) Não sabe (4) Tanto faz  
Por quê? \_\_\_\_\_ PQACHA \_\_ \_\_
- 14 – A senhora foi orientada, na maternidade, sobre as dificuldades que poderia ORIENTMAM \_\_  
enfrentar com a amamentação?  
(1) Sim. Por quem? \_\_\_\_\_ PQUEM \_\_ \_\_  
(2) Não
- 15 – Alguém da equipe do hospital lhe auxiliou no início da amamentação? ALGAUX \_\_  
(1) Sim. De que forma? \_\_\_\_\_ QUEFORMAUX \_\_ \_\_  
(2) Não
- 16 – A senhora acha que o apoio recebido no hospital a influenciou de alguma forma APOIINF \_\_  
para o aleitamento?  
(1) Sim. De que forma? \_\_\_\_\_ COMOINF \_\_ \_\_  
(2) Não
- 17 – Quando a senhora está amamentando, seu marido participa? PAIPART \_\_  
(1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca
- 18 – Seu bebê usa chupeta? CHUPETA \_\_  
(1) Sim (2) Não  
**Se sim:** Por quê? \_\_\_\_\_ PQCHUPETA \_\_ \_\_  
Com que idade começou a usar? \_\_\_\_\_ QUANDBIC \_\_ \_\_
- 19 – A senhora acha que o uso da chupeta pode interferir na amamentação? BICINTERF \_\_  
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe  
**Se sim:** Por quê? \_\_\_\_\_ PQINTERF \_\_ \_\_

20 – No hospital, alguém lhe ensinou como fazer a retirada do seu leite com as suas mãos? RETLEITE \_\_

(1) Sim (2) Não

21 – A senhora recebeu orientação de como dar o leite do peito para o seu bebê no caso de a senhora precisar sair de casa? PRESAIR \_\_

(1) Sim (2) Não

22 – Na sua ausência, de que forma seu bebê poderá receber seu leite?

(1) Mamadeira

(2) Copo

(3) Seringa

(4) Colher

(5) Não sabe

FORMA1 \_\_

FORMA2 \_\_

FORMA3 \_\_

FORMA4 \_\_

FORMA5 \_\_

23 – A senhora está trabalhando fora de casa?

(1) Sim (2) Não

**Se sim:** Quantas horas a senhora fica longe do bebê?

TRABALHA \_\_

HFORA \_\_\_\_

---

24 – Seu bebê foi pesado após a alta hospitalar?

(1) Sim (2) Não

**Se sim:**

Quando? Data da última pesagem: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

FOIPES \_\_

Q \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

25 – Ele estava totalmente sem roupa quando foi pesado?

(1) Sim (2) Não

NU \_\_

**Muito obrigado pela sua colaboração.**

26 – Tem telefone em casa? \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_

27 – Tem algum telefone para contato? \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_

28 – A senhora pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar em outra casa?

(1) Vai morar na mesma casa

(2) Vai morar noutra lugar

VAIMUD \_\_

29 – SE VAI MUDAR: Qual vai ser seu novo endereço?

---

---

---

30 – Existe alguma outra forma de entrar em contato com a senhora, como através do emprego do marido ou outra forma?

(1) Sim (2) Não

SE SIM: De que maneira?

---

31 – A Senhora poderia nos fornecer o endereço de outro parente, para o caso de nós precisarmos lhe encontrar?

\_\_\_\_\_

32 – Entrevistador:

\_\_\_\_\_

ENTREVIST \_\_ \_\_

33 – Hora da entrevista: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

HORAENT \_\_\_\_ . \_\_\_\_

34 – Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO  
AVALIAÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL**

**Declaração de Concordância**

O abaixo assinado, pai ou mãe da criança \_\_\_\_\_  
concorda em participar do estudo "Avaliação da Saúde Materno-Infantil",  
estando plenamente ciente e de acordo com as seguintes premissas:

1. Sua participação no estudo incluirá visitas periódicas durante os primeiros seis meses de vida, a serem realizados quando a criança tiver um, três e seis meses de vida.
2. Nestas visitas, a mãe responderá a um breve questionário sobre saúde e alimentação da criança.
3. A participação das famílias é totalmente gratuita.
4. Todas as informações fornecidas à equipe do estudo serão estritamente confidenciais, e as crianças e suas mães serão identificadas através de um número de série.
5. A família tem pleno direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, bastando para isto, comunicar esta decisão à equipe de entrevistadores.
6. A equipe de supervisão do estudo coloca-se à disposição das famílias, para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

De acordo

Nome:

Assinatura:

\_\_\_\_\_  
Mirian Barcellos da Silva - CRM 12390

\_\_\_\_\_  
Valéria Tejada Neutzling - CRM 25250

\_\_\_\_\_  
Maria Laura Mascarenhas - CRM 12813

Telefone para contato: 284 8323

## **ARTIGO CIENTÍFICO**

- A ser submetido ao Jornal de Pediatria
- Formatado conforme as normas de publicação da revista

## **Impacto do apoio à amamentação sobre o padrão alimentar dos bebês nascidos na cidade de Pelotas/RS**

## **Impact of breastfeeding promotion on feeding practices in babies born in the city of Pelotas, RS**

### **Impacto do apoio à amamentação**

Mirian B.da Silva<sup>1</sup>  
Elaine P. Albernaz<sup>2</sup>  
Maria L. W. Mascarenhas<sup>3</sup>  
Regina B.da Silveira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professora Assistente, Núcleo de Pediatria,  
Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), Pelotas, RS  
mirian.barcellos@superig.com.br  
Currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq  
Autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

<sup>2</sup>Doutora em Epidemiologia,  
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)  
Professora Adjunta, Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento-UCPEL  
albernaz\_e@yahoo.com.br  
Currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq  
Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

<sup>3</sup>Professora Assistente, Núcleo de Pediatria,  
UCPEL, Pelotas, RS  
malaura.m@terra.com.br  
Currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq  
Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

<sup>4</sup>Mestre em Saúde e Comportamento  
UCPEL, Pelotas, RS  
reginadasilveira@yahoo.com.br  
Currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq  
Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

Mestrado em Saúde e Comportamento  
Programa de Pós-Graduação.  
Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil

Correspondência:  
Mírian Barcellos da Silva  
Rua Almirante Barroso, 3091, apt° 202  
96010-280- Centro- Pelotas- RS- Brasil  
e-mail: mirian.barcellos@superig.com.br  
Telefone: 053 91222839

Total de palavras do texto: 2982

Total de palavras do resumo e do abstract: 210 e 198, respectivamente

Número de tabelas e figuras: 7 tabelas e 1 figura

## Resumo

**Objetivos:** Medir os índices de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida e comparar o padrão alimentar das crianças nascidas no hospital que adota a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com os demais hospitais da cidade.

**Métodos:** Estudo quase-experimental, aninhado a uma coorte. Foram selecionados, aleatoriamente, 973 pares mãe-bebê para o acompanhamento domiciliar a partir de uma amostra inicial de 2741 mães (triagem hospitalar).

**Resultados:** Nascer em hospitais que não adotam a Iniciativa Hospital Amigo da criança, aumentou o risco das mães não terem sido incentivadas para o aleitamento materno, dos bebês não mamarem na primeira hora e receberem chupeta e chá, no hospital. A prevalência de aleitamento exclusivo com um mês foi de 60%. As crianças nascidas no hospital que adota a Iniciativa Hospital Amigo da Criança tiveram maior índice de aleitamento exclusivo com um mês e o uso de chupeta mostrou uma associação negativa com o desfecho.

**Conclusões:** A intervenção foi positiva e, provavelmente, o impacto seria maior, se a implantação dos “dez passos” já fosse total, na fase da coleta de dados. O incentivo ao aleitamento materno deve continuar, após a alta, através da formação de grupos de aconselhamento às mães.

**Descritores:** Iniciativa Hospital Amigo da Criança; aleitamento materno exclusivo; promoção de aleitamento materno

**Abstract**

**Objectives:** To measure exclusive breastfeeding indexes in the first month of life and compare the feeding practices of children born in hospital which adopts the Baby Friendly Hospital Initiative, with the other hospitals of the city.

**Methods:** Quasi-experimental study, nested in a cohort. 973 mother-baby pairs were randomly chosen for home follow-up from an initial sample of 2741 mothers (hospital screening).

**Results:** Being born in hospitals which did not adopt the Baby Friendly Hospital Initiative has increased the risk of having mothers who were not stimulated to breastfeed, of babies not suckling in the first hour and received pacifier and tea at the hospital. The prevalence of one-month exclusive breastfeeding was of 60%. Children born in hospital which adopts Baby Friendly Hospital Initiative had a larger rate of one-month exclusive breastfeeding and the use of pacifier has shown a negative association with the outcome.

**Conclusions:** The intervention was positive and, probably, the impact would be bigger if the implementation of “ten steps” were total during the data collection phase. The breastfeeding promotion efforts should continue after the patient is released through the formation of counseling groups to the mothers.

**Keywords:** Baby Friendly Hospital Initiative; exclusive breastfeeding; breastfeeding promotion

## Introdução

Apesar do reconhecimento da importância do aleitamento, os índices de aleitamento exclusivo (AME) ainda são baixos e a duração do aleitamento é insatisfatória na maioria dos países(1).

Até os seis meses de idade, o leite materno supre as necessidades protéicas e calóricas do bebê, não havendo necessidade de complementação. Após os seis meses, até os dois anos ou mais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica a manutenção do aleitamento, acompanhado de alimentação complementar(2).

Além de fornecer total nutrição para o bebê, o leite materno é de fácil digestibilidade e transmite anticorpos, garantindo proteção contra diarreia(3-5), infecções respiratórias(4-6) e manifestações atópicas(3), além de fortalecer o vínculo afetivo mãe-bebê(7,8).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) não recomendam o uso de chupeta ou outros fluídos não nutritivos, por interferirem na duração do aleitamento(9-11) e diminuírem seu efeito protetor(5,12).

Um estudo ecológico, realizado na América Latina e Caribe, evidenciou que 55% dos óbitos infantis por doença diarreica e respiratória seriam preveníveis se houvesse AME nos primeiros três meses de idade e aleitamento parcial até o primeiro ano de vida(13).

Outro estudo mostrou que crianças que não receberam leite materno tiveram um risco 14 vezes maior de morrer por diarreia, quando comparadas a crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente(4).

César et al.(6) demonstraram que crianças não amamentadas no primeiro ano vida tiveram um risco de hospitalização por pneumonia 17 vezes maior do que aquelas em AME. O risco aumentou para 61 vezes nas crianças não amamentadas abaixo dos três meses, mostrando uma maior proteção nos primeiros meses.

Devido aos benefícios do aleitamento, a OMS e o UNICEF emitiram uma declaração, visando sua promoção: os “dez passos para o sucesso da amamentação”. Como estratégia para implementar os dez passos, desenvolveu-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. O Brasil está entre os doze primeiros países a adotar essa conduta(14,15).

Pelotas, com cerca de 350.000 habitantes, foi recentemente contemplada com o primeiro Hospital Amigo da Criança da cidade (o Hospital Universitário São Francisco de Paula - HUSFP).

Este estudo avalia o impacto da implantação dos “dez passos para o sucesso da amamentação”, no HUSFP, nas taxas de AME no primeiro mês de vida dos bebês, comparando com os índices de amamentação das crianças nascidas nos demais hospitais da cidade.

## **Métodos**

Esse estudo com delineamento quase-experimental está inserido em uma coorte que avaliou vários desfechos e contou com dois componentes: perinatal (triagem hospitalar) e acompanhamento (visitas domiciliares com um, três e seis meses).

Para o componente perinatal, foram entrevistadas mães de crianças que nasceram em todas as maternidades de Pelotas, de setembro de 2002 a maio de 2003, estimando-se a ocorrência de 400 partos/mês.

Para os objetivos deste estudo, foram utilizadas informações do componente perinatal e de acompanhamento de um mês. Foi selecionada, aleatoriamente, uma amostra de aproximadamente 30% das mães entrevistadas no perinatal, através do pacote estatístico SPSS, para visita domiciliar, aos trinta dias de vida do bebê.

O projeto foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e Fundação de Apoio Universitário, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas. As mães incluídas no estudo, após devidamente esclarecidas, assinaram termo de consentimento.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando-se um risco relativo de 2,0, para os possíveis desfechos; acrescentou-se 15% para possíveis perdas e controle de fatores de confusão. Com isso, a amostra necessária foi de 600 pares mãe-bebê, mas como o estudo fazia parte de uma coorte que contemplava outros desfechos, a amostra final foi de 973 pares mãe-bebê.

Foram elegíveis os recém-nascidos cujas mães residissem na zona urbana da cidade de Pelotas e que não apresentassem problemas que contra-indicassem a amamentação, como malformações congênitas graves e soro positividade materna para HIV.

As mães incluídas responderam a questionários padronizados e acompanhados de manuais de instruções.

O controle de qualidade foi realizado através da aplicação de questionário sintetizado a uma amostra aleatória de 10% da população estudada.

Foram consideradas perdas as mães que não foram localizadas ou recusaram-se a participar ou a continuar no estudo.

As categorias de aleitamento utilizadas foram as preconizadas pela OMS. Foram consideradas em AME as crianças que recebiam leite materno como única fonte de alimentação e hidratação; em aleitamento predominante as que recebiam, além do leite materno, água, chá ou sucos e, em aleitamento materno, aquelas que recebiam qualquer quantidade diária de leite materno, independente de estarem recebendo ou não outros alimentos(16).

As variáveis utilizadas foram: renda familiar, escolaridade e idade dos pais, cor materna, primiparidade, tabagismo na gravidez, trabalho materno, tipo de parto, sexo do recém-nascido, número de consultas pré-natal, tempo de gestação, peso do recém-nascido, parto em hospital IHAC e uso de chupeta.

Para a entrada de dados utilizou-se o programa Epi Info 6.0, com dupla digitação e posterior limpeza dos dados. Para a análise, foi utilizado o pacote estatístico SPSS for Windows, com cálculo das frequências das variáveis, análise bivariada e multivariada. A análise multivariada, por regressão logística, foi processada conforme o modelo hierárquico construído (Figura 1), com base na revisão de literatura. Assim, os fatores socioeconômicos situados no primeiro nível puderam influenciar as outras variáveis, excetuando-se as demográficas. No

segundo nível, estão as características maternas; no terceiro, as do bebê e, no quarto, os fatores pós-natais, que poderão exercer uma influência direta sobre o desfecho.

Foi usado o nível de significância  $p \leq 0,05$  e mantidas no modelo as variáveis com um  $p \leq 0,20$ , em cada nível, por serem consideradas fatores de confusão em potencial.

## **Resultados**

Ocorreram 3449 nascimentos; 81% (2799) eram bebês cujas mães residiam na cidade de Pelotas. Das 2799 crianças, 29 nasceram no domicílio, mas foram incluídas, pois receberam atendimento hospitalar após o parto. Dez pacientes tiveram alta antecipada e 26 apresentaram soro positividade para HIV, sendo excluídas. Quatorze mães (0,4%) não aceitaram participar do estudo e oito recusaram devido ao óbito precoce dos bebês. A população final entrevistada no hospital foi de 2741, representando 98% da população-alvo.

Foram selecionados, aleatoriamente, 973 pares mãe-bebê para o acompanhamento domiciliar. No acompanhamento de um mês, foram realizadas 951 visitas, totalizando 2,3% entre perdas e exclusões: 12 óbitos após a alta hospitalar; três não foram localizados; dois mudaram de cidade e cinco foram excluídos (um por soro positividade materna para HIV, com diagnóstico tardio; dois por doença mental materna e dois por adoção). A população final representou 98% da amostra objetivada.

A Tabela 1 apresenta as características da população. Observa-se que a amostra obtida para o componente de acompanhamento foi representativa da população inicial.

A renda familiar de 68% da população foi de, no máximo, três salários mínimos. Um terço dos pais tinha nove ou mais anos de escolaridade e, a maioria deles, entre 20 e 34 anos. O grau de escolaridade das mães foi semelhante ao dos pais e cerca de 67% delas tinha entre 20 e 34 anos. De cada quatro mães, uma fumou durante a gestação e 39% teve parto cesário. Aproximadamente 76% fez seis ou mais consultas de pré-natal. A taxa de prematuridade foi de 12% e baixo peso esteve presente em 9% da amostra. Cerca de 22% das pacientes teve seu parto no hospital com IHAC.

A Tabela 2 mostra a distribuição da amostra conforme o hospital de nascimento. No hospital com IHAC, 76% da amostra recebia até três salários mínimos, enquanto 66% da população dos demais hospitais tinha essa renda. Constatou-se que a escolaridade dos pais era menor nas crianças nascidas no hospital com IHAC e houve diferenças significativas também para as variáveis: idade dos pais (os do hospital com IHAC eram mais jovens), cor materna e número de consultas pré-natal (menor número no hospital com IHAC). Nasceram também mais prematuros e bebês de baixo peso no hospital com IHAC em relação aos demais hospitais da cidade.

Para a Tabela 3, foram utilizadas informações do componente perinatal. Foram excluídos da análise os bebês que, por doença, estavam afastados das mães na primeira hora de vida ou até o momento da entrevista. Cerca de 50% dos bebês mamaram na primeira hora no hospital com IHAC e 32% nos demais. Para aqueles que nasceram em maternidades que não adotam a IHAC, o risco de não mamar na primeira hora aumentou em 42%. Evidenciou-se que não mamar na primeira hora aumentou o risco de não mamar exclusivamente ao seio com um mês de vida (RR=1,24, p=0,01; dado não apresentado em tabela).

Nos hospitais sem IHAC, 67% das mães levaram chupeta para a maternidade. Os bebês nascidos nestas maternidades tiveram um risco 81% maior de receber chupeta antes da alta hospitalar e, quanto ao uso do chá, o risco foi quase 5 vezes maior.

Na Tabela 4, encontram-se as variáveis relacionadas aos passos 3, 4 e 5 para o sucesso do aleitamento materno, por hospital de nascimento. As informações foram obtidas no acompanhamento de um mês. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os hospitais, quanto a problemas relacionados à amamentação. Constatou-se que, da amostra total de 951 mães, 37% teve problemas, sendo a fissura mamária o mais encontrado. Pode-se observar que, em 70% dos nascimentos em hospital com IHAC, as mães foram orientadas sobre as dificuldades com a amamentação, e 72% receberam auxílio da equipe; esse percentual caiu para 43% quando os nascimentos ocorreram nos demais hospitais da cidade.

No hospital com IHAC, mais da metade das mães foi orientada sobre a retirada manual do leite materno; nos restantes, menos de um quarto recebeu orientação. Pode-se constatar que, nos hospitais que não adotam a IHAC, o risco da mãe não ter sido orientada no hospital sobre como dar o leite materno, quando houvesse necessidade de se afastar do bebê, aumentou em 45%.

Aproximadamente três em cada quatro mães que tiveram filhos em hospital com IHAC relataram que o apoio hospitalar as influenciou para o aleitamento materno e menos da metade delas, nos demais hospitais.

A Tabela 5 mostra os fatores associados ao AME no primeiro mês de vida. A prevalência de AME foi de 60%. Apenas o uso de chupeta mostrou associação estatisticamente significativa: quem usou, teve um risco 71% maior de não estar em AME. As crianças nascidas

em hospital com IHAC tiveram maior índice de AME; porém essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ( $p=0,08$ ). Observou-se que, para as mães com problemas para amamentar, o risco do bebê não mamar exclusivamente ao seio, com um mês, aumentou em 31% ( $p<0,001$ , dado não apresentado na Tabela).

A análise multivariada encontra-se na Tabela 6 e incluiu todas as variáveis associadas ao desfecho, com valor de  $p \leq 0,20$ , conforme a análise bivariada (apresentada na Tabela 5). As variáveis que, na Tabela 2, tiveram um  $p \leq 0,20$ , foram também para análise multivariada, em razão das diferenças encontradas entre as populações dos hospitais. Inicialmente, incluiu-se renda familiar, escolaridade e idade paternas, escolaridade e idade maternas, cor materna e sexo do recém-nascido. A renda familiar, bem como a escolaridade e idade maternas, apresentaram uma associação com  $p > 0,20$ , sendo retiradas dos modelos seguintes.

Para análise das variáveis do segundo nível, incluiu-se tabagismo na gravidez, trabalho materno, tipo de parto e número de consultas de pré-natal. Nenhuma delas esteve associada de forma estatisticamente significativa ao desfecho, mas, com exceção da variável tipo de parto, permaneceram no modelo por apresentarem  $p \leq 0,20$ . No terceiro nível, foram incluídas as variáveis tempo de gestação e peso do recém-nascido; essa última permaneceu no modelo. No quarto nível, foram analisadas as questões quanto ao uso de chupeta e a IHAC. Somente a primeira mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho ( $p < 0,001$ ), enquanto nascer em hospital com IHAC mostrou uma tendência positiva (valor de  $p$  próximo ao limite de significância).

A Tabela 7 mostra o padrão alimentar, no primeiro mês, nos hospitais com e sem IHAC, não havendo diferença estatisticamente significativa nas associações avaliadas.

## Discussão

A IHAC tem sido responsável por mudanças expressivas nas taxas de iniciação da amamentação, bem como sua exclusividade e duração(17). Muitos esforços tem sido feitos para a implantação desse programa no maior número possível de hospitais, já que estudos têm comprovado sua eficiência(18). Para isso, é necessário que se cumpram os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” na íntegra, pois cada um deles tem fundamentação específica(19). Isso é ainda mais relevante nos países em desenvolvimento, pois o AME contribui para reduzir a morbimortalidade infantil(3-5,14).

Um dos hospitais incluídos no estudo estava em processo para obtenção do título de Hospital Amigo da Criança e adotara parcialmente a IHAC no momento da coleta de dados. Somente após o período da triagem, este passou a cumprir todos os “dez passos”, tendo recebido o título posteriormente. O sétimo passo foi o último a ser cumprido, pois apesar de se praticar o alojamento conjunto, o contato precoce mãe-bebê, em caso de parto cesáreo, não era realizado, retardando a primeira mamada e separando mãe-bebê por algumas horas. Esta foi uma das principais limitações do estudo. É possível que a prevalência de AME, na população deste hospital, seja maior agora; porém não há dados disponíveis para verificar essa hipótese, embora os resultados mostrassem esta tendência.

Outra constatação, que igualmente poderia ter influenciado os índices de AME no primeiro mês, é o fato de que as populações dos hospitais apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quanto à distribuição de algumas variáveis, como socioeconômicas, demográficas, número de consultas pré-natal, peso de nascimento e idade gestacional. A população do hospital com IHAC apresentou os piores índices, até mesmo por ser centro de referência de gestação de alto risco.

A literatura demonstra uma associação entre o uso de chupeta e uma menor duração do aleitamento(9-11). Neste estudo, a prevalência encontrada com um mês, foi de 56%, semelhante a observada por Barros et al.(10) em Guarujá, SP (54,8%) e menor do que a encontrada por Victora et al.(11) em Pelotas, RS (85%). As crianças que nasceram em hospitais sem IHAC, tiveram um risco elevado de receber chupeta e chá, mesmo antes da alta hospitalar. Em relação ao uso de chupeta, chá ou outros fluídos não nutritivos, além de favorecerem o desmame precoce, predispõem o aparecimento de diarreia(5), pelo risco de contaminação a que ficam expostos.

Embora as diferenças encontradas entre os hospitais, quanto ao uso de chupeta e chá, sejam significativas, o fator cultural ainda dificulta a implantação dos passos 6 e 9. É necessário suporte continuado para reduzir essas práticas. Uma constatação importante é que, apesar de 57% das mães terem levado chupeta para o hospital com IHAC, somente 16% dos bebês fez uso, mostrando a importância de proibir o uso de chupeta nas maternidades (passo 9).

Em relação a problemas para amamentar, independente do hospital e orientações recebidas, fissura mamária foi o mais encontrado. Muitas mães também tiveram engurgitamento mamário e demora na descida do leite. Estes achados comprovam a importância da orientação, não só no pré-natal e pós-parto imediato, mas também após a alta hospitalar (passo 10), quando as mães apresentam essas intercorrências. Isto é realizado através do estabelecimento de uma rede de aconselhamento e acompanhamento às mães(18,20-23). É necessário que haja uma estrutura que forneça, portanto, soluções para os problemas que as mães venham a encontrar concretamente durante a amamentação. Quando avaliado o suporte oferecido às mães, os resultados foram positivos no hospital com IHAC.

Quanto à importância do aleitamento na primeira hora (passo 4), vários estudos têm demonstrado que o tempo transcorrido entre o nascimento e o momento da primeira mamada é

um marco decisivo na instalação, assim como um preditor do tempo de amamentação(20,24). Neste estudo, quem nasceu em hospital sem IHAC, teve menor chance de mamar na primeira hora e maior risco de não estar em AME com um mês, em relação às crianças nascidas no hospital com IHAC.

A prevalência de AME com um mês (60%) foi semelhante a encontrada em outros estudos(21,24). Quando avaliados por hospital de nascimento, aqueles que nasceram em hospital sem IHAC, tiveram um risco aumentado (19%) de não estar em aleitamento exclusivo com um mês. Embora sem significância estatística, a tendência positiva observada, com um maior índice de amamentação exclusiva, nos nascimentos ocorridos em hospital com IHAC, é consistente com a literatura científica(25).

O fumo na gestação é um importante fator de risco para o nascimento de bebês com baixo peso, bem como para menor ocorrência de aleitamento materno(26). Nesta pesquisa, um número expressivo de mulheres (26%) fumou durante a gravidez. Comparando com estudos de 1982 e 1993, na mesma cidade(27), houve uma discreta redução no consumo do tabaco na gestação (35,7% e 33,5%, respectivamente). Isso demonstra que houve uma mudança no hábito de fumar, nos últimos dez anos, porém com valores ainda muito elevados, evidenciando a necessidade de esforços para reduzir esses valores considerados altos e prejudiciais à prática da amamentação e a saúde das mães e bebês.

Cabe enfatizar que a idade e a escolaridade do pai exerceram influência sobre o AME no primeiro mês, pois permaneceram no modelo hierárquico, mesmo após terem sido ajustadas para os possíveis fatores de confusão. Embora sem significância estatística, observou-se uma concordância com outros estudos científicos(28), o que reforça a importância de se valorizar e analisar os fatores paternos quando se avalia amamentação.

Os resultados mostraram que a intervenção foi positiva e que, provavelmente, eles seriam mais promissores, se a implantação dos “dez passos” fosse total, por ocasião da coleta de dados. Vários estudos têm comprovado que o incentivo e o apoio à amamentação elevam as taxas de AME(29). Quanto mais contínua a intervenção, maior o impacto e este suporte ao AME deve iniciar durante o pré-natal, continuar nas maternidades, por ocasião do nascimento, com seguimento através da formação de grupos de aconselhamento. A expansão da IHAC, principalmente nos países em desenvolvimento, contribuirá positivamente para reduzir a morbimortalidade infantil.

## Referências Bibliográficas

1. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). The state at the world's children 2002: leadership. [http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_sowc02\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc02_en.pdf)  
Acessado: 12/12/2003.
2. World Health Organization. Infant and young child nutrition: global strategy on infant and young child feeding. Geneva, 2002. (Fifty-fifth World Health Assembly; A55/15)
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285(4):413-20.
4. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987;2(8554):319-22.
5. Brown KH, Black RE, Lopez de Romaña G, Creed de Kanashiro H. Infant-feeding and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*. 1989;83(1):31-40.
6. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999;318:1316-20.
7. Zavaschi MLS, Costa F, Lorenzon SF, Michellon MN. Promoção da saúde mental da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.100-8.
8. Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1999; 13(2):144-57.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. 1999;103(3):e33.

10. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995;95(4):497-9.
11. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99:445-53.
12. Victora CG, Smith PG, Vaughan P, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, et al.. Infant feeding and deaths due to diarrhea. *Am J Epidemiol*. 1989;129(5):1032-41.
13. Betrán AP, de Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*. 2001;323:1-5.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil. Brasília; 1996.
15. Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte). *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(4):319-24.
16. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Ginebra, 1991 (OMS/CED/SER/91, 14).
17. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: IHAC. *J Pediatr (Rio de J)*. 1996;72(6):363-8.
18. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*. 1996;23(3):154-60.
19. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, 1998.
- 20 Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial{see comments}. *Lancet*. 2000;356(9242):1643-7.

21. Barros FC, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr.* 1995;84(11):1221-6.
22. Albernaz E, Victora CG, Haisma H, Wright A, Coward WA. Lactation counseling increases breast-feeding duration but not breast milk intake as measured by isotopic methods. *J Nutr.* 2003;133:205-10.
23. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet.* 1999;353(9160):1226-31.
24. Alikasifoglu M, Erginoz E, Gur ET, Baltas Z, Beken B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of turkish womem. *J Hum Lact.* 2001;17(3):220-6
25. Pérez A, Valdes V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results an intervention study. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:2039-45.
26. Leung GM, Ho LM, Lam TH. Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breast feeding. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2002;16(3):236-45.
27. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1982 e 1993. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(3):247-53.
28. Nichols S, Dillon-Remy M, Thomas-Murray T, Baker N. Socio-demographic and health system factors in relation to exclusive breast-feeding in Tobago. *West Indian Med J.* 2002;51(2):89-92.
29. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14(1):17-24.

## FIGURA 1 – MODELO TEÓRICO DA ANÁLISE HIERARQUIZADA

---

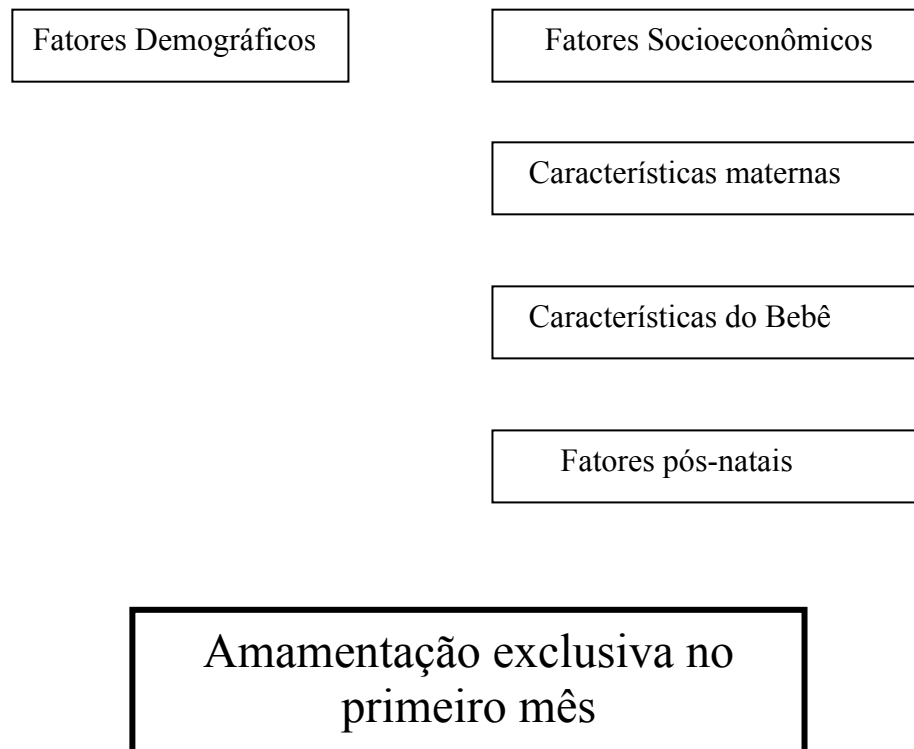


Tabela 1 – Distribuição da amostra conforme características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas. Pelotas-RS, 2003.

Variável	Componente perinatal		Acompanhamento		p valor
	N	%	N	%	
Renda familiar*					
< 1	262	9,6	84	8,6	0,75
1 – 3	1.637	59,7	577	59,3	
3,1 – 6	532	19,4	194	19,9	
> 6	310	11,3	118	12,1	
Escolaridade paterna†					
0 – 4	468	17,1	166	17,1	0,73
5 – 8	1.213	44,3	437	44,9	
≥ 9	883	32,2	317	32,6	
ignorada	177	6,5	53	5,4	
Idade paterna†					
< 20	184	6,7	61	6,3	0,17
20 – 34	1.825	66,6	622	63,9	
≥ 35	732	26,7	290	29,8	
Escolaridade materna†					
0 – 4	532	19,4	182	18,7	0,40
5 – 8	1.183	43,2	403	41,4	
≥ 9	1.026	37,4	388	39,9	
Cor materna					
branca	2.040	74,4	713	73,3	0,48
não branca	701	25,6	260	26,7	
Idade materna†					
< 20	558	20,4	181	18,6	0,35
20 – 34	1.815	66,2	648	66,6	
≥ 35	368	13,4	144	14,8	
Primiparidade					
sim	1.170	42,7	396	40,7	0,28
não	1.571	57,3	577	59,3	
Tabagismo na gravidez					
sim	643	23,5	248	25,5	0,20
não	2.098	76,5	725	74,5	
Trabalho materno					
sim	887	32,4	335	34,4	0,24
não	1.854	67,6	638	65,6	
Tipo de parto					
normal	1.685	61,5	593	60,9	0,77
cesariana	1.056	38,5	380	39,1	
Sexo do RN					
masculino	1.379	50,3	498	51,2	0,64
feminino	1.362	49,7	475	48,8	
Nº de consultas pré-natal					
0 – 5	627	22,9	231	23,7	0,58
≥ 6	2.114	77,1	742	76,3	
Tempo de gestação					
< 37 semanas	338	12,3	121	12,4	0,93
≥ 37 semanas	2.403	87,7	852	87,6	
Peso do RN					
< 2500g	226	8,2	87	8,9	0,50
≥ 2500g	2.515	91,8	886	91,1	
Parto em hospital IHAC‡					
sim	622	22,7	216	22,2	0,75
não	2.119	77,3	757	77,8	
Total	2.741	100	973	100	

\*Em salários mínimos

†Em anos completos

‡Hospital que adota Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Tabela 2 – Características demográficas, socioeconômicos e reprodutivas da população estudada em hospital IHAC\*, e demais hospitais da cidade. Pelotas-RS,2003.

Variável	IHAC		Outros hospitais		p valor
	N	%	N	%	
Renda familiar <sup>†</sup>					
< 1	17	7,9	67	8,9	< 0,01
1 – 3	148	68,5	429	56,7	
3,1 – 6	28	13,0	166	21,9	
> 6	23	10,6	95	12,5	
Escolaridade paterna <sup>‡</sup>					
≥ 9	55	25,5	262	34,6	0,04
5 – 8	103	47,7	334	44,1	
0 – 4	41	19,0	125	16,5	
ignorada	17	7,9	36	4,8	
Idade paterna <sup>‡</sup>					
< 20	22	10,2	39	5,2	0,02
20 – 34	127	58,8	495	65,4	
≥ 35	67	31,0	223	29,5	
Escolaridade materna <sup>‡</sup>					
≥ 9	70	32,4	318	42,0	<0,01
5 – 8	91	42,1	312	41,2	
0 – 4	55	25,5	127	16,8	
Cor materna					
não branca	69	31,9	191	25,2	0,05
branca	147	68,1	566	74,8	
Idade materna <sup>‡</sup>					
< 20	52	24,1	129	17,0	0,03
20 – 34	140	64,8	508	67,1	
≥ 35	24	11,1	120	15,9	
Primiparidade					
não	132	61,1	445	58,8	0,54
sim	84	38,9	312	41,2	
Tabagismo na gravidez					
não	161	74,5	564	74,5	0,99
sim	55	25,5	193	25,5	
Trabalho materno					
não	148	68,5	490	64,7	0,30
sim	68	31,5	267	35,3	
Tipo de parto					
normal	142	65,7	451	59,6	0,10
cesariana	74	34,3	306	40,4	
Sexo do RN					
masculino	109	50,5	389	51,4	0,81
feminino	107	49,5	368	48,6	
Nº de consultas pré-natal					
≥ 6	148	68,5	594	78,5	< 0,01
0 – 5	68	31,5	163	21,5	
Tempo de gestação					
≥ 37 semanas	178	82,4	674	89,0	< 0,01
< 37 semanas	38	17,6	83	11,0	
Peso do RN					
≥ 2500g	187	86,6	699	92,3	< 0,01
< 2500g	29	13,4	58	7,7	
Total	216	100	757	100	

\*Hospital que adota Iniciativa Hospital Amigo da Criança

†Em salários mínimos

‡Em anos completos

Tabela 3 – Diferenças observadas entre os hospitais com e sem IHAC em relação ao aleitamento na primeira hora de vida e ao uso de chupeta e chá no hospital. Pelotas-RS, 2003.

Variável	IHAC				RR (IC 95%)*	p valor
	N	Sim %	N	Não %		
Amamentação na 1ª hora						
sim	302	48,6	672	31,7	1,00	<0,001
não	265	42,6	1337	63,1	1,42 (1,30-1,56)	
bebês doentes†	55	8,8	110	5,2	—	
Trouxe chupeta para o hospital						
não	267	42,9	695	32,8	1,00	<0,001
sim	355	57,1	1424	67,2	1,18 (1,09-1,27)	
O bebê recebeu chupeta no hospital						
não	517	83,1	1476	69,7	1,00	<0,001
sim	101	16,2	621	29,3	1,81 (1,50-2,19)	
bebês doentes†	4	0,6	22	1,0	—	
O bebê recebeu chá no hospital						
não	614	98,7	2034	96,0	1,00	< 0,001‡
sim	4	0,6	63	3,0	4,64 (1,70-12,70)	
bebês doentes†	4	0,6	22	1,0	—	
Total	622	100	2119	100		

\*RR (IC 95%): risco relativo e intervalo de confiança de 95%

†Bebês afastados das mães por doença no pós-parto, excluídos da análise

‡Teste exato de Fisher

Tabela 4 – Apoio ao aleitamento materno e diferenças observadas entre os hospitais com e sem IHAC

Variável	IHAC				RR (IC 95%)*	p valor
	N	Sim %	N	Não %		
Problema para amamentar						
não	139	65,9	464	62,7	1,00	0,40
sim	72	34,1	276	37,3	1,09 (0,89-1,35)	
Orientações no hospital sobre dificuldades com a amamentação						
sim	148	70,1	318	43,0	1,00	< 0,001
não	63	29,9	422	57,0	1,91 (1,54-2,37)	
Auxílio da equipe hospitalar no início da amamentação						
sim	152	72,0	317	42,8	1,00	< 0,001
não	59	28,0	423	57,2	2,04 (1,63-2,56)	
Orientações no hospital sobre retirada manual do leite						
sim	116	55,0	170	23,0	1,00	< 0,001
não	95	45,0	570	77,0	1,71 (1,47-2,00)	
Orientações no hospital sobre como dar o leite materno na ausência da mãe						
sim	90	42,7	124	16,8	1,00	< 0,001
não	121	57,3	616	83,2	1,45 (1,29-1,64)	
O apoio hospitalar influenciou para o aleitamento materno						
sim	154	73,0	341	46,1	1,00	< 0,001
não	57	27,0	399	53,9	2,00 (1,58-2,52)	
Total	211	100	740	100		

\*RR (IC 95%): risco relativo e intervalo de confiança de 95%

Tabela 5 – Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida.

Variável	Aleitamento materno exclusivo					RR (IC 95%)*	p valor
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
<b>Renda familiar<sup>†</sup></b>							
< 1	46	8,0	37	9,8	1,00		0,41
1 – 3	334	58,3	225	59,5	0,90 (0,70-1,17)		
3,1 – 6	115	20,1	77	20,4	0,90 (0,67-1,21)		
> 6	78	13,6	39	10,3	0,75 (0,53-1,06)		
<b>Escolaridade materna<sup>‡</sup></b>							
≥ 9	200	34,9	106	28,0	1,00		0,06
5 – 8	252	44,0	179	47,4	1,20 (0,99-1,45)		
0 – 4	88	15,4	76	20,1	1,34 (1,07-1,68)		
ignorada	33	5,8	17	4,5	0,98 (0,65-1,49)		
<b>Idade materna<sup>‡</sup></b>							
≥ 35	183	31,9	101	26,7	1,00		0,23
20 – 34	356	62,1	252	66,7	1,17 (0,97-1,40)		
< 20	34	5,9	25	6,6	1,19 (0,85-1,67)		
<b>Escolaridade materna<sup>‡</sup></b>							
≥ 9	234	40,8	145	38,4	1,00		0,33
5 – 8	241	42,1	154	40,7	1,02 (0,85-1,22)		
0 – 4	98	17,1	79	20,9	1,17 (0,95-1,44)		
<b>Cor materna</b>							
não branca	162	28,3	93	24,6	1,00		0,21
branca	411	71,7	285	75,4	1,12 (0,93-1,35)		
<b>Idade materna<sup>‡</sup></b>							
≥ 35	82	14,3	60	15,9	1,00		0,43
20 – 34	390	68,1	242	64,0	0,91 (0,73-1,13)		
< 20	1 01	17,6	76	20,1	1,02 (0,79-1,31)		
<b>Primiparidade</b>							
não	348	60,7	215	56,9	1,00		0,24
sim	225	39,3	163	43,1	1,10 (0,94-1,29)		
<b>Tabagismo na gravidez</b>							
não	438	76,4	271	71,7	1,00		0,10
sim	135	23,6	107	28,3	1,16 (0,98-1,37)		
<b>Trabalho materno</b>							
não	529	92,3	340	89,9	1,00		0,20
sim	44	7,7	38	10,1	1,18 (0,92-1,52)		
<b>Tipo de parto</b>							
normal	358	62,5	225	59,5	1,00		0,36
cesariana	215	37,5	153	40,5	1,08 (0,92- 1,26)		
<b>Sexo do RN</b>							
masculino	306	53,4	184	48,7	1,00		0,15
feminino	267	46,6	194	51,3	1,12 (0,96-1,31)		
<b>Nº de consultas pré-natal</b>							
≥ 6	441	77,0	301	79,6	1,00		0,33
0 – 5	132	23,0	77	20,4	0,91 (0,75-1,11)		
<b>Tempo de gestação</b>							
≥ 37 semanas	509	88,8	332	87,8	1,00		0,64
< 37 semanas	64	11,2	46	12,2	1,06 (0,84-1,34)		
<b>Peso do RN</b>							
≥ 2500g	523	91,3	351	92,9	1,00		0,38
< 2500g	50	8,7	27	7,1	0,87 (0,64-1,20)		
<b>Parto em hospital IHAC<sup>§</sup></b>							
sim	138	24,1	73	19,3	1,00		0,08
não	435	75,9	305	80,7	1,19 (0,97-1,46)		
<b>Chupeta</b>							
não	298	52,0	118	31,2	1,00		< 0,001
sim	275	48,0	260	68,8	1,71 (1,44-2,04)		
<b>Total</b>	<b>573</b>	<b>100</b>	<b>378</b>	<b>100</b>			

\*(RR (IC 95%): risco relativo e intervalo de confiança de 95% de não mamar exclusivamente no primeiro mês

†Em salários mínimos

‡Em anos completos

§Hospital que adota Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Tabela 6- Análise multivariada dos fatores associados à ausência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, conforme modelo hierárquico. Pelotas-RS,2003.

Variável	ROb* (IC 95%)	ROa† (IC 95%)	p valor
Escolaridade paterna‡			
≥ 9	1,00	1,00	0,14
5 – 8	1,34 (0,99-1,82)	1,31 (0,94-1,83)	
0 – 4	1,63 (1,11-2,40)	1,63 (1,05-2,54)	
ignorada	0,97 (0,52-1,83)	1,05 (0,54-2,05)	
Idade paterna‡			
≥ 35	1,00	1,00	0,11
20 – 34	1,28(0,96-1,72)	1,45(1,03-2,05)	
< 20	1,33(0,75-2,36)	1,43(0,75-2,73)	
Cor materna‡			
não branca	1,00	1,00	0,08
branca	1,21 (0,90-1,62)	1,32 (0,97-1,80)	
Sexo do RN‡			
masculino	1,00	1,00	0,12
feminino	1,21 (0,93-1,57)	1,23 (0,94-1,60)	
Tabagismo na gravidez§			
não	1,00	1,00	0,10
sim	1,28 (0,95-1,72)	1,30 (0,95-1,77)	
Trabalho materno§			
não	1,00	1,00	0,13
sim	1,34(0,85-2,12)	1,43(0,90-2,29)	
Nº de consultas pré-natal§			
≥ 6	1,00	1,00	0,14
0 – 5	0,85 (0,62-1,17)	0,77 (0,54-1,09)	
Peso do RN			
≥ 2500g	1,00	1,00	0,13
< 2500g	0,80 (0,49-1,31)	0,65 (0,37-1,14)	
Parto em hospital IHAC**			
sim	1,00	1,00	0,07
não	1,33 (0,96-1,82)	1,37 (0,98-1,91)	
Chupeta**			
não	1,00	1,00	<0,001
sim	2,39 (1,82-3,14)	2,45 (1,86-3,24)	

\*razão de odds bruta e intervalo de confiança de 95% de não mamar exclusivamente no primeiro mês;

†razão de odds ajustada e intervalo de confiança de 95% de não mamar exclusivamente no primeiro mês;

‡Modelo 1: renda familiar, escolaridade dos pais, idade dos pais, cor materna e sexo do recém-nascido

§Modelo 2: escolaridade paterna, idade paterna, cor materna, sexo do recém-nascido, tabagismo na gravidez, trabalho materno, tipo de parto e número de consultas pré-natal;

||Modelo 3: escolaridade paterna, idade paterna, cor materna, sexo do recém-nascido, tabagismo na gravidez, trabalho materno, número de consultas pré-natal, tempo de gestação e peso do recém-nascido;

\*\*Modelo 4: escolaridade paterna, idade paterna, cor materna, sexo do recém-nascido, tabagismo na gravidez, trabalho materno número de consultas pré-natal, peso do recém-nascido, parto em hospital IHAC e uso do bico.

Tabela 7 – Padrão alimentar no primeiro mês, nos hospitais com e sem IHAC\*

Variável	IHAC				
	N	Sim	%	N	Não
Aleitamento materno exclusivo	138		65,4	435	58,8
Aleitamento materno predominante	27		12,8	128	17,3
Aleitamento materno	24		11,4	108	14,6
Desmame	22		10,4	69	9,3
Total	211		100	740	100

\*Hospital que adota Iniciativa Hospital Amigo da Criança