

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE

**INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO  
À AMAMENTAÇÃO EM MATERNIDADES NA  
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DO BEBÊ**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

AGNES MEIRE BRANCO LERIA BIZON

Porto Alegre, Brasil.

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE

**INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO  
À AMAMENTAÇÃO EM MATERNIDADES NA  
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DO BEBÊ**

AGNES MEIRE BRANCO LERIA BIZON

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elsa Regina Justo Giugliani**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Camila Giugliani**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2018

#### CIP - Catalogação na Publicação

Bizon, Agnes Meire Branco Leria  
INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO À  
AMAMENTAÇÃO EM MATERNIDADES NA PREVALÊNCIA DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS DE  
VIDA DO BEBÊ / Agnes Meire Branco Leria Bizon. --  
2018.

128 f.

Orientador: Elsa Regina Justo Giugliani.

Coorientador: Camila Giugliani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,  
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Amamentação. 2. Saúde materno-infantil. 3.  
Recém-nascido. I. Giugliani, Elsa Regina Justo,  
orient. II. Giugliani, Camila, coorient. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

27 / 02 / 2018

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Dr<sup>a</sup> Fernanda Ramos Monteiro

Ministério da Saúde - Coord. da Política Nacional de Aleitamento Materno

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lilian Córdova do Espírito Santo

Departamento de Enfermagem Materno Infantil/ Escola de Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia dos Santos Silveira

Departamento de Pediatria e Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e  
do Adolescente - PPGSA  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

*Às minhas filhas, Beatriz e Carolina, que me ensinaram o verdadeiro sentido da vida... E ao meu amor, José Márcio, que me encorajou a ir em busca desse sonho...*

## AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado essa dádiva, a vida! E por todas as bênçãos recebidas.

À Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani, que com muita sabedoria e dedicação conduziu meu aprendizado, a qual tenho imenso carinho e admiração. Muito obrigada Dra. Elsa, por me receber como sua orientanda e despertar em mim uma nova maneira de ver a vida acadêmica e seus desafios. Seu profissionalismo e ética incontestáveis, com certeza são exemplos a serem seguidos.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Camila Giugliani, que com seu jeito doce e delicado soube conduzir nossa pesquisa e ser ombro amigo nos momentos em que precisamos. Muito obrigada Camila, por todo conhecimento compartilhado e por ser fonte de inspiração, pois conduz de forma admirável sua vida profissional e a maternidade.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pela oportunidade de me tornar mestre em uma instituição de referência e reconhecimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por me conceder uma bolsa de estudos e viabilizar a realização desse sonho.

Às mães, que mesmo na simplicidade de seus lares, na educação muitas vezes restrita, tornaram essa pesquisa possível e com as quais aprendi lições de vida que ficarão registradas em minha memória.

Às colegas do grupo de pesquisa, Juliana Castro Ávilla, Andréa Francis Kroll de Senna, Rosane Baldissera e Ana Cláudia Magnus Martins. Obrigada pelas vitórias que alcançamos juntas e pelo aprendizado compartilhado.

Agradeço especialmente à Juliana, que esteve comigo durante toda a trajetória do mestrado... Dividindo angústias e claro, alegrias e realizações... Você se tornou uma grande amiga!

Às entrevistadoras da pesquisa, Maiara, Patrícia, Gabriela, Aline, Simone, Bianca, Tamires e Ilana pela dedicação à coleta de dados, que mesmo diante de tantas adversidades enfrentadas, se mantiveram firmes e deram o melhor de si para que esse trabalho acontecesse.

À Stela Castro, pela paciência com que conduziu as análises estatísticas e pela contribuição para a realização deste trabalho.

À Ceres, com quem compartilhei várias tardes de aprendizado e rizadas. Seus ensinamentos em estatística foram fundamentais para essa conquista.

À querida Silvia Zanetti, minha “*teacher*”, pelas agradáveis aulas de inglês, pela revisão dos resumos e pela linda amizade construída.

À Lilian Córdova do Espírito Santo, à Fernanda Monteiro e à Rita de Cássia Silveira, profissionais que ainda não conheço pessoalmente, mas tenho imensa admiração. Obrigada por aceitarem ser banca de examinação da defesa deste trabalho.

Aos meus pais, Circe e Mauro, pelo amor em cada dia de minha trajetória. Pelo esforço dedicado à minha formação e pelos valores pessoais que norteiam minha caminhada.

À minha cunhada Ana Cecília, a irmã que meu casamento me deu. Um exemplo de dedicação e amor à família. Obrigada pela excelente revisão de português!

A toda a minha família e amigos que sempre me apoiaram e torceram por mim. Em especial à família “postiça” que o RS nos deu: Luciana, Murilo, Giovanna e Gabriela, com certeza a amizade de vocês faz nossos dias mais felizes.

À minha prima Polyana, com quem passei minha infância, adolescência e, apesar da distância, continua ao meu lado, sempre! E à minha amiga Talitha, uma pessoa muito especial para mim.

Às minhas filhas, Bia e Carol, pela compreensão em tantos momentos de ausência, pela pureza e grandeza com que me ensinam uma nova lição a cada dia, pelo simples abraço, que me faz me sentir no melhor lugar do mundo, por despertarem em mim um amor que jamais imaginei existir...

E por último, ao meu esposo, José Márcio, meu maior incentivador! Você acreditou em mim quando nem eu mesma acreditava... Essa conquista também é sua, meu amor!

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.*

*Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

Madre Teresa de Calcutá



## RESUMO

Apesar das evidências sobre o impacto positivo da amamentação exclusiva na saúde da criança e da mãe, sua prevalência é preocupante, pois mesmo sendo um poderoso comportamento de promoção de saúde ainda é pouco adotada. Diante desse cenário, fica evidente a necessidade de se intensificar esforços em prol da amamentação exclusiva e identificar estratégias para tal. Algumas práticas de incentivo à amamentação nas maternidades se associam ao aumento na duração da amamentação e existe uma relação dose-resposta entre o número de práticas às quais as duplas mãe-bebê são expostas e a duração da amamentação exclusiva. Porém, não há estudos que tenham avaliado o efeito de um conjunto de práticas pró-amamentação em maternidades nas prevalências de amamentação exclusiva. A ideia do presente estudo nasceu a partir do conhecimento desta lacuna, tendo como objetivo avaliar a associação entre o conjunto dessas práticas e a prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do bebê, levando em consideração a contribuição de cada uma das práticas nesse efeito. Trata-se de um estudo transversal envolvendo 287 mulheres que tiveram parto em duas maternidades em Porto Alegre, Brasil: uma pública, com certificação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e outra privada, sem certificação nessa Iniciativa. Foram selecionadas aleatoriamente mulheres que tiveram recém-nascidos a termo, não gemelares e sem intercorrências neonatais. Após 30 dias do parto, elas foram entrevistadas em seus domicílios. As práticas avaliadas foram: contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, alojamento conjunto ininterrupto, apoio profissional na amamentação, orientações sobre amamentação, incentivo à amamentação em livre demanda, não suplementação com fórmula infantil e não uso de chupeta. Foi elaborada uma variável latente, que resume em uma única medida os resultados dessas práticas, denominada escore de práticas pró-amamentação, através do ajuste de um modelo da Teoria de Resposta ao Item (TRI), o Modelo Logístico de Dois Parâmetros, que permite que cada prática tenha seu parâmetro de discriminação e dificuldade estimados individualmente. A associação entre amamentação exclusiva aos 30 dias de vida e o escore de práticas pró-aleitamento foi verificada por meio de regressão de Poisson com variância robusta, sendo estimada razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Como resultados, encontramos prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida da criança de 61,7%. As práticas com maior capacidade de discriminação, ou seja, que mais contribuíram na estimativa do escore foram: apoio profissional para amamentar, orientações sobre amamentação e incentivo à livre demanda. Já as práticas mais difíceis foram: recém-nascido

colocado para mamar na 1ª hora de vida, incentivo à livre demanda e não uso de fórmula infantil. A análise multivariável estimou que a cada unidade (desvio padrão) de acréscimo no escore há um aumento de 20% na prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida. Concluímos que a associação entre prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do bebê e o escore de práticas pró-amamentação nas maternidades aponta para a importância do conjunto dessas práticas para a melhoria dos indicadores de aleitamento materno.

**Descritores:** Aleitamento materno. Saúde materno-infantil. Assistência perinatal. Recém-nascido. Maternidades.

## ABSTRACT

Despite the evidences on the positive impact of exclusive breastfeeding on the health of the child and mother, this prevalence is worrying, because, even being a powerful behavior of health promotion, is still little adopted. Given this scenario, it is evident the need of intensifying efforts to promote exclusive breastfeeding and identify its strategies. Some practices of incentive to breastfeeding in maternity hospitals are associated with increased duration of breastfeeding and there is a dose-response relationship between the number of practices to which mother-baby pairs are exposed and the duration of exclusive breastfeeding. However, there are no studies that have evaluated the effect of a set of practices of encouragement and support to breastfeeding in the prevalence of exclusive breastfeeding. The idea of this study was born from the knowledge of this lack, being its goal to evaluate the association between a set of pro-breastfeeding practices in maternity hospitals and the prevalence of exclusive breastfeeding in the first month of the baby's life, taking into account the contribution of each of the practices to this effect. It's a cross-sectional study involving 287 women who had delivered in two maternity hospitals in Porto Alegre, Brazil: one public, with certification in the Baby-Friendly Hospital Initiative, and another private, without certification in such Initiative. Women who had babies to term, non-twins and with no neonatal complications were randomly selected, and after 30 days of delivery, they were interviewed at home. The evaluated pro-breastfeeding practices were: skin-to-skin contact, breast-feeding in the first hour, rooming-in, professional support in breastfeeding, breastfeeding orientations, encouragement to feeding on demand, non-supplementation with infant formula and no pacifier. It was elaborated a latent variable, summarizing in a single measure the results of such practices called pro-breastfeeding practices score with the adjustment of a model of Item Response Theory (IRT), the Two-Parameter Logistic Model that allows that each practice has its discrimination and difficulty parameters individually estimated. It was used the Poisson regression with robust variance to verify the association between exclusive breastfeeding at 30 days of life and the score of practices of breastfeeding encouragement and support, being estimated the prevalence ratio (PR) and its respective confidence intervals (CI 95%). As results, it was found prevalence of 61.7% of exclusive breastfeeding at the 30 days of the child's life. The practices with greater discrimination capacity, that is, which contributed the most in the score estimations, were: professional support for breastfeeding, breastfeeding orientation, and incentive to breastfeeding on demand. The most difficult ones were: suckling within the first hour of life, on-demand

incentive, and non-utilization of infant formula. The multivariate analysis estimated that at each unit (standard deviation) of increase in the score there is an increase of 20% in the prevalence of exclusive breastfeeding at 30 days. It was concluded that the association between prevalence of exclusive breastfeeding in the baby's first month of life and the score of pro-breastfeeding practices in the maternity hospitals points to the importance of all these practices for the improvement of breastfeeding indicators.

**Descriptors:** Breastfeeding. Maternal and child health. Perinatal care. Newborn. Maternity hospital.

## LISTA DE FIGURAS

### Dissertação

<b>Figura 1:</b> Linha do tempo da pesquisa .....	53
---	----

## LISTA DE TABELAS

### Artigo

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da assistência hospitalar da amostra estudada (n=287). Porto Alegre (RS), 2016 .....	74
Tabela 2 - Práticas de incentivo e apoio ao aleitamento materno realizadas nas maternidades, segundo tipo de hospital.....	75
Tabela 3 - Estimativa dos parâmetros das práticas de incentivo e apoio à amamentação de acordo com o Modelo Logístico de Dois Parâmetros. ....	76
Tabela 4 - Análise multivariável da associação entre o conjunto das práticas de incentivo e apoio à amamentação e a prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida do bebê.....	77

## LISTA DE ABREVIATURAS

AM	aleitamento materno
AME	aleitamento materno exclusivo
BLH	banco de leite humano
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CDC	<i>Centers of Disease Control and Prevention</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	<i>human immunodeficiency vírus</i>
HMV	Hospital Moinhos de Vento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	índice de massa corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
QI	quociente de inteligência
RP	razão de prevalência
SAS	Statistical Analysis System
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TRI	Teoria de Resposta ao Ítem
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
2.1 IMPORTÂNCIA E SITUAÇÃO ATUAL DO AME .....	20
2.2 PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS MATERNIDADES	24
<b>2.2.1 Contato pele a pele .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.2 Amamentação na primeira hora de vida.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.3 Alojamento conjunto.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.4 Orientações e apoio profissional para amamentar.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2.5 Incentivo à amamentação em livre demanda .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2.6 Não uso de fórmulas infantis na maternidade .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2.7 Não uso de chupeta na maternidade.....</b>	<b>40</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO .....</b>	<b>43</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>44</b>
4.1 GERAL .....	44
4.2 ESPECÍFICOS .....	44
<b>5 HIPÓTESE.....</b>	<b>45</b>
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>46</b>
6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	46
6.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO .....	46
6.3 AMOSTRA.....	47
<b>6.3.1 Cálculo do tamanho amostral .....</b>	<b>47</b>
<b>6.3.2 Seleção da amostra .....</b>	<b>47</b>
6.4 COLETA DE DADOS .....	48
<b>6.4.1 Na maternidade .....</b>	<b>48</b>



6.4.2 Nas visitas domiciliares.....	49
6.5 EQUIPE DE TRABALHO.....	49
6.6 ESTUDO PILOTO.....	51
6.7 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO .....	51
6.7.1 Variável dependente (desfecho) .....	51
6.7.2 Variável independente ou explanatória.....	51
6.7.3 Outras variáveis (de ajuste).....	52
6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	53
6.9 LINHA DO TEMPO DA PESQUISA.....	53
6.10 FINANCIAMENTO .....	54
6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	554
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>8 ARTIGO.....</b>	<b>65</b>
<b>9 CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO INICIAL APLICADO NA MATERNIDADE .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS DE 1 MÊS DE VIDA DO BEBÊ.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE D - MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ENTREVISTADOR.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA- HCPA.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA – HMV .....</b>	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A decisão de amamentar talvez seja a mais sábia atitude de uma mãe com relação ao seu filho, pois, além do vínculo, afeto e proteção que se estabelecerá durante a amamentação, ainda terá importantes efeitos no longo prazo sobre a saúde, nutrição e desenvolvimento da criança e até mesmo de sua própria saúde. Provavelmente, nenhum outro comportamento de saúde terá um impacto tão importante quanto a amamentação (BRASIL, 2009a; VICTORA *et al.*, 2016).

O efeito da amamentação para a saúde da criança e da mulher já está bastante evidenciado na literatura, destacando-se a relação dose-resposta, com maior benefício quando o aleitamento materno é exclusivo (AME) e com maior duração (KRAMER; KAKUMA, 2012).

Desde 1984, quando estudos mostraram que o risco de morte por diarreia de lactentes parcialmente amamentados era 8,6 vezes o risco de bebês exclusivamente amamentados, e que aqueles que não receberam leite materno tinham risco 25 vezes maior do que o de bebês amamentados exclusivamente, o AME vem sendo evidenciado como padrão ouro na alimentação infantil nos primeiros 6 meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Apesar das evidências sobre o impacto positivo do AME na saúde da criança e da mãe, a prevalência dessa prática preocupa, pois mesmo sendo um poderoso comportamento de promoção de saúde, não é adotada de forma consistente (HAIEK, 2012). Apenas 43% das crianças menores de 6 meses no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a) e 41% das crianças brasileiras (BRASIL, 2009b) são amamentadas exclusivamente, distante ainda da meta global da Organização Mundial da Saúde (OMS) de se atingir 50% de prevalência de AME em menores de 6 meses até 2025 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Estudos brasileiros mostram que embora as mulheres iniciem o aleitamento materno (AM), apenas 60,7% dos bebês se encontram em AME no final do primeiro mês de vida (BRASIL, 2009b). Portanto, investir na promoção, proteção e apoio ao AM, sobretudo o exclusivo nos primeiros 6 meses, continua sendo uma medida importante em nosso país.

Diversas políticas públicas de saúde objetivando a promoção, a proteção e o apoio da amamentação vêm sendo realizadas desde a década de 80 com o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em nosso país. Em 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) da OMS em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi lançada em âmbito mundial, tendo como alicerce o documento: “Dez Passos para a Amamentação Bem-Sucedida”. Tal documento resume as práticas em maternidades necessárias para incentivar e apoiar a amamentação, as quais têm sido associadas a resultados positivos. A IHAC, em especial a implementação dos Dez Passos nas maternidades, tem impacto positivo nos índices de AM no curto, médio e longo prazo em diversos países, ou seja, o efeito não ocorre apenas no início da amamentação na maternidade, mas se mantém por mais tempo (LABBOK, 2012; PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PEREZ, 2016).

Verificou-se a existência de uma relação dose-resposta entre o número de práticas pró-amamentação, às quais as mulheres são expostas durante sua estadia na maternidade e a probabilidade de melhorar os resultados em AM ( PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PEREZ, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a), corroborando a constatação de que maior aderência aos passos propostos pela IHAC está associada ao aumento nas taxas de AME durante os primeiros 6 meses de vida (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2003).

Estudos mostram que algumas práticas de incentivo à amamentação nas maternidades se associam ao aumento da duração da amamentação, tais como amamentação na primeira

hora de vida, AME ao longo de toda a permanência na maternidade, ou seja, não são oferecidas fórmulas lácteas aos recém-nascidos (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2001; 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) e nem chupeta (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN, FEIN, 2008).

Muitos estudos são feitos, em diversos países, associando as práticas propostas pela IHAC com a duração do AM. Alguns estudos se concentram em apenas uma das práticas; outros optam por avaliar a associação entre o número de práticas e um desfecho de amamentação. Porém, não foi encontrado estudo que tenha avaliado a associação entre um conjunto de práticas pró-aleitamento materno e a prevalência do AME, levando em consideração a contribuição de cada uma das práticas. A ideia do presente estudo nasceu a partir do conhecimento desta lacuna.

Início a dissertação com a revisão bibliográfica, destacando a importância do AME, bem como a situação dos indicadores do AM em nível mundial e no Brasil. A seguir, faço um breve relato sobre as políticas públicas de promoção, proteção e apoio à amamentação e sobre os “Dez Passos para a Amamentação Bem-Sucedida” idealizados pela IHAC, a fim de embasar a importância da realização de práticas pró-amamentação, durante os primeiros dias de vida do bebê, para o início e a manutenção dessa prática, resultando em aumento nas taxas de amamentação. Posteriormente, apresento as práticas de incentivo e apoio à amamentação realizadas nas maternidades, detalhando cada prática avaliada no presente estudo.

Após apresentar a justificativa, os objetivos e a hipótese do estudo, descrevo detalhadamente a metodologia empregada para a realização desta pesquisa. Para finalizar, apresento o artigo intitulado: “Influência das práticas de incentivo e apoio à amamentação realizadas nas maternidades na prevalência do AME no primeiro mês de vida”, que aborda os resultados e a discussão dos resultados deste estudo.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 IMPORTÂNCIA E SITUAÇÃO ATUAL DO AME

O AM é fundamental para a alimentação da criança, dadas a suas propriedades nutricionais, imunológicas e emocionais, já bem difundidas. O leite humano é considerado o alimento padrão ouro na alimentação do lactente, fornecendo nutrição ideal para bebês e contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. A OMS e o UNICEF recomendam o início da amamentação já na primeira hora de vida, bem como o AME (somente leite materno, sem a oferta de outros líquidos ou sólidos) durante os primeiros 6 meses de vida, e o AM continuado até os 2 anos de idade ou mais, com a introdução dos alimentos complementares a partir dos 6 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Revisões recentes documentam a importância do AME na prevenção de mortalidade infantil, evidenciando que quanto melhor a prática da amamentação, maior a proteção. Bebês de 0 a 5 meses predominantemente, parcialmente ou não amamentados apresentam maior risco de mortalidade por diversas causas e por infecções quando comparados com aqueles amamentados exclusivamente. Quando a comparação foi feita entre bebês em AME e parcialmente amamentados, estes tiveram risco 48% maior do que os bebês em AME. Esses, por sua vez, têm apenas 12% de risco de mortalidade em comparação com crianças que não foram amamentadas (SANKAR *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016).

O leite materno oferece imunização natural à criança devido às imunoglobulinas presentes em sua composição e diminui a probabilidade do desencadeamento de processos alérgicos pelo retardo da introdução de proteínas heterólogas existentes no leite de vaca (BRASIL, 2001; FEITOSA; PEREIRA; CAMPOS, 2014). Essa propriedade do leite materno faz com que as crianças amamentadas, sobretudo as amamentadas exclusivamente, tenham

menos infecções gastrointestinais e respiratórias. Além disso, as doenças infecciosas em crianças amamentadas exclusivamente costumam ser menos graves (SANKAR *et al.*, 2015).

Um estudo recente relata que os efeitos probióticos e prebióticos do leite materno garantem às crianças amamentadas exclusivamente uma microbiota intestinal resiliente a fatores externos, como alimentação complementar e uso de antibióticos (CARVALHO-RAMOS *et al.*, 2017). Além disso, há estudos que afirmam que o leite materno pode afetar diretamente a programação epigenética do bebê e que células-tronco multipotenciais são encontradas no leite materno, podendo afirmar que o leite materno não é apenas um suprimento nutricional perfeito para o bebê, mas uma oportunidade única de modular a saúde da criança (VICTORA *et al.*, 2016).

Evidências científicas demonstram outros impactos positivos que a amamentação exclusiva tem na saúde das crianças, tais como promoção do estabelecimento do vínculo mãe-bebê (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989), prevenção de sobrepeso e obesidade (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015a), prevenção do diabetes mellitus tipo I (SADAUSKAITĖ-KUEHNE *et al.*, 2004), diminuição do risco de má-oclusão (PERES *et al.*, 2015), diminuição em 43% do risco de otite média (BOWATTE *et al.*, 2015) e proteção contra síndrome da morte-súbita no recém-nascido (HAUCK *et al.*, 2011). Além disso, uma meta-análise sobre amamentação e inteligência encontrou dois estudos que demonstraram associação entre aumento do índice de Quociente de Inteligência(QI) e amamentação exclusiva (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015b).

Dentre os benefícios para as mães, revisões sistemáticas encontraram relação dose-resposta entre a duração da amamentação e proteção contra câncer de mama, de ovário e de útero (CHOWDHURY *et al.*, 2015; STUEBE; BONUCK, 2011), diabetes tipo 2, síndrome metabólica e alterações vasculares associadas a doenças cardiovasculares subsequentes (NGUYEN; JIN; DING, 2017). Isso significa que quanto maior a duração da amamentação,

mais protegida contra essas doenças a mulher está (CHOWDHURY *et al.*, 2015; NGUYEN; JIN; DING, 2017). A amamentação exclusiva reduz o risco de câncer de mama em 38%, comparado com mulheres que não amamentaram (UNAR-MUNGUÍA *et al.*, 2017) e estende o período de amenorreia pós-parto (CHOWDHURY *et al.*, 2015).

Apesar das evidências sobre o impacto positivo do AME na saúde da criança e da mãe, a prevalência dessa prática preocupa, pois mesmo sendo um poderoso comportamento de promoção de saúde, não é adotada de forma consistente (HAIEK, 2012). Apenas 43% das crianças menores de 6 meses no mundo são amamentadas exclusivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). Nos Estados Unidos, segundo o *Centers For Disease Control and Prevention* (CDC, 2013), apenas 35% dos bebês são amamentados exclusivamente por 3 meses de vida, e esse número cai para 15% entre os menores de 6 meses.

No Brasil, segundo relatório do Ministério da Saúde com dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 41% das crianças menores de 6 meses foram amamentadas exclusivamente e a duração mediana de AME foi de 54 dias. Em Porto Alegre, a prevalência de crianças de até 6 meses amamentadas exclusivamente foi de 38,2% e a mediana foi de 51,8 dias, pouco abaixo da média nacional (BRASIL, 2009b). Apesar dos avanços nas prevalências de amamentação exclusiva em menores de 6 meses, partindo de 2,9% em 1986 e atingindo 37,1% em 2006, constatou-se estabilização desse indicador (36,6%) na mais recente pesquisa de âmbito nacional, conduzida em 2013 (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Apesar da tendência de melhoria nos índices de AME no Brasil, observamos uma realidade ainda longe da preconizada pela OMS, pois embora a maioria das mulheres inicie o AM, apenas 60,7% dos bebês se encontram em AME no primeiro mês de vida (BRASIL,

2009b). Diante desse cenário, fica evidente a necessidade de se intensificar os esforços em prol da amamentação exclusiva e identificar estratégias para tal.

Wallwiener e colaboradores (2016) apresentam como principais fatores de risco para a iniciação e manutenção do AM: fatores sócio-demográficos desfavoráveis, como baixa escolaridade materna e o fato de a mãe não ter sido amamentada; fatores médicos adversos, como admissão na UTI neonatal, prejudicando a realização do contato pele a pele, e a amamentação na primeira hora de vida, índice de massa corpórea (IMC) materno elevado antes da gestação e realização de parto cesáreo. Ainda nesse estudo, o autor cita ansiedade e sintomas depressivos como influências negativas na iniciação da amamentação, sugerindo a implantação de rastreio de sintomas depressivos no pós-parto imediato, bem como encaminhamento das mães com sintomas de depressão como forma de proteger a amamentação.

No Brasil, Boccolini, Carvalho, Oliveira (2015), por meio de revisão sistemática, documentaram os principais fatores associados ao AME. Como fatores distais, maior escolaridade materna, maior paridade, cor da pele da mãe branca e idade materna intermediária tiveram associação positiva com o AME. Já no nível intermediário distal, o baixo número de consultas pré-natais mostrou ser fator de risco. No nível intermediário proximal, o peso adequado ao nascer, parto vaginal, orientações recebidas no hospital e AME na alta hospitalar se associaram positivamente ao AME, enquanto que as dificuldades para amamentar durante a internação tiveram associação negativa, como esperado. Como fatores encontrados no nível proximal, o uso de chupeta e o trabalho materno tiveram associação negativa com o desfecho; já as orientações sobre posição e pega do bebê realizadas na atenção primária de saúde se associaram positivamente com o AME.

Além desses, alguns outros fatores já foram descritos como obstáculos para a manutenção da amamentação exclusiva, como, por exemplo, a crença das mulheres de que



seu leite é insuficiente, estando ancorada na insegurança quanto à quantidade e qualidade do seu leite (APARECIDA *et al.*, 2014) e, também, no ritmo de crescimento do bebê amamentado, que em alguns casos pode ser mais lento, gerando ansiedade materna, ou mais rápido, exigindo maior aporte energético, podendo resultar em choro e menos horas de sono. Essas situações tornam os bebês susceptíveis a receberem suplementação com fórmula infantil e/ou alimentos sólidos, reduzindo o tempo de amamentação exclusiva, o que pode levar a um ciclo vicioso até a interrupção precoce da amamentação (APARECIDA *et al.*, 2014; KRAMER; KAKUMA, 2012).

Outros estudos identificaram fatores como falta de apoio da família, falta de preparo dos profissionais no manejo da amamentação (GIUGLIANI; SANTOS, 2017), ausência do pai na família, gravidez precoce, necessidade da mãe trabalhar fora (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008), horários fixos para amamentar, ausência de experiência prévia com amamentação, uso de chupeta e presença de fissura mamilar (VIEIRA, G. *et al.*, 2010) associados à interrupção precoce do AME.

Dessa forma, percebemos que a amamentação é um ato fisiológico e biologicamente determinado, porém sofre inúmeras influências emocionais, sociais, políticas e culturais que fazem com que, apesar de tanta evidência científica comprovando seus benefícios, ainda não se tenha atingido seu pleno sucesso, necessitando de constantes esforços para sua proteção e promoção.

## 2.2 PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS MATERNIDADES

Desde o final da década de 1970, a OMS e a UNICEF têm promovido diversas iniciativas de incentivo ao AM em âmbito mundial, implementando diretrizes e políticas de promoção, proteção e apoio ao AM, com o objetivo de favorecer a preferência pela amamentação, em detrimento à alimentação da criança com outros leites.

No Brasil, antes da década de 80, as atividades de promoção, proteção e apoio ao AM aconteciam de forma isolada, até que em 1981 foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com campanhas de comunicação em massa e sensibilização de profissionais da saúde para a importância e vantagens da amamentação, com o objetivo de minimizar os obstáculos identificados como responsáveis pelo insucesso da amamentação (ALMEIDA; FERREIRA, 2002 apud ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

Em 1990, o Brasil assinou a “Declaração de *Innocenti*”, um conjunto de metas internacionais visando fortalecer a promoção do AM no país (REA, 2003); na mesma época, foi idealizada pela OMS/UNICEF a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que tinha como meta principal assegurar que as maternidades colocassem em prática os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Como resultados do investimento em promoção, proteção e apoio ao AM, atualmente o Brasil conta com 326 hospitais certificados na IHAC e 220 Bancos de Leite Humano compondo a Rede Brasileira de Leite Humano (BLH); além de ações como a estratégia “Mulher trabalhadora que amamenta”, comemoração da Semana Mundial da Amamentação, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e capacitações de profissionais de saúde em diversos setores de atuação (ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017). A regulamentação da comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura, pela Lei 11.265, e a recente publicação das “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno”, também foram conquistas a favor do aleitamento materno. (BRASIL, 2017).

A IHAC trouxe grande contribuição para a incorporação de práticas de incentivo e apoio ao AM nas maternidades. Essa iniciativa tem como objetivo a mobilização das equipes de saúde e funcionários dos hospitais-maternidades com vistas a modificar condutas e rotinas

responsáveis pelos altos índices de desmame precoce (LAMOUNIER, 1998). Para isso, foram criados os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a saber:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para os quais as mães devem ser encaminhadas, logo após alta do hospital ou ambulatório.

Os hospitais credenciados na IHAC são considerados referência em AM e no atendimento humanizado ao recém-nascido (LAMOUNIER *et al.*, 2008). Estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil, têm mostrado impacto positivo dessa iniciativa nos diversos indicadores de AM (BRAUN *et al.*, 2003; DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN, FEIN, 2008; MEREWOOD *et al.*, 2005; MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH, 2005; PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PEREZ, 2016; VENANCIO *et al.*, 2012).

É importante ressaltar que o credenciamento na IHAC por si só não aumenta as taxas de amamentação, mas sim a realização das práticas estabelecidas por essa iniciativa, independentemente se a maternidade é credenciada ou não (BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013).

A OMS e a UNICEF lançaram, no final de 2017, uma diretriz intitulada “Proteção, promoção e apoio à amamentação em instalações que prestam serviços de maternidade e recém-nascidos”, com o propósito de examinar cada uma das práticas contidas nos “Dez passos para a amamentação bem-sucedida”. Essa publicação oferece recomendações globais fundamentadas em evidências científicas para informar os profissionais de saúde envolvidos com a amamentação e gestores de maternidades a fim de melhorar a amamentação e, conseqüentemente, a nutrição e saúde das crianças.

A seguir, serão abordadas, individualmente, as principais práticas de incentivo e apoio à amamentação realizadas nas maternidades.

### **2.2.1 Contato pele a pele**

O contato pele a pele entre mãe e recém-nascido imediatamente após o parto é uma prática essencial para a promoção do AM, sendo uma estratégia segura, barata e de comprovados benefícios em curto e longo prazo para a dupla mãe-bebê (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016). Essa prática consiste em colocar o bebê sem roupa, em posição prona sobre o tórax desnudo da mãe, imediatamente após o parto, com o objetivo de favorecer a adaptação do bebê na transição do espaço intrauterino para o espaço extrauterino, sendo fundamentada na interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida, estabelecendo o vínculo entre a mãe e o filho (BOCCOLINI *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, 2017a).

As recomendações da OMS e UNICEF são de que o recém-nascido seja colocado em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, ininterruptamente durante pelo menos 1 hora, encorajando a mãe a reconhecer o momento em que o neonato - que possui aptidão para buscar espontaneamente a região mamilo-areolar - esteja preparado para iniciar a amamentação na primeira hora de vida (BELO *et al.*, 2014; BRASIL, 2013; ESTEVES *et al.*, 2014). Se bem tolerado pela dupla mãe-bebê, o contato pele a pele deve ser encorajado por um período mais longo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

O recente documento sobre as diretrizes da OMS (2017b), “Proteção, promoção e apoio à amamentação em instalações que prestam serviços de maternidade e recém-nascidos”, ainda recomenda que o contato pele a pele seja iniciado em 2 a 3 minutos após o parto, enquanto são realizadas a avaliação, a secagem e a sucção da orofaringe do bebê (quando necessária), embora as evidências sejam de que os benefícios do contato pele a pele são garantidos quando iniciados em menos de 10 minutos após o parto.

Existe um breve momento logo após o parto, denominado período sensível materno, em que floresce o apego ao bebê, momento em que se inicia uma série de eventos sensoriais, fisiológicos, hormonais, imunológicos e comportamentais que influenciam no estabelecimento e na duração da amamentação (BECK *et al.*, 2012; SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008). Corroborando, Moore e colaboradores (2016), em sua revisão, afirmam que o aumento da prevalência e duração da amamentação, o melhor estabelecimento do comportamento de apego materno, a redução do choro do bebê e a melhora da estabilidade cardiorrespiratória são benefícios indiscutíveis do contato pele a pele. Além disso, essa prática favorece a colonização da pele do recém-nascido pela microbiota da mãe, facilita a regulação da temperatura corporal do bebê e mantém os níveis de glicose no sangue estáveis (MOORE *et al.*, 2016).

Righard e Alade (1990) comprovaram, por meio de um estudo caso-controle, que os bebês expostos ao contato pele a pele com suas mães durante pelo menos 1 hora movimentaram-se em direção à mama e sugaram vigorosamente, enquanto os bebês retirados de suas mães em tempo inferior a 20 minutos de contato pele a pele tiveram que ser ensinados a mamar, evidenciando a necessidade de que seja respeitado o tempo de contato pele a pele sugerido pela OMS.

O contato pele a pele tem impacto prolongado sobre a taxa de amamentação. Foi constatado que essa prática aumenta as prevalências de amamentação exclusiva com 1 e 4 meses após o parto, bem como a duração da amamentação (MOORE *et al.*, 2016). Outro estudo corrobora esses achados demonstrando que o contato pele a pele imediatamente após o parto melhora significativamente a taxa de amamentação exclusiva com 6 semanas de idade em recém-nascidos saudáveis (SHARMA, 2016).

A prevalência de realização de contato pele a pele imediatamente após o parto foi de 86,2% em um estudo realizado na Espanha (VILA-CANDEL *et al.*, 2017). Já no Brasil, o estudo de âmbito nacional 'Nascer no Brasil', realizado em 2011 e 2012, encontrou uma prevalência de 28,2% de realização de contato pele a pele, variando entre as regiões brasileiras, sendo a região Sul a que teve a taxa mais alta (32,5%), em comparação com as demais regiões do país (MOREIRA *et al.*, 2014). Um estudo realizado em uma capital do Nordeste encontrou taxa de 48% de realização de contato pele a pele nos primeiros 30 minutos de vida; porém, apenas 9,3% das mães relataram ter tido contato pele a pele por 1 hora ou até a primeira mamada (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

Apesar de comprovada a importância do contato pele a pele imediatamente após o nascimento, algumas rotinas hospitalares e hábitos dos profissionais envolvidos no parto, muitas vezes dificultam a execução dessa prática, tais como os cuidados imediatos com o recém-nascido saudável e a maior incidência de cesarianas (MATOS *et al.*, 2010; SILVEIRA;

ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008). A limitação do parto cesáreo no que diz respeito ao contato pele a pele ocorre devido à impossibilidade materna em tocar seu bebê devido à retenção dos braços durante o procedimento cirúrgico e à analgesia recebida, que pode causar desorganização comportamental no recém-nascido, interferindo na busca espontânea do peito da mãe após o nascimento (VIEIRA, T. *et al.*, 2010). Porém, é importante salientar que a realização do contato pele a pele não é contraindicada em cesarianas (SILVA *et al.*, 2016).

Outros fatores, como complicações pós-parto, tanto maternas quanto neonatais, e também as relacionadas com as condições de nascimento do bebê, como baixo peso e prematuridade, também podem contribuir para a menor prevalência de contato pele a pele (SILVA *et al.*, 2016).

Por outro lado, estudos sobre morte súbita do recém-nascido saudável na sala de parto, embora tenha baixa prevalência, reconhecem sua associação com o contato pele a pele, bem como com a primiparidade e a posição prona ou lateral do bebê. Entretanto, conhecendo a importância do contato pele a pele, a recomendação é que essa prática não seja desaconselhada e, sim, que seja realizada sob supervisão e vigilância de um profissional de saúde, garantindo a segurança do recém-nascido (BECHER; BHUSHAN; LYON, 2012; POETS; STEINFELDT; POETS, 2011).

### **2.2.2 Amamentação na primeira hora de vida**

Todas as mães devem ser apoiadas para iniciar a amamentação o mais rápido possível após o nascimento, dentro da primeira hora de vida, sendo esta uma das práticas com maior qualidade de evidência científica entre aquelas que influenciam o sucesso do AME (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b). Essa prática deve ser concomitante à realização do contato pele a pele, sempre que o bebê e a mãe estiverem em boas condições de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Os sinais de que o recém-nascido quer mamar podem ser evidentes já nos primeiros 15-20 minutos após o nascimento, período em que o neonato demonstra uma forte aptidão a buscar a área do mamilo e iniciar a amamentação (WIDSTROM *et al.*,1990; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, 2017b). Isso se dá devido aos altos níveis de catecolaminas, que fazem com que os recém-nascidos sejam extremamente sensíveis aos sinais de odor, fazendo com que, numa atitude instintiva, rastejem sem ajuda em direção ao mamilo da mãe. Cerca de 2 horas após o parto, há uma diminuição nos níveis de catecolaminas, fazendo com que o bebê fique sonolento (PORTER, 2004; RIGHARD; ALADE, 1990; WIDSTROM *et al.*, 1987), daí a importância de que o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida ocorram imediatamente após o parto para efetiva contribuição ao estabelecimento do AME.

Os benefícios da amamentação na primeira hora de vida estão amplamente evidenciados na literatura científica. Inicialmente, a sucção da criança logo após o parto promove o estímulo da hipófise na produção de prolactina e ocitocina, favorecendo a produção e a ejeção láctea; e, como benefício à mãe, acelera a involução uterina, ocasionando, também, menor sangramento puerperal, o que resulta em proteção à hemorragia. (ESTEVES *et al.*, 2014; MONTEIRO; GOMES; NAKANO, 2006). Essa prática ainda diminui a ansiedade materna e melhora o comportamento materno de cuidados com o bebê, relacionando-se com a maior duração do AM (MOORE *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

O colostro é rico em anticorpos que imunizarão o recém-nascido, protegendo-o contra infecções. Além disso, contribui para a eliminação do mecônio, o que diminui a reabsorção da bilirrubina, prevenindo, então, a icterícia. Previne, também, a hipoglicemia, considerada o motivo principal da prescrição de fórmula infantil ao recém-nascido (BRASIL, 2001; PILLEGI *et al.*, 2008).



A amamentação a partir do primeiro dia de vida pode evitar 16% das mortes neonatais, e quando o AM ocorre na primeira hora de vida, aumenta essa proteção para 22% (EDMOND *et al.*, 2006). Há evidências de efeito dose-resposta, ou seja, quanto mais precoce o início da amamentação, maiores os benefícios provenientes dessa prática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Quanto à prevalência de AM nas primeiras horas de vida, 45% dos recém-nascidos no mundo são colocados ao peito na primeira hora de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal, 67,7% das crianças brasileiras foram amamentadas na primeira hora de vida, enquanto que em Porto Alegre essa taxa foi de 71,9%, um pouco mais elevada do que a nacional (BRASIL, 2009b). Porém, conforme consta em Silveira, Albernaz, Zuccheto (2008), um estudo realizado em Pelotas, RS, revelou que apenas 35,5% dos bebês foram amamentados na primeira hora após o parto. Outro estudo apresentado por Boccolini *et al.* (2011) mostra que apenas 16,1% dos bebês nascidos em maternidades do Rio de Janeiro foram amamentados na primeira hora de vida, havendo, portanto, grande variação nas prevalências.

De acordo com Belo *et al.* (2014), as três principais razões para a não ocorrência da amamentação na sala de parto no Brasil são: problemas de saúde dos recém-nascidos, sendo o desconforto respiratório o principal; problemas de saúde materna, como eclampsia; e, por último, o atraso do resultado do teste rápido anti-HIV, corroborando os achados de Oliveira, Camacho e Tedstone (2003), que identificaram como principal fator de risco para a não amamentação na primeira hora de vida o recebimento do resultado do teste rápido de HIV somente após o parto. Outros fatores identificados no mesmo estudo foram: cor da pele da mãe não branca, baixa renda materna, desejo da mãe em não amamentar seu bebê, relato da mãe indicando que a equipe do hospital não a escutava, e parto cesáreo.

Esteves e colaboradores (2014), por meio de revisão da literatura, identificaram os seguintes fatores de risco para a não amamentação na primeira hora de vida: parto cesáreo, nascimento em hospital não certificado pela IHAC e nascimento em hospital privado. O estudo de Boccolini e colaboradores (2011) corrobora esses achados, ao constatar que menos de 2% das crianças nascidas em maternidades particulares foram amamentados na primeira hora de vida. Quanto ao tipo de parto, apenas 5,8% das mulheres que tiveram parto cesáreo amamentaram seus filhos na primeira hora de vida, enquanto que 26,4% dos bebês nascidos de parto normal foram amamentados ao nascer. Recomenda-se que as mães que não conseguem iniciar a amamentação na primeira hora porque são submetidas a cesarianas, devido ao efeito anestésico ou por alguma instabilidade médica, sejam apoiadas para amamentar assim que puderem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Um fator importante observado é a ausência de poder de decisão das mães em amamentar seus filhos na primeira hora de vida, ficando reféns das práticas vigentes nas maternidades e dos profissionais envolvidos no parto. Dessa forma, a conduta profissional pode ser determinante à amamentação na primeira hora de vida (BOCCOLINI *et al.*, 2011).

Com relação ao pré-natal, revisão bibliográfica mostra que ter acesso a consultas pré-natais, receber visitas domiciliares e receber orientação sobre AM são fatores de proteção ao AM na primeira hora de vida (ESTEVES *et al.*, 2014).

### **2.2.3 Alojamento conjunto**

A permanência da mãe e do recém-nascido em alojamento conjunto é um dos passos preconizados pela IHAC e consiste em manter a mãe e o bebê juntos após o nascimento, 24 horas por dia, e durante toda a internação, a menos que haja uma indicação médica específica que justifique a separação. Essa prática é de fundamental importância para a amamentação, uma vez que a proximidade da dupla mãe-bebê e as interações após o nascimento e durante o

período pós-parto imediato são fundamentais para a produção de leite e facilitam a oferta do leite ao bebê, satisfazendo-o sempre que demonstrar fome. Além disso, o alojamento conjunto coletivo dá à mulher a oportunidade de observar outras mães no cuidado com o filho (BRASIL, 2001; JAAFAR *et al.*, 2016).

A interação entre a mãe e o seu filho proporcionada pelo alojamento conjunto ajuda a estabelecer o vínculo afetivo entre eles e estimular maior frequência entre as mamadas, o que promove a regulação da produção de leite materno, evitando problemas como ingurgitamento mamário e mastite (BIGELOW *et al.*, 2014; WILDE; KNIGHT; FLINT, 1999; YAMAUCHI; YAMANOUCHI, 1990). Dessa forma, pode proporcionar aumento nas prevalências de AME e maior duração da amamentação (BURANASIN, 1991; WRIGHT, A.; RICE; WELLS, 1996). Alguns estudos confirmam que a prática do alojamento conjunto favorece a relação mãe-filho, o desenvolvimento de maior confiança no cuidado com o bebê, a redução da introdução de fórmulas infantis e o aumento da frequência e duração do AM (COUTINHO *et al.*, 2005; LUTTER *et al.*, 1997).

Concomitante a isso, as mães que permanecem com seus bebês no alojamento conjunto demonstram maior autoconfiança, sentindo-se mais preparadas para cuidar de seus filhos, o que provavelmente promoverá um efeito positivo para a amamentação, uma vez que a chance de que essas mães amamentem seus filhos se torna maior devido à sua satisfação (O'CONNOR *et al.*, 1980).

Jaafar e colaboradores (2016) encontraram somente um ensaio clínico randomizado para incluir em sua revisão sistemática sobre associação entre alojamento conjunto e aumento na duração da amamentação (BYSTROVA *et al.*, 2009), o qual mostrou aumento da frequência de mamadas e da taxa de AME na alta hospitalar no grupo que permaneceu em alojamento conjunto, em comparação com o que manteve mãe e filho separados, ou seja, o bebê permanecia em berçário e a mãe amamentava em horários pré-estabelecidos. Porém, não

houve diferença significativa entre os grupos nas taxas de amamentação aos 4 e 6 meses de vida do bebê, demonstrando que o alojamento conjunto é fundamental para o início e o estabelecimento da amamentação, embora não comprove seus efeitos na sua duração.

No Brasil, a prática do alojamento conjunto nas maternidades já está bem estabelecida, tanto em maternidades credenciadas à IHAC, quanto nas não certificadas, tornando difíceis os estudos de avaliação dessa prática.

#### **2.4.4 Orientações e apoio profissional para amamentar**

O apoio para amamentar é uma complexa mistura de intervenções que englobam elementos como apoio prático, emocional, motivacional ou informativo, com o objetivo de viabilizar a amamentação. Essa intervenção multifacetada consiste em mostrar e auxiliar a mãe em como segurar o bebê e colocá-lo ao peito, em posição e pega adequadas, oferecer atenção às puérperas, fazer elogios, proporcionar tranquilidade e, ao mesmo tempo, oferecer oportunidade para que ela se sinta segura em fazer perguntas, relatar problemas, bem como discutir seus anseios e inseguranças individuais (MCFADDEN *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

A nova diretriz da OMS sobre proteção, promoção e apoio à amamentação em instalações que prestam serviços de maternidade e recém-nascidos recomenda que as mães recebam apoio prático para que possam iniciar e estabelecer a amamentação e gerenciar dificuldades comuns de amamentação, sendo esta uma recomendação com evidência de qualidade moderada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

O suporte realizado pelos profissionais de saúde sob forma de apoio e orientações desde o nascimento do bebê até a alta da maternidade são de fundamental importância para o início e estabelecimento do AME. Muitas vezes as mães têm o desejo e estão determinadas a amamentar, porém, diante de algum problema ou insegurança, apenas a assistência

qualificada dos profissionais de saúde pode evitar ou superar os problemas de amamentação que levam ao desmame precoce, garantindo o sucesso da amamentação (FEITOSA; PEREIRA; CAMPOS, 2014; MCFADDEN *et al.*, 2017).

McFadden e seus colaboradores (2017), em revisão sistemática que incluiu 73 ensaios clínicos envolvendo 83.246 duplas mãe-bebê em 29 países, concluíram que as intervenções para o apoio à amamentação reduzem o risco de mulheres pararem o AM e o AME antes do 6º mês de vida do bebê. Segundo essa revisão, há evidências de que as mulheres que receberam intervenções de apoio foram menos propensas a parar de amamentar antes de 6 semanas; o mesmo foi observado com relação ao AME, sendo constatado um efeito robusto dessas intervenções em todas as configurações e grupos de população e que resulta de uma ampla gama de intervenções.

Revisões sistemáticas anteriores corroboram esses achados, concluindo que todas as estratégias de apoio às puérperas, tanto de leigos quanto de profissionais de saúde, foram eficazes no aumento da duração do AM e do AME (BRITTON *et al.*, 2007; RENFREW *et al.*, 2012). Outra revisão sistemática mostrou que a educação e o apoio às puérperas aumentaram significativamente as taxas de AME, em 43% no primeiro dia, 30% no primeiro mês e 90% entre 1 e 5 meses de vida do bebê; e que o aconselhamento combinado, individual e em grupos, pareceu ser superior a somente um dos dois isoladamente (HAROON *et al.*, 2013).

Portanto, intervenções de apoio e educação às mães sobre o AM têm o potencial de aumentar a prevalência da amamentação, inclusive do AME (HAROON *et al.*, 2013). Vale ressaltar que as intervenções efetivas de apoio à amamentação são econômicas e geralmente proporcionam retorno no investimento em pouco tempo (RENFREW *et al.*, 2012).

### **2.2.5 Incentivo à amamentação em livre demanda**

O incentivo à amamentação em livre demanda consiste em encorajar as mães de bebês saudáveis a não ter restrições quanto à frequência e duração das mamadas, ou seja, a amamentar seus filhos sempre que solicitam, sendo considerada a melhor prática na determinação da frequência e duração da mamada. A amamentação em livre demanda é liderada pelo lactente, sendo capaz de estabelecer o mecanismo fisiológico de demanda-oferta, que irá regular a produção do leite materno na quantidade adequada para satisfazer as necessidades do bebê (KENT; PRIME; GARBIN, 2012). Essa prática é preconizada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (FALLON *et al.*, 2016; VIEIRA, T. *et al.*, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Contrapondo à amamentação em livre demanda, a amamentação programada consiste no estabelecimento de horários pré-determinados para amamentar, não sendo determinada pelo desejo da criança. A frequência das mamadas pode ser estipulada, geralmente a cada 3 ou 4 horas, assim como a duração de cada mamada. Além disso, há também quem determine se a amamentação ocorre em apenas um seio por vez, ou cronometra os minutos em cada mama, oferecendo ambas em cada mamada (FALLON *et al.*, 2016).

Apesar de ser a forma recomendada, a amamentação em livre demanda tem limitações que podem dificultar o seu estabelecimento. Os lactentes em AME em livre demanda costumam se alimentar com mais frequência em comparação às crianças que usam fórmula infantil, o que faz com que a mãe precise estar mais disponível, sendo considerada exaustiva e limitante para que a mãe consiga realizar outras tarefas. Além disso, pode causar dúvidas na mãe quanto à satisfação do bebê, o que pode levar a mãe a complementar o leite materno com fórmulas infantis, comprometendo o estabelecimento do AME (CASIDAY *et al.*, 2004; SHLOIM *et al.*, 2015).

Fallon *et al.* (2016) planejaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar os efeitos da amamentação em livre demanda em comparação ao AM com horários

programados, porém nenhum artigo foi elegível para inclusão na revisão. Dessa forma, os autores recomendam pesquisas que comparem os diferentes padrões de amamentação e que as diretrizes atuais permaneçam sendo utilizadas enquanto não houver evidências para alteração.

Diante disso, as novas diretrizes da OMS lançadas recentemente recomendam que as mães devem ser orientadas e apoiadas a praticar a amamentação em livre demanda, porém classifica a recomendação com evidência de muito baixa qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

### **2.2.6 Não uso de fórmulas infantis na maternidade**

A amamentação exclusiva até os 6 meses de vida é altamente recomendada pela OMS, porém a prática de suplementar o leite materno com fórmulas infantis e outros fluidos é muito comum nas mais diversas culturas e em diversos países (SMITH; BECKER, G. E., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, 2017a, 2017b).

A IHAC, nos seus 10 passos, recomenda que durante a estadia na maternidade, desde o nascimento até a alta hospitalar, não seja ofertado nenhum outro tipo de alimento, como fórmulas infantis, água ou água glicosada, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico, ou seja, que existam razões aceitáveis para tal conduta. Dessa forma, justificativas como falta de recursos, de tempo dos profissionais envolvidos ou de conhecimento não são aceitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, 2017a, 2017b).

Estudos afirmam que bebês que receberam fórmula infantil na maternidade tiveram maior chance de não estarem em AME após 30 dias de vida (CHANTRY *et al.*, 2014; DABRITZ; HINTON; BABB, 2010). Um estudo realizado na Itália encontrou, entre os bebês que receberam fórmula na maternidade, uma prevalência de 30% de AME no final do 1º mês de vida, em comparação com os que mamaram somente no peito (52,5%), sendo, então, o uso

de fórmula infantil considerado o principal fator associado à não AME aos 30 dias de vida (ASOLE *et al.*, 2009). Por outro lado, revisão sistemática mais recente sobre o assunto encontrou estudos de baixa qualidade afirmando que o uso de fórmula infantil na maternidade não interfere de forma negativa nos resultados em AM (SMITH; BECKER, G. E., 2016).

Victora e colaboradores (2016) consideram negligência o pressuposto de que o leite materno pode ser substituído por outros leites sem consequências à saúde. Estudos sugerem que a alimentação do bebê com fórmulas infantis resulta em piores resultados de saúde, quando comparados com bebês alimentados com leite materno, pois a fórmula para lactentes não contém o elemento-chave, os anticorpos, exclusivos do leite materno, que fortalecem o sistema imunológico protegendo o bebê de várias doenças (KENT *et al.*, 2006).

Pérez-Escamilla, Martinez e Segura-Perez (2016), em revisão sistemática sobre o impacto da IHAC na amamentação, relatam que a falta de adesão ao passo 6, que diz respeito ao não uso de suplementação ao leite materno, é um importante fator de risco para desfechos desfavoráveis ao AM, e pode ser reflexo da implantação inadequada dos demais passos.

Estudo recente realizado na Nova Zelândia com o intuito de compreender o motivo da alta prevalência de suplementação de recém-nascido com fórmulas lácteas em maternidades, incluindo as certificadas pela IHAC, identificou os seguintes preditores ao uso de suplementação: excesso de peso materno, primiparidade, parto prematuro (< 37 semanas), baixo peso ao nascer (abaixo de 2500g) e uso de uterotônico (oxitocina) pós-parto, sugerindo que esses preditores sejam utilizados para o planejamento de intervenções em torno de educação e orientações, tanto à equipe de saúde, quanto às mães, como tentativa de minimizar a suplementação em maternidades. Além disso, identificou que a realização de contato pele a pele por 60 minutos ou mais reduziu o risco de suplementação, e que houve interação entre o número de passos implementados da IHAC e a paridade, sugerindo que se a mulher foi exposta a mais de seis passos, a primiparidade deixava de ser determinante da suplementação.



Esse achado corrobora a afirmação de Pérez-Escamilla, Martinez e Segura-Perez (2016) de que o conjunto de práticas proporciona resultados positivos à amamentação (KALMAKOFF; GRAY; BADDOCK, 2017).

### **2.2.7 Não uso de chupeta na maternidade**

Um dos passos propostos pela IHAC, o passo 9, é que não sejam oferecidos bicos artificiais ou chupeta para bebês amamentados, para que o início e a manutenção da amamentação ocorram com sucesso. Esse passo pressupõe que a chupeta pode levar à redução da duração do AM e AME, e diminuição da frequência da amamentação, o que pode interferir na produção de leite (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Segundo Buccini, Pérez-Escamilla e Venancio (2015), a relação entre o uso de chupeta e a interrupção do AME pode ter componentes de causa, consequência e coincidência, sendo, dessa forma, bastante complexa. Há pelo menos quatro hipóteses para explicar a associação entre uso de chupeta e menor duração do AM, que podem acontecer simultaneamente: (1) o uso de chupeta por si só poderia reduzir a duração da amamentação (KRONBORG; VÆTH, 2009); (2) o uso de chupeta poderia ser um marcador de dificuldade de amamentação (VOGEL; HUTCHISON; MITCHELL, 2001); (3) personalidade do bebê e interação mãe-bebê como determinantes do uso de chupeta (MAUCH *et al.*, 2012); (4) perfil das mães e de suas famílias que determinam a opção de amamentar e evitar o uso de chupeta (PANSY *et al.*, 2008).

As novas diretrizes propostas pela OMS determinam que sejam oferecidas às mães as orientações e aconselhamentos adequados, incluindo o ensino de métodos alternativos para acalmar o bebê. Recomendam que seja evitado o uso de chupeta e, se for utilizada, que a sua introdução não ocorra até o estabelecimento da amamentação, uma vez que há evidências de que a não introdução precoce de chupeta beneficia a manutenção da amamentação por mais

tempo (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; JAAFAR *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

Existe inconsistência de achados relacionando a amamentação ao uso de chupeta, pois estudos observacionais demonstram risco de desmame precoce com o uso desse artefato, enquanto os ensaios clínicos não confirmam a associação entre uso de chupeta e menor duração do AM ( JAAFAR *et al.*, 2016; JENIK *et al.*, 2009).

Revisão sistemática sobre o assunto (JAAFAR *et al.*, 2016), que incluiu dois ensaios clínicos randomizados envolvendo 1.302 duplas mãe-bebê, não encontrou diferença significativa entre o grupo que teve restrição ao uso de chupeta e o grupo controle, com uso irrestrito de chupeta, nas taxas de AME ou AM, na alta da maternidade, aos 3 e 4 meses e aos 6 meses de vida do bebê, independente da chupeta ser introduzida antes ou depois do estabelecimento da lactação, afirmando que o uso restrito de chupeta por bebês na maternidade faz pouca ou nenhuma diferença nos resultados em AM. Porém, ambos os ensaios tiveram importantes limitações: os critérios de inclusão utilizados por Jenik *et al.* (2009) foram extremamente restritivos, excluindo as mães que tiveram algum problema que pudesse interferir na amamentação e Kramer (2001) incluiu as mães logo após o parto, antes da lactação estar estabelecida (JAAFAR *et al.*, 2016), além disso, a intervenção de Jenik *et al.* (2009) não teve efeitos sobre resultados em amamentação (BUCCINI; PÉREZ-ESCAMILLA; VENANCIO, 2015).

Por outro lado, estudo utilizando dados de dois inquéritos brasileiros confirmou forte associação entre uso de chupeta e interrupção do AME, identificando a chupeta como o fator de risco mais forte para a interrupção do AME e atribuindo à redução desse hábito importante contribuição no aumento dos índices de AME entre 1999 e 2008. Enquanto a prevalência de AME em menores de 6 meses aumentou de 25,1% para 40,3%, a prevalência do hábito de

chupar chupeta no primeiro ano de vida diminuiu de 58,5% para 41,6% nesse período de 9 anos (BUCCINI; PÉREZ-ESCAMILLA; VENANCIO, 2015).

Há estudos relatando que o uso de chupeta pode prevenir a síndrome da morte súbita do lactente, inclusive em crianças não amamentadas (HAUCK; OMOJOKUN; SIADATY, 2005; JENIK *et al.*, 2009), o que levou alguns profissionais e instituições a recomendarem o uso de chupeta durante o sono (JAAFAR *et al.*, 2016). No entanto, revisão sistemática recente que avaliou o efeito da amamentação e do uso de chupeta na prevenção da síndrome da morte súbita do lactente encontrou efeito protetor de ambos, descrevendo redução de até 50% do risco de morte súbita com o uso de chupeta (ALM *et al.*, 2016). Outra meta-análise sugere que o AME tem efeito protetor contra a morte súbita e que esse efeito na prevenção da morte súbita é maior do que a proteção conferida pela chupeta (HAUCK *et al.*, 2011).

Buccini, Pérez-Escamilla e Venancio (2015) comentam a importância de veicular informações, por meio de diretrizes nacionais, sobre os prós e contras do uso de chupeta durante a gestação e amamentação, evidenciando o não uso de chupeta como protetor da amamentação.

### 3 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

A associação entre práticas de incentivo e apoio à amamentação oferecidas nas maternidades e duração do AM tem sido bastante investigada. No entanto, a maioria dos estudos avalia cada prática isoladamente ou relaciona o número de práticas a um determinado desfecho relacionado à amamentação. Além disso, somente um estudo associando alguma prática (contato pele a pele) ao AME no primeiro mês foi encontrado (MOORE *et al.*, 2016).

Assim, a elaboração deste estudo se justifica na medida em que não há estudos que investigaram a associação entre um conjunto de práticas de incentivo e apoio ao AM e a prevalência do AME, levando em consideração a contribuição de cada uma das práticas. Considerando-se a importância da realização das práticas pró-amamentação para as políticas públicas de promoção, proteção e apoio à amamentação, espera-se que este estudo forneça subsídios para a elaboração de diretrizes e recomendações em amamentação, objetivando mudanças efetivas na qualidade do atendimento perinatal no Brasil e fortaleça a importância das recomendações da IHAC.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 GERAL

Avaliar a associação entre um conjunto de práticas de incentivo e apoio à amamentação em maternidades e a prevalência de AME no primeiro mês de vida do bebê, levando em consideração a contribuição de cada uma das práticas.

### 4.2 ESPECÍFICOS

- a) Verificar a prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida de bebês nascidos em duas maternidades de Porto Alegre, RS, uma pública e outra privada.
- b) Verificar as prevalências de práticas de incentivo e apoio à amamentação nas duas maternidades.
- c) Elaborar um escore para as práticas pesquisadas, a fim de que sejam analisadas como um conjunto de práticas pró-aleitamento, e que sejam levadas em consideração a contribuição de cada prática na elaboração do escore.
- d) Estabelecer a associação entre o escore das práticas pró-amamentação e a prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias.

## **5 HIPÓTESE**

Partindo do pressuposto de que (i) existe uma relação dose-resposta entre o número de práticas de incentivo e apoio à amamentação em que as mulheres são expostas na maternidade e a probabilidade de resultados positivos nas prevalências de amamentação, (ii) os resultados positivos das práticas são fortalecidos quando essas práticas são oferecidas em conjunto, e (iii) cada prática contribui de forma diferente dentro desse conjunto, este estudo tem o propósito de testar a seguinte hipótese: A realização do conjunto de práticas de incentivo e apoio à amamentação, representada por um escore que leva em consideração a contribuição de cada prática, tem efeito positivo sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida do bebê.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte. O estudo de coorte tem como objetivo principal investigar o grau de satisfação das mulheres com a atenção ao seu parto e com a amamentação, identificando fatores associados a ele, inclusive a duração do AME e do AM. O estudo encontra-se em andamento e prevê o acompanhamento das mulheres até as crianças completarem dois anos de vida.

### 6.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre. A cidade, capital do Rio Grande do Sul, possui 1.409.939 habitantes (IBGE, 2010).

A população do presente estudo compreendeu mulheres que tiveram partos realizados em duas grandes maternidades da cidade de Porto Alegre: a do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a do Hospital Moinhos de Vento (HMV).

O HCPA é um hospital geral universitário, certificado pela IHAC desde 1997, que atende quase em sua totalidade usuários do Sistema Único de Saúde. O HMV é um hospital geral privado, não certificado pela IHAC. Ambas as maternidades são referências para atendimento de gestações de risco habitual e de alto risco, tendo realizados, no ano de 2016, 3725 e 4182 partos, respectivamente (HCPA, 2016; HMV, 2016).

Inicialmente, foi planejado recrutar puérperas nos três hospitais com maior número de partos do município de Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, HCPA e o HMV. Porém, foi necessário excluir o Hospital Nossa Senhora da Conceição no início do recrutamento, devido à violência nos bairros de abrangência, ocasionada pelo tráfico de drogas, dificultando o acesso das entrevistadoras, caracterizando, desta forma, risco à

integridade das entrevistadoras da pesquisa. Desta forma, todas as puérperas, que inicialmente foram recrutadas do GHC para o estudo, foram excluídas.

### 6.3 AMOSTRA

#### 6.3.1 Cálculo do tamanho amostral

O cálculo realizado para estimar o tamanho da amostra do projeto matriz resultou em 276 mulheres, adotando-se nível de significância de 5% e poder de 80%.

Considerando que para o presente estudo foram utilizados dados secundários, foi realizado um cálculo prospectivo de poder de amostra fixa ( $n=287$ ) de teste de associação entre o desfecho (AME aos 30 dias) e cada prática pró-aleitamento. O cálculo foi realizado utilizando o RStudio - pacote PWR. Assumindo nível de significância de 5% e magnitude de efeito de 20%, o poder encontrado foi de 92%.

#### 6.3.2 Seleção da amostra

As puérperas foram identificadas e selecionadas diariamente, incluindo os finais de semana, durante o período de 16 de janeiro a 21 de julho de 2016, nos alojamentos conjuntos das unidades obstétricas do HCPA e do H MV. Foram selecionadas, por sorteio, uma puérpera por dia na maternidade privada e duas na maternidade pública, a fim de ter uma amostra que se assemelhe à população brasileira, sobretudo com relação ao nível socioeconômico.

Os critérios de inclusão adotados foram: residir no município de Porto Alegre, ter seu recém-nascido vivo, a termo (idade gestacional  $\geq 37$  semanas) e não gemelar, e estar em alojamento conjunto com seu bebê. Além disso, as puérperas ou os filhos não deveriam (i) apresentar alguma complicação neonatal e/ou obstétricas ou malformações que resultassem em óbito materno e/ou neonatal precoce (ii) estar internados em unidade de terapia intensiva,



impedindo que a dupla permanecesse em alojamento conjunto; (iii) ser portadores de alguma doença que contraindicasse a amamentação, como, por exemplo, HIV/AIDS.

O critério de exclusão adotado foi: mulheres residirem em áreas com elevado grau de violência, definidas como locais em que as visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde estavam suspensas.

É importante ressaltar que a limitação do número de mulheres incluídas em um mesmo dia foi necessária para tornar viável a realização das entrevistas nos domicílios.

#### 6.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em dois momentos: na maternidade e nos domicílios das mulheres após o primeiro mês pós-parto.

##### **6.4.1 Na maternidade**

As puérperas foram convidadas a participar do estudo, após explicação e esclarecimentos sobre o projeto, com posterior assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A) por ambas as partes envolvidas: pesquisadora e puérpera. Após, foram coletados alguns dados de identificação e contato da mãe, com combinação prévia da data e local para a entrevista no domicílio, que deveria ocorrer entre 30 e 37 dias após o nascimento do bebê. Ainda na maternidade, foi feito levantamento das seguintes informações de prontuário: idade gestacional da mãe, tipo de parto, sexo do bebê, peso e comprimento do bebê ao nascer, Apgar, uso de fórmula infantil na maternidade, e intercorrências (Apêndice B). Alguns dados das mulheres que se recusaram a participar da pesquisa foram coletados para permitir comparações entre elas e as mulheres que participaram do estudo.

#### **6.4.2 Nas visitas domiciliares**

Foram realizadas entrevistas com as puérperas em seus respectivos domicílios ou locais de sua preferência quando a criança completava de 30 a 37 dias. Na visita foi aplicado um questionário estruturado completo (Apêndice C) para a obtenção de dados sociodemográficos, informações de saúde da mulher, informações sobre a última gestação e atenção pré-natal, informações sobre o parto e pós-parto na maternidade e, por último, informações diversas sobre o primeiro mês de vida do bebê. Quando disponíveis, a carteira do acompanhamento pré-natal e a nota de alta hospitalar foram consultadas para conferência de algumas informações, como número de consultas pré-natais.

Foram consideradas perdas no seguimento as mulheres que não foram encontradas para realização das entrevistas domiciliares após três tentativas de contato telefônico em dias e horários diferentes, e uma tentativa de contato presencial.

Para controle da qualidade dos dados, foi realizada a checagem de respostas de algumas perguntas-chave do questionário, por meio de contato telefônico, com pouco mais de 5% da amostra, sorteadas aleatoriamente.

#### **6.5 EQUIPE DE TRABALHO**

A equipe de trabalho foi constituída de duas pesquisadoras - a orientadora e a co-orientadora - quatro alunas de pós-graduação, sendo três alunas de mestrado e uma de doutorado, que eram encarregadas da supervisão de campo, e seis entrevistadoras contratadas para o projeto.

As coordenadoras de campo realizaram a seleção da equipe de entrevistadoras entre alunas de graduação na área de saúde de diferentes instituições de ensino do município, a fim de recrutar entrevistadoras aptas a realizar um trabalho com dedicação e comprometimento. O

processo seletivo ocorreu com a apresentação do projeto aos candidatos e entrevistas individuais, com posterior análise das candidatas pela equipe de coordenadoras de campo. As graduandas selecionadas foram alocadas nas equipes de trabalho, divididas entre os hospitais envolvidos no projeto.

O treinamento das entrevistadoras foi realizado em três etapas, um mês antes do início da coleta de dados. Na primeira etapa, foram apresentados os instrumentos de coleta dos dados às entrevistadoras para conhecimento e familiarização com os mesmos. Foi entregue às entrevistadoras um manual contendo todas as informações do questionário e passo-a-passo para a realização das entrevistas, bem como explicação de cada uma das questões (Apêndice D). Na segunda etapa, foram realizadas simulações de entrevistas, em que cada entrevistadora aplicou o questionário a uma supervisora de campo e, na sequência, foi realizada discussão (*debriefing*). A terceira etapa consistiu em entrevista a puérperas escolhidas aleatoriamente, com o objetivo de familiarização com os instrumentos, com posterior discussão e esclarecimento de dúvidas para toda a equipe.

Finalizadas as etapas de treinamento, no início da coleta, cada entrevistadora realizou de três a quatro entrevistas acompanhada de uma das supervisoras de campo, inicialmente como ouvintes e, após, aplicando o instrumento, com posterior *feedback*. Só então foram consideradas aptas a realizar as entrevistas individualmente.

Durante o período da coleta, foram feitas reuniões semanais entre as supervisoras de campo e as entrevistadoras, ocasião em que os questionários preenchidos da semana eram entregues às supervisoras e se discutia o andamento das visitas domiciliares, sendo esclarecidas eventuais dúvidas.

## 6.6 ESTUDO PILOTO

No mês anterior ao início da coleta de dados, no período de 12/12/2015 a 30/01/2016, foi realizado um estudo piloto para teste da técnica de captação das mulheres e da realização de entrevistas com as puérperas. Foram incluídas 12 mulheres, que representam em torno de 5% do número de puérperas planejado para o estudo. O estudo piloto foi realizado com puérperas das três maternidades inicialmente envolvidas no estudo. As informações obtidas no estudo piloto não foram utilizadas nas análises do estudo.

O estudo piloto foi de fundamental importância para a realização de pequenos ajustes no instrumento de coleta de dados, bem como para avaliação do tempo da entrevista e da percepção das mulheres quanto à aplicação dos instrumentos.

## 6.7 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

### 6.7.1 Variável dependente (desfecho)

A variável dependente ou desfecho foi a criança estar ou não em AME aos 30 dias de vida. Segundo a OMS, AME é quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção, somente, de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989).

### 6.7.2 Variável independente ou explanatória

A variável independente ou explanatória foi o escore das práticas pró-amamentação realizadas nas maternidades em estudo, elaborado através de um modelo da TRI (Teoria de Resposta ao Ítem), o Modelo Logístico de Dois Parâmetros. Fizeram parte do escore as seguintes práticas realizadas nas maternidades: contato pele a pele, recém-nascido colocado

para mamar na primeira hora de vida, alojamento conjunto ininterrupto (não separação da dupla mãe-bebê), apoio profissional à amamentação, orientações quanto à amamentação, incentivo à amamentação em livre demanda, não uso de fórmula infantil e não uso de bico/chupeta, selecionadas com base nos passos estabelecidos pela IHAC.

Todas as práticas foram informadas pela mãe na entrevista no domicílio e categorizadas em “sim” ou “não”.

### **6.7.3 Outras variáveis (de ajuste)**

- Idade materna (em anos completos): dado informado pela mãe e apresentado como média  $\pm$  desvio padrão;
- Escolaridade da mãe (em anos completos de estudo): dado informado pela mãe e apresentado como média  $\pm$  desvio padrão;
- Cor da pele da mãe: dado informado pela mãe e categorizado em “branca” e “preta/parda”;
- Coabitação com o pai do bebê: dado informado pela mãe e categorizado em “sim” e “não”;
- Paridade da mãe: dado informado pela mãe e categorizado em “primípara” e “múltipara”;
- Hospital em que o parto foi realizado: dado definido a partir do hospital em que foi realizado o recrutamento e categorizado em “HCPA-Hospital de Clínicas de Porto Alegre” e “HMV- Hospital Moinhos de Vento”;
- Tipo de parto: dado coletado no prontuário da paciente e categorizado em “vaginal” e “cesariana”;
- Sexo do bebê: dado coletado no prontuário da paciente e categorizado em “feminino” e “masculino”.

## 6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi construído utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *for Windows* versão 21.0 (IBM, SPSS, Chicago, Il., EUA). Foi realizada a dupla digitação dos dados, com posterior validação.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando os pacotes estatísticos SPSS versão 21.0 (IBM, SPSS, Chicago, Il., EUA) e o SAS Studio (*SAS on demand for academics*). Para a descrição da amostra, foram utilizadas medidas adequadas para cada variável, ou seja, médias e desvios-padrão para variáveis com distribuição normal e medianas e intervalos interquartis para as demais variáveis numéricas contínuas. No caso das variáveis categóricas, foram apresentadas frequências relativas e absolutas.

A comparação das mulheres excluídas do estudo, das que se recusaram a participar da pesquisa e das que foram perdidas no seguimento com a amostra foi realizada por meio de testes qui-quadrado, considerando significativo o valor  $p < 0,05$ .

Foi elaborada uma variável latente, que resume em uma única medida os resultados de práticas de incentivo e apoio à amamentação, denominada escore de práticas pró-amamentação. Como as práticas de incentivo e apoio à amamentação têm resposta dicotômica, a saber, as mulheres respondem 'sim' (a mulher foi exposta à prática) ou 'não' (a mulher não foi exposta à prática), esse escore foi criado através do ajuste de um modelo da TRI, chamado Modelo Logístico de Dois Parâmetros (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; CURI, 2006), que permite que cada prática tenha seu parâmetro de discriminação (ai-tabela 3- página 71) e seu parâmetro de dificuldade (bi-tabela 3- pág.71) estimados individualmente.

O parâmetro de discriminação consiste na capacidade de cada prática discriminar as mulheres da população de interesse em relação ao seu verdadeiro nível no escore de práticas

pró-amamentação (variável latente). Desse modo, o modelo permite avaliar quais as práticas mais importantes, que mais contribuem na estimativa do escore.

O parâmetro de dificuldade permite ordenar as práticas, de modo que saibamos quais as práticas que necessitam que as mulheres tenham um nível alto do escore de práticas pró-amamentação para terem maior probabilidade de resposta 'sim' (práticas mais difíceis), e quais as práticas necessitam que as mulheres tenham seu nível escore de práticas pró-amamentação mais baixo para terem alta probabilidade de resposta 'sim' (práticas mais fáceis).

Para verificar a associação entre amamentação exclusiva no primeiro mês e escore de práticas de incentivo e apoio ao aleitamento materno na maternidade, foram estimadas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%), através do modelo de regressão de Poisson com variância robusta uni-variável e por meio do ajuste de modelos de regressão de Poisson com variância robusta. Para essas análises, o valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

As variáveis utilizadas como ajuste nos modelos de regressão de Poisson foram: idade e anos de estudo da mãe (variáveis numéricas), hospital de recrutamento das mulheres, tipo de parto, cor da pele da mãe, paridade, sexo do bebê e coabitação com o pai do bebê (variáveis categóricas). Essas variáveis foram escolhidas como variáveis de ajuste, por terem sido associadas ao AME em estudo anterior (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

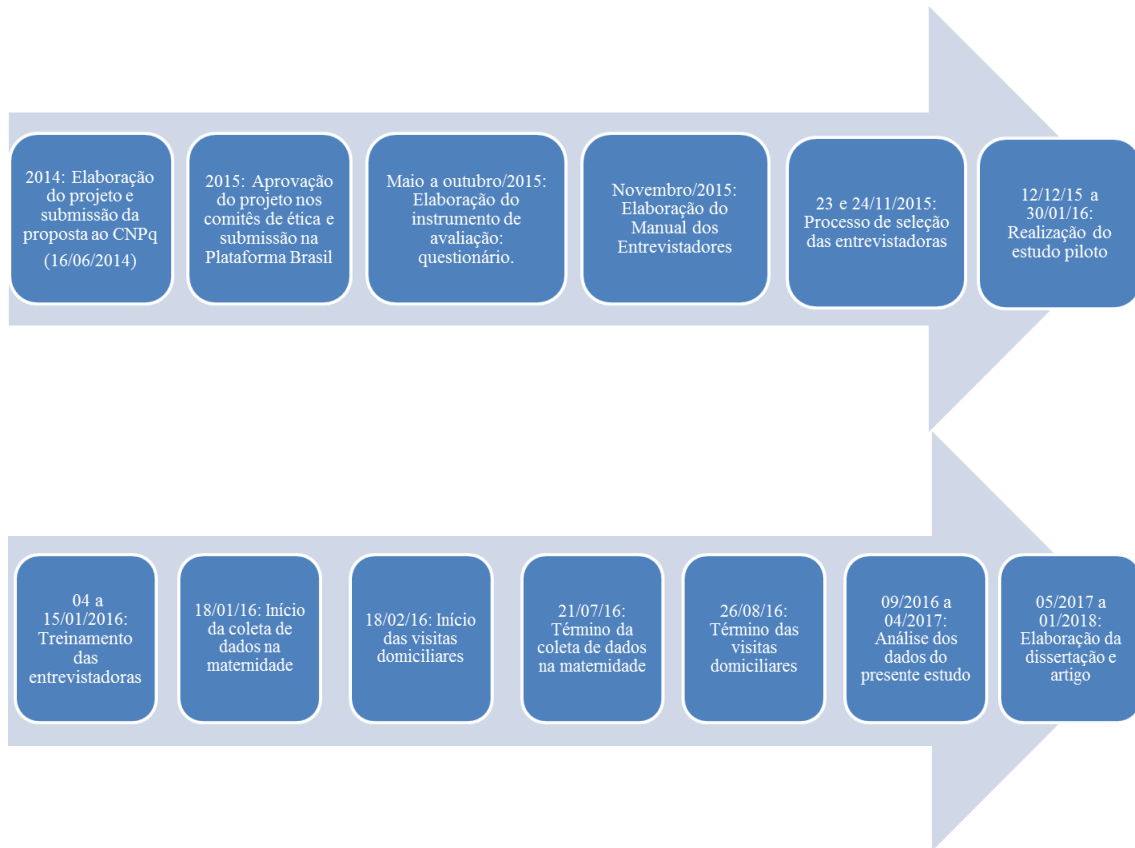
A suposição de linearidade de variáveis quantitativas foi avaliada por meio do teste baseado nos quartis (COLLET, 2003).

## 6.9 LINHA DO TEMPO DA PESQUISA

A seguir será apresentada uma linha cronológica que contempla todas as etapas da pesquisa que deu origem ao presente estudo, desde a elaboração do projeto matriz, passando pela elaboração dos instrumentos utilizados para coleta de dados, bem como treinamento das entrevistadoras,

elaboração do manual de orientações para o entrevistador, análises dos dados do presente estudo e elaboração da dissertação e artigo.

FIGURA 1: Linha do tempo da pesquisa



## 6.10 FINANCIAMENTO

Esta pesquisa recebeu auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do edital universal (processo nº 448186/2014-4).

Foi concedida uma bolsa de estudos financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) à autora desta dissertação.

## 6.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto se encontra em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos (resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelos



Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Moinhos de Vento, sob parecer 1.288.088 (Anexo A) e 1.204.288 (Anexo B), respectivamente, no ano de 2015.

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa risco significativo para as participantes. No entanto, foi assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento, caso houvesse algum desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou pelo conteúdo da entrevista.

Todas as puérperas que aceitaram participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em duas vias, cujo conteúdo inclui: o propósito da pesquisa, os contatos das pesquisadoras, o esclarecimento sobre riscos e benefícios, o compromisso das pesquisadoras com o sigilo dos dados e a possibilidade de a mulher se retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALM, B. *et al.* Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome. **Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)**, v. 105, n. 1, p. 31–38, 2016.
- ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoria de Resposta ao Ítem**: conceitos e aplicações. São Paulo: ABE - Associação Brasileira de Estatística, 2000.
- APARECIDA, K. R. M. Da *et al.* Percepção das mães em relação ao aleitamento materno no período pós parto Perception of mothers in relation to breastfeeding in the postpartum period. **ABCS HEALTH SCIENCES**, v. 38, n. 3, p. 133–141, 2014.
- ASOLE, S. *et al.* Effect of hospital practices on breastfeeding: A survey in the Italian Region of Lazio. **Journal of Human Lactation**, v. 25, n. 3, p. 333–340, 2009.
- BECHER, J. C.; BHUSHAN, S. S.; LYON, A. J. Unexpected collapse in apparently healthy newborns - a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, v. 97, n. 1, p.30–34, 2012.
- BECK, A. M. D. O. *et al.* Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. **Revista Social Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 4, p. 464–468, 2012.
- BELO, M. N. M. *et al.* Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 1, p. 65–72, 2014.
- BIGELOW, A. E. *et al.* Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infants' first three months. **Infant mental health journal**, v. 35, n. 1, p. 51–62, 2014.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69–78, 2011.
- \_\_\_\_\_. *et al.* Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1–9, 2017.
- \_\_\_\_\_; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. **Revista de Saude Publica**, v. 49, 2015.
- BOWATTE, G. *et al.* Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. **Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)**, v. 104, n. 467, p. 85–95, 2015.
- BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** [S.l.]: [s.n.], v. 23, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da. Ministério da Saúde, 2013. p. 20.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** [S.l.]: [s.n.], 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAUN, M. L. G. *et al.* Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. [Miscellaneous Article]. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 8, p. 1277–1279, 2003.

BRITTON, C. *et al.* Support for breastfeeding mothers. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 1, p. 1-45, 2007.

BRODRIBB, W.; KRUSKE, S.; MILLER, Y. D. Baby-Friendly Hospital Accreditation, In-Hospital Care Practices, and Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 131, n. 4, p. 685–692, 2013.

BUCCINI, G. D. S.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; VENANCIO, S. I. Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 3, p. 52-60, 2015.

BURANASIN, B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. **Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health**, v. 5, n. 3, p. 217–220, 1991.

BYSTROVA, K. *et al.* Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, v. 36, n. 2, p. 97–109, 2009.

CARVALHO-RAMOS, I. I. *et al.* Breastfeeding increases microbial community resilience. **Jornal de Pediatria**, 2017. n. xx, p. 1–10.

CASIDAY, R. E. *et al.* Do early infant feeding patterns relate to breast-feeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 58, n. 9, p. 1290–1296, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Progress in increasing breastfeeding and reducing racial/ethnic differences - United States, 2000-2008 births. **Mmwr**, 2013. v. 62, n. 5, p. 77–80. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23388550>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CHANTRY, C. J. *et al.* In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. **Jornal de Pediatria**, v. 164, n. 6, p. 1339–1345, 2014.

- CHOWDHURY, R. *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 104, p. 96–113, 2015.
- COLLETT, David. **Modelling Survival Data in Medical Research**. Second Edition. Bristol, UK: CRC press, 2003.
- COUTINHO, S. B. *et al.* The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 6, p. 471–477, 2005.
- CÚRI, M. **Análise de questionários com itens constrangedores**. 2006. 100 f. Tese (Doutorado em Estatística). São Paulo: Instituto de Matemática e Estatística da USP, 2006.
- DABRITZ, H. A.; HINTON, B. G.; BABB, J. Maternal hospital experiences associated with breastfeeding at 6 months in a northern California county. **Journal of Human Lactation**, v. 26, n. 3, p. 274–285, 2010.
- DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 122, n. Supplement 2, p. S43–S49, 2008.
- DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. **Birth (Berkeley, Calif.)**, 2001. v. 28, n. 2, p. 94–100, 2001.
- EDMOND, K. M. *et al.* Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. e380–e386, 2006.
- ESPÍRITO SANTO, L. C.; MONTEIRO, F. R.; ALMEIDA, P. V. B. Políticas Públicas de Aleitamento Materno In: CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação: Bases Científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.465-466.
- ESTEVES, T. M. B. *et al.* Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 4, p. 697–708, 2014.
- FALLON, A. *et al.* Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, 2016.
- FEITOSA, A. M. M.; PEREIRA, M. S.; CAMPOS, J. S. Importância do Contato Precoce Mãe-Filho e sua Contribuição para o Sucesso do Aleitamento Materno. **J.Health Biol Sci**, v. 2, n. 3, p. 120–124, 2014.
- GIUGLIANI, E. R. J.; SANTOS, E. A. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação: Bases Científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p.39-40.
- HAIK, L. N. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 5, p. 894–905, 2012.
- HAROON, S. *et al.* Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. Suppl 3, p. S20, 2013.

HAUCK, F. R. *et al.* Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 128, n. 1, p. 103–110, 2011.

\_\_\_\_\_; OMOJOKUN, O. O.; SIADATY, M. S. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. e716–e723, 2005.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 104, p. 30–37, 2015.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 104, p. 14–19, 2015b.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: Prestação de Contas Ordinárias Anual. Relatório de Gestão do Exercício de 2016. Disponível em: <[https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/inst\\_gestao\\_publicacoes/relatorio\\_de\\_2016.pdf](https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/inst_gestao_publicacoes/relatorio_de_2016.pdf)>. Acesso em: 10 mar.2018.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO: Relatório Anual 2016. Disponível em: <[http://www.hospitalmoinhos.org.br/47/wp-content/uploads/2017/04/Relato-Anual-2016\\_vers%C3%A3o-final.pdf](http://www.hospitalmoinhos.org.br/47/wp-content/uploads/2017/04/Relato-Anual-2016_vers%C3%A3o-final.pdf)>. Acesso em: 10 mar.2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/resultados/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_rio\\_grande\\_do\\_sul.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2018.

JAAFAR SH *et al.* Effect of restricted pacifier use on duration of breastfeeding in full-term infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, p. 8–10, 2016.

JENIK, A. G. *et al.* Does the Recommendation to Use a Pacifier Influence the Prevalence of Breastfeeding? **Journal of Pediatrics**, v. 155, n. 3, p. 350–355, 2009.

KALMAKOFF, S.; GRAY, A.; BADDOCK, S. Predictors of supplementation for breastfed babies in a Baby-Friendly hospital. **Women and Birth**, [S.l.], . v. 0, n. 0, 6 set. 2017.

KENT, J. C. *et al.* Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. e387–e395, 2006.

KENT, J. C.; PRIME, D. K.; GARBIN, C. P. Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production. **JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 41, n. 1, p. 114–121, 2012.

KRAMER, M. S. Pacifier Use, Early Weaning , and Cry/Fuss Behavior. **JAMA**, v. 286, n. 3, p.322-326, 2001.

\_\_\_\_\_; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 8, n. 8, p. CD003517, 2012.

KRONBORG, H.; VÆTH, M. How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? **Birth**, v. 36, n. 1, p. 34–42,

2009.

LABBOK, M. H. Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion. **Breastfeeding Medicine**, v. 7, n. 4, p. 210–222, 2012.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 2, p. 161–169, 2008.

\_\_\_\_\_. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. **Revista da Associação Médica Brasileira**, p. 319–324, 1998.

LUTTER, C. K. *et al.* The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 4, p. 659–663, 1997.

MATOS, T. A. *et al.* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 998–1004, 2010.

MAUCH, C. E. *et al.* Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: An observational study. **BMC Pediatrics**, v. 12, 2012.

MCFADDEN, A. *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 2, 2017.

MEREWOOD, A. *et al.* Breastfeeding Rates in US Baby-Friendly Hospitals: Results of a National Survey. **Pediatrics**, v. 116, n. 3, p. 628–634, 2005.

MERTEN, S.; DRATVA, J.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? **Pediatrics**, v. 116, n. 5, p. e702–e708, 2005.

MONTEIRO, J. C.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2006.

MOORE, E. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants ( Review ) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2016.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S128–S139, 2014.

NGUYEN, B.; JIN, K.; DING, D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes : A systematic review. **PLOS ONE**, p. 1–27, 2017.

O’CONNOR, S. *et al.* Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. **Pediatrics**, v. 66, n. 2, 1980.

OLIVEIRA, M. I.; CAMACHO, L. A.; TEDSTONE, A. E. A method for the evaluation of primary health care units’ practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. **J Hum Lact**, v. 19, n. 4, p. 365–373, 2003.

- PANSY, J. *et al.* Pacifier use: What makes mothers change their mind? **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 97, n. 7, p. 968–971, 2008.
- PERES, K. G. *et al.* Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 54–61, 2015.
- PEREZ-ESCAMILLA, R.; MARTINEZ, J. L.; SEGURA-PEREZ, S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, n. 3, p. 402–417, 2016.
- PILLEGI, M. C. *et al.* A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna : prevalência e fatores limitantes Breastfeeding in the first hour of life and modern technology : prevalence and limiting factors. **Einsten**, v. 6, n. 11, p. 467–472, 2008.
- POETS, A.; STEINFELDT, R.; POETS, C. F. Sudden Deaths and Severe Apparent Life-Threatening Events in Term Infants Within 24 Hours of Birth. **Pediatrics**, v. 127, n. 4, p. e869–e873, 2011.
- PORTER, R. H. The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 93, n. 12, p. 1560–1562, 2004.
- REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 1, p. S37–S45, 2003.
- RENFREW, M. J. *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **The Cochrane Library**, n. 5, 2012.
- RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. **The Lancet**, v. 336, n. 8723, p. 1105–1107, 1990.
- SADAUSKAITĖ-KUEHNE, V. *et al.* Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 20, n. 2, p. 150–157, 2004.
- SAMPAIO, Á. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, 2016.
- SANKAR, M. J. *et al.* Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, p. 3–13, 2015.
- SHARMA, A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. **African Health Sciences**, v. 16, n. 3, p. 790–797, 2016.
- SHLOIM, N. *et al.* “It’s like giving him a piece of me.”: Exploring UK and Israeli women’s accounts of motherhood and feeding. **Appetite**, 2015. v. 95, p. 58–66, 2015.
- SILVA, C. M. *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutricao**, v. 29, n. 4, p. 457–471, 2016.

SILVEIRA, R. B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 35–43, 2008.

SMITH, H. A.; BECKER, G. E. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 8, 2016.

STUEBE, A. M.; BONUCK, K. What Predicts Intent to Breastfeed Exclusively? Breastfeeding Knowledge, Attitudes, and Beliefs in a Diverse Urban Population. **Breastfeeding Medicine**, v. 6, n. 6, p. 413–420, 2011.

UNAR-MUNGUÍA, M. *et al.* Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 2, p. 422–434, 2017.

VENANCIO, S. I. *et al.* The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 66, n. 10, p. 914–918, 2012.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016.

VIEIRA, G. O. *et al.* Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. **Jornal de Pediatria**, v. 0, n. 0, p. 441–444, 2010.

VIEIRA, T. O. *et al.* Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population : cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 760, 2010.

VILA-CANDEL, R. *et al.* Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, jan. 2017.

VOGEL, A. M.; HUTCHISON, B. L.; MITCHELL, E. A. The impact of pacifier use on breastfeeding: A prospective cohort study. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 37, n. 1, p. 58–63, 2001.

WALLWIENER, S. *et al.* Predictors of impaired breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: what is important? **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 294, n. 3, p. 455–466, 2016.

WIDSTROM, A. M. *et al.* Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behavior. **Acta Paediatrica Scandinavica**, v. 76, n. 4, p. 566–572, 1987.

\_\_\_\_\_. *et al.* Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. **Early Human Development**, v. 21, n. 3, p. 153–163, 1990.

WILDE, C. J.; KNIGHT, C. H.; FLINT, D. J. Control of milk secretion and apoptosis during mammary involution. **Journal of mammary gland biology and neoplasia**, v. 4, n. 2, p. 129–136, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. **World Health Organization**, 1989. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241561300/en/>>.



Acesso em: 10 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. **World Health Organization**, 1998. v. 23, n. 3, p. 1–118. Disponível em: <<http://www.babyfriendlyusa.org/eng/10steps.html>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Infant and young child feeding. **World Health Organization**, 2009. v. 155, n. May, p. A3929. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. National Hospital Initiative of the Baby-friendly Implementation. **World Health Organization**, 2017. [S.l.]: [s.n.], 2017a. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. **World Health Organization**, 2013.

\_\_\_\_\_. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. **World Health Organization**, 2017 [S.l.]: [s.n.], 2017b.

\_\_\_\_\_. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Florence/Italy: **World Health Organization**; 1990.

WRIGHT, A.; RICE, S.; WELLS, S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. **Pediatrics**, 1996. v. 97, n. 5, p. 669–675, 1996.

YAMAUCHI, Y.; YAMANOUCI, I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. **Pediatrics**, v. 86, n. 2, p. 171–175, 1990.

## 8 ARTIGO

### INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO À AMAMENTAÇÃO EM MATERNIDADES NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA

*Agnes M B L Bizon, Camila Giugliani, Juliana C Avilla, Andrea F K de Senna,  
Ana Cláudia M Martins, Stela Castro, Elsa R J Giugliani*

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a associação entre um conjunto de práticas pró-amamentação em maternidades e a prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do bebê, levando em consideração a contribuição de cada uma das práticas na associação. **Métodos:** Estudo transversal com 287 mulheres que tiveram parto em duas maternidades em Porto Alegre, Brasil: uma pública, com certificação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e outra privada, sem essa certificação. Foram selecionadas aleatoriamente mulheres que tiveram recém-nascidos a termo, não gemelares e em alojamento conjunto. Após 30 dias do parto, elas foram entrevistadas em seus domicílios. As práticas de incentivo e apoio à amamentação avaliadas foram: contato pele a pele, recém-nascido colocado para mamar na primeira hora de vida, alojamento conjunto ininterrupto, apoio profissional na amamentação, orientações sobre amamentação, incentivo à amamentação em livre demanda, não suplementação com fórmula infantil e não uso de chupeta. Foi elaborada uma variável latente que resume em uma única medida os resultados dessas práticas, denominada escore de práticas pró-amamentação, por meio do ajuste de um modelo da Teoria de Resposta ao Item (TRI), o Modelo Logístico de Dois Parâmetros, o qual permite que cada prática tenha seu parâmetro de discriminação e dificuldade estimados individualmente. A associação entre amamentação exclusiva aos 30 dias de vida da criança e o escore de práticas de incentivo e apoio ao aleitamento materno foi

verificada por meio de regressão de Poisson com variância robusta, sendo estimadas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). **Resultados:** A prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida da criança foi de 61,7%. As práticas com maior capacidade de discriminação, ou seja, que mais contribuíram na estimativa do escore foram apoio profissional para amamentar, orientações sobre amamentação e incentivo à amamentação em livre demanda. Já as mais difíceis foram recém-nascido colocado para mamar na 1ª hora de vida, incentivo à amamentação em livre demanda e não uso de fórmula infantil. Com a análise multivariável, estimou-se que a cada unidade (desvio padrão) de acréscimo no escore há um aumento de 20% na prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida. **Conclusão:** A associação entre prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do bebê e o escore de práticas pró-amamentação em maternidades aponta para a importância do conjunto dessas práticas para a melhoria dos indicadores de aleitamento materno.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Saúde materno-infantil. Assistência Perinatal. Recém-nascido. Maternidades.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the association between a set of practices of encouragement and support to breastfeeding in maternity hospitals and the prevalence of exclusive breastfeeding in the first month of life taking into account the contribution of each association practice.

**Methods:** Cross-sectional study involving 287 women who had delivered in two maternity hospitals in Porto Alegre, Brazil: one public, with certification in the Children Friendly Hospital Initiative, and another private, without certification in such Initiative. Women who had babies to term, non-twins and with no neonatal complications were randomly selected and

were interviewed at home after 30 days of delivery. The evaluated practices of encouragement and support to breastfeeding were: skin-to-skin contact, breast-feeding in the first hour, rooming-in, professional support in breastfeeding, breastfeeding orientations, encouragement to feeding on demand, non-supplementation with infant-formula and no soothers. It was elaborated a latent variable summarizing in a single measure the results of such practices called pro-breastfeeding practice score with the adjustment of a model of Item Response Theory (IRT), the Two-Parameter Logistic Model that allows that each practice has its discrimination and difficulty parameters individually estimated. It was used the Poisson regression with robust variance to verify the association between exclusive breastfeeding at 30 days of life and the score of practices of breastfeeding encouragement and support, being estimated the prevalence ratio (PR) and its respective confidence intervals (CI 95%). It was elaborated a latent variable, summarizing in a single measure the results of such practices called pro-breastfeeding practices score with the adjustment of a model of Item Response Theory (IRT), the Two-Parameter Logistic Model that allows that each practice has its discrimination and difficulty parameters individually estimated. It was used the Poisson regression with robust variance to verify the association between exclusive breastfeeding at 30 days of life and the score of practices of breastfeeding encouragement and support, being estimated the prevalence ratio (PR) and its respective confidence intervals (CI 95%). **Results:** The prevalence of exclusive breastfeeding at the 30 days of the child's life was 61.7%. The practices with greater discrimination capacity, that is, which contributed the most in the score estimations, were: professional support for breastfeeding, guidelines on breastfeeding, and incentive to breastfeeding on demand. The most difficult ones were: suckling within the first hour of life, on-demand incentive, and non-utilization of milk formula. With the multivariate analysis, it was estimated that at each unit (standard deviation) of increase in the score there is an increase of 20% in the prevalence of exclusive breastfeeding at 30 days of life.

**Conclusion:** The association between prevalence of exclusive breastfeeding in the baby's first month of life and the pro-breastfeeding practices score in the maternity hospitals points to the importance of all these practices for the improvement of breastfeeding indicators.

**Descriptors:** Breastfeeding. Maternal and child health. Perinatal care. Newborn. Maternity hospital.

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar das evidências sobre o impacto positivo da amamentação exclusiva na saúde da criança e da mãe, as prevalências dessa prática são preocupantes. Mesmo sendo um poderoso comportamento de promoção de saúde, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de aleitamento materno por 2 anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), ainda é pouco adotada. No mundo, apenas 43% das crianças menores de 6 meses são amamentadas exclusivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a). No Brasil, apesar dos avanços nas prevalências de amamentação exclusiva em menores de 6 meses, partindo de 2,9% em 1986 e atingindo 37,1% em 2006, constatou-se estabilização desse indicador na mais recente pesquisa de âmbito nacional, conduzida em 2013 (36,6%) (BOCCOLINI *et al.*, 2017). Com 1 mês de vida, apenas 60,7% dos bebês se encontravam em aleitamento materno exclusivo aos 30 dias de vida (BRASIL, 2009). Diante desse cenário, fica evidente a necessidade de se intensificar os esforços em prol da amamentação exclusiva e identificar estratégias para tal.

Sabe-se que algumas práticas de incentivo à amamentação nas maternidades se associam ao aumento na duração da amamentação, tais como amamentação na primeira hora de vida, ausência de suplementação com fórmula infantil (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2008; 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) e não

oferecimento de chupeta (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2008). Além disso, existe uma relação dose-resposta entre o número de práticas às quais as duplas mãe-bebê são expostas na maternidade e a duração da amamentação exclusiva (PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ, J. L.; SEGURA-PEREZ, 2016). Porém, não há estudos que tenham avaliado o efeito de um conjunto de práticas de incentivo e apoio à amamentação em maternidades nas prevalências de amamentação exclusiva levando em consideração a contribuição de cada uma das práticas nesse efeito. Assim, visando ampliar os conhecimentos sobre o efeito das práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação nas maternidades, este estudo teve como objetivo pesquisar a existência e a magnitude de associação entre um conjunto de práticas pró-aleitamento materno comuns em maternidades, sobretudo aquelas preconizadas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), e a prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida do bebê, respeitando as diferenças do impacto de cada prática no desfecho estudado.

## **2 MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte. O estudo de coorte tem como objetivo principal investigar o grau de satisfação das mulheres com a atenção ao seu parto e com a amamentação, identificando fatores associados a ele. O estudo encontra-se em andamento e prevê o acompanhamento das mulheres até as crianças completarem dois anos de vida.

O estudo contou com a participação de mulheres que tiveram seus filhos em duas maternidades, uma pública e uma privada, do município de Porto Alegre, RS, Brasil: a do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral universitário, predominantemente público, com certificação na IHAC desde 1997; e a do Hospital Moinhos de Vento (HMV), que é um hospital geral privado, sem certificação na IHAC. Ambas as

maternidades são hospitais de excelência, referências para atendimento de gestações de risco habitual e de alto risco, tendo realizado, no ano de 2016, 3.725 e 4.182 partos, respectivamente (HCPA, 2016; HVM,2016).

As puérperas foram selecionadas diariamente, incluindo os finais de semana, no alojamento conjunto das maternidades, durante o período de 16 de janeiro a 21 de julho de 2016, período em que foi atingido o número previsto de mulheres para o estudo. A seleção ocorreu de forma aleatória, com aquelas que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: residir no município de Porto Alegre; ter seu recém-nascido vivo, a termo (idade gestacional  $\geq$  37 semanas) e não gemelar. Não foram incluídas no estudo as mulheres que tivessem elas próprias ou seus filhos alguma complicação que os impedisse de estarem em alojamento conjunto durante a estadia na maternidade ou de amamentar. Por questões de segurança da equipe da pesquisa, foram excluídas as mulheres residentes em áreas com alto grau de violência, definidas como locais em que as visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde estavam suspensas.

Na maternidade, as mulheres elegíveis sorteadas foram convidadas a participar da pesquisa e, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), era combinada uma entrevista nos seus domicílios ou em outro local de sua preferência, na semana seguinte após a criança completar 30 dias de vida. Nas entrevistas, foram utilizados questionários padronizados contendo questões visando à obtenção de dados sócio-demográficos e sobre a saúde da mulher, sua última gestação, parto e pós-parto imediato, além de questões sobre o primeiro mês de vida do bebê. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 60 minutos e foram conduzidas por 10 entrevistadoras, todas da área da saúde, previamente treinadas para a tarefa.

Para controle de qualidade dos dados, foi realizada a checagem de algumas respostas de perguntas-chave do questionário em aproximadamente 5% da amostra, selecionadas por sorteio, por meio de contato telefônico.

As práticas inicialmente selecionadas foram: contato pele a pele após o parto, recém-nascido colocado para mamar na primeira hora de vida, permanência ininterrupta em alojamento conjunto, apoio profissional na amamentação, orientações sobre amamentação, incentivo à amamentação em livre demanda, não suplementação com fórmula infantil, não uso de chupeta, presença de acompanhante no parto e presença de acompanhante no alojamento conjunto. A maioria dessas práticas está contemplada nos “Dez Passos para amamentação bem-sucedida” da IHAC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

Para as análises estatísticas foram utilizados os pacotes estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 21.0 (IBM, SPSS, Chicago, IL., EUA) e SAS Studio (*SAS on demand for academics*). Foram utilizadas médias e desvios-padrão para variáveis com distribuição normal e, para as demais variáveis quantitativas, medianas e intervalos interquartis. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências relativas e absolutas.

Foi elaborada para o presente estudo uma variável latente que resume em uma única medida os resultados de práticas de incentivo e apoio à amamentação, denominada “escore de práticas pró-amamentação”. Contribuíram para esse escore as práticas de incentivo e apoio à amamentação que tiveram mais ‘peso’ na sua composição, e também as respostas das mulheres à exposição dessas práticas. O ‘peso’ é medido pela combinação de dois aspectos de cada prática, a saber, discriminação e dificuldade. Deste modo, mulheres que responderam sim para as práticas com maior ‘peso’ dentre as que compõem o escore, tiveram valores mais altos para o escore de práticas pró-amamentação, enquanto que mulheres que responderam ‘sim’ apenas para as práticas com menor ‘peso’ tiveram valores mais baixos para o mesmo.



Como as práticas de incentivo e apoio à amamentação têm resposta dicotômica, a saber, as mulheres respondem 'sim' (a mulher foi exposta à prática) ou 'não' (a mulher não foi exposta à prática), esse escore foi criado por meio do ajuste de um modelo da Teoria de Resposta ao Item (TRI), chamado Modelo Logístico de Dois Parâmetros (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000), que permite que cada prática tenha seus parâmetros de discriminação ( $a_i$ - tabela 3) e de dificuldade ( $b_i$ - tabela 3) estimados individualmente. O parâmetro de discriminação consiste na capacidade de cada prática discriminar as mulheres da população de interesse em relação ao seu verdadeiro nível no escore de práticas pró-amamentação (variável latente). Desse modo, o modelo permite avaliar quais as práticas que mais contribuem na estimativa do escore. O parâmetro de dificuldade, por sua vez, permite ordenar as práticas de modo que saibamos quais delas requerem que as mulheres tenham um nível alto do escore de práticas pró-amamentação para terem maior probabilidade de resposta 'sim' (práticas mais difíceis de serem realizadas), e quais apresentam probabilidade de resposta 'sim' alta, mesmo tendo um nível do escore de práticas pró-amamentação mais baixo (práticas mais fáceis).

A informação sobre o desfecho – amamentação exclusiva aos 30 dias de vida do bebê – foi obtida na entrevista com a mãe na semana seguinte ao término do primeiro mês após o parto. Considerou-se em amamentação exclusiva a criança que recebia somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção, somente, de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989).

Para verificar a associação entre amamentação exclusiva aos 30 dias de vida e o escore de práticas de incentivo e apoio ao aleitamento materno na maternidade, foram estimadas razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%), por meio do ajuste de modelos de regressão de Poisson com variância robusta. Para essa análise, o valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

As variáveis de ajuste utilizadas nos modelos de regressão de Poisson foram: idade e anos de estudo da mãe (variáveis quantitativas), local do parto (hospital público ou privado), tipo de parto, cor da pele da mãe, paridade, sexo do bebê e coabitação com o pai do bebê (variáveis categóricas). Essas variáveis foram escolhidas como variáveis de ajuste por serem frequentemente associadas ao aleitamento materno (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). A suposição de linearidade de variáveis quantitativas foi avaliada por meio do teste baseado nos quartis (COLLETT, 2003).

A pesquisa se encontra em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos (resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, sob os pareceres 1.288.088 (HCPA) e 1.204.288 (HMV).

### **3 RESULTADOS**

Das 503 mulheres sorteadas para o estudo, 124 foram excluídas por residirem em áreas com alto nível de violência no período da coleta de dados e 25 (5%) se recusam a participar da pesquisa. Além disso, foram contabilizadas 67 perdas (17,7%) de mulheres que não foram encontradas após pelo menos três tentativas de contato telefônico e busca no domicílio. Assim, 287 mulheres completaram o estudo. O perfil das mulheres excluídas foi comparado com o das que completaram o estudo, mostrando que elas não diferem quanto à cor da pele ( $p=0,949$ ), à paridade ( $p=0,384$ ), à idade ( $p=0,286$ ) e ao sexo do bebê ( $p=0,746$ ). No entanto, as mulheres excluídas tiveram menos anos de estudo ( $p<0,001$ ) e apresentaram maior prevalência de partos vaginais ( $p=0,01$ ). Já o perfil das mulheres que se recusaram a participar da pesquisa foi semelhante ao das que concluíram o estudo quanto à cor da pele ( $p=0,125$ ), paridade ( $p=1,00$ ) e idade ( $p=0,279$ ), diferindo quanto à escolaridade, tendo menos anos de estudo ( $p<0,001$ ). As 67 mulheres perdidas se assemelharam às que completaram o estudo

quanto ao tipo de parto, sexo do recém-nascido e paridade, porém tiveram menor escolaridade ( $p < 0,01$ ) e maior prevalência de cor de pele branca ( $p = 0,032$ ).

A média de idade das mulheres foi 29 anos (DP 6,6 anos), variando de 16 a 45 anos. A maioria tinha pele de cor branca, ensino fundamental completo e vivia com o pai do bebê. Metade das mulheres era primípara (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e da assistência hospitalar das mulheres e seus filhos incluídos no estudo (n=287). Porto Alegre (RS), 2016

Características da amostra	Variáveis	Categorias	n	%
Sociodemográficas da mulher	Idade	≤ 19 anos	23	8,1
		20-34 anos	199	69,3
		≥ 35 anos	65	22,6
	Anos de estudo	≤ 8 anos	44	15,3
		> 8 anos	242	84,3
	Cor da pele	Branca	216	75,3
		Preta/parda	71	24,7
	Paridade	Primípara	142	49,5
		Múltipara	145	50,5
	Classificação socioeconômica*	A/B	163	56,8
C/D/E		122	42,5	
Coabitação com o pai do bebê	Sim	248	86,4	
	Não	39	13,6	
Recém-nascido	Sexo do bebê	Masculino	136	47,4
		Feminino	151	52,6
Assistência Hospitalar	Hospital	Público	194	67,6
		Privado	93	32,4
	Tipo de parto	Vaginal	149	51,9
		Cesariana	138	48,1

\*obtida através da tabela ABEP de Classificação Socioeconômica – Critério Brasil. Categorias A/B indicam melhor nível socioeconômico (ABEP,2015)/missing: classificação socioeconômica (2)

\*\*missing: anos de estudo (1).

Todas as mulheres selecionadas para o estudo iniciaram a amamentação na maternidade e a maioria (95,8%) continuava amamentando na época da entrevista, entre 31 e 37 dias de vida da criança. A prevalência do desfecho, ou seja, amamentação exclusiva aos 30

dias de vida, foi 61,7%: 62,8% para as mulheres provenientes do hospital público (n=194) e 59,1% para as do hospital privado (n=93).

As prevalências das práticas de incentivo e apoio à amamentação avaliadas neste estudo são apresentadas na **Tabela 2**. A maioria das mulheres permaneceu em alojamento conjunto ininterrupto, teve apoio profissional para a amamentação, recebeu orientações sobre a amamentação e foi incentivada a amamentar em livre demanda nos dois hospitais. Algumas práticas foram mais frequentes no hospital público: contato pele a pele, não suplementação com fórmula infantil e não oferecimento de chupeta.

**Tabela 2 - Práticas de incentivo e apoio ao aleitamento materno realizadas nas maternidades, segundo tipo de hospital – público ou privado. Porto Alegre (RS), 2016.**

PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO A AMAMENTAÇÃO	Categorias	TOTAL		Público		Privado		“p”
		n	%	n	%	n	%	
<b>Contato pele a pele</b>	Sim	191	66,6	149	76,8	42	45,2	<0,001
	Não	90	31,4	41	21,1	49	52,7	
<b>Colocados para mamar na 1ª hora de vida</b>	Sim	189	65,9	129	66,5	60	64,5	0,688
	Não	95	33,1	62	32	33	35,5	
<b>Alojamento conjunto ininterrupto</b>	Sim	267	93	184	94,8	83	89,2	0,089
	Não	20	7	10	5,2	10	10,8	
<b>Apoio profissional na amamentação</b>	Sim	269	93,7	183	94,3	86	92,5	0,411
	Não	16	5,6	9	4,6	7	7,5	
<b>Orientação sobre amamentação</b>	Sim	236	82,2	160	82,5	76	81,5	0,870
	Não	51	17,8	34	17,5	17	18,3	
<b>Incentivo à amamentação em livre demanda</b>	Sim	207	72,1	138	71,1	69	74,2	0,567
	Não	75	26,1	53	27,3	22	23,7	
<b>Não suplementação com fórmula infantil</b>	Sim (não uso)	191	66,6	140	72,2	51	54,8	0,005
	Não (uso)	94	32,8	53	27,3	41	44,1	
<b>Não uso de chupeta</b>	Sim (não uso)	217	75,6	176	90,7	41	44,1	<0,001
	Não (uso)	70	24,4	18	9,3	52	55,9	

Contato pele a pele: por mais de 10 minutos.

Missings: contato pele a pele (6); bebês colocados para mamar na 1ª hora de vida (3); apoio profissional na amamentação (2); incentivo à amamentação em livre demanda (5); não suplementação com fórmula infantil (2).

Entre as práticas escolhidas inicialmente, a presença de acompanhante na sala de parto e a presença de acompanhante no alojamento conjunto não demonstraram capacidade de discriminação, por isso foram excluídas do modelo. A possível explicação para isso é que em torno de 98% das mulheres tiveram acompanhante na sala de parto e no alojamento conjunto.

Conforme demonstrado na **Tabela 3**, as práticas com maior capacidade de discriminação ( $a_i > 1$ ) (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; CÚRI, 2006) foram apoio profissional na amamentação, orientações sobre amamentação e incentivo à amamentação em livre demanda, ou seja, essas três práticas, dentre as oito selecionadas para compor o escore, foram as que mais contribuíram na estimativa do escore de práticas pró-amamentação.

Quanto ao nível de dificuldade das oito práticas, aquela que se mostrou mais difícil, isto é, apenas mulheres com nível verdadeiro do escore acima de aproximadamente 1 desvio abaixo da média ( $b_i = -0,9$ , Tabela 3), tendo probabilidade maior que 0,5 de a terem feito, foi a prática ‘recém-nascido colocado para amamentar na 1ª hora de vida’. Essa prática foi seguida em nível de dificuldade por ‘incentivo à amamentação em livre demanda’ ( $b_i = -1,08$ , Tabela 3) e ‘não suplementação com fórmula láctea’ ( $b_i = -1,08$ , Tabela 3).

**Tabela 3 - Estimativa dos parâmetros das práticas de incentivo e apoio à amamentação realizadas em duas maternidades, pública e privada, de acordo com o Modelo Logístico de Dois Parâmetros. Porto Alegre (RS), 2016.**

PRÁTICAS DE INCENTIVO E APOIO	ai (EP)	bi (EP)
1. Contato pele a pele	0,53 (0,21)	-1,55 (0,62)
2. Colocado para amamentar na 1ª hora de vida	0,88 (0,27)	-0,90 (0,27)
3. Alojamento conjunto ininterrupto	0,59 (0,35)	-4,71 (2,54)
4. Apoio profissional na amamentação	3,08 (1,26)	- 1,81 (0,24)
5. Orientações sobre amamentação	1,46 (0,43)	-1,44 (0,28)
6. Incentivo à amamentação em livre demanda	1,15 (0,34)	-1,08 (0,25)
7. Não suplementação com fórmula infantil	0,76 (0,25)	-1,08 (0,34)
8. Não uso de chupeta	0,51 (0,23)	-2,29 (0,99)

$a_i$  - discriminação da prática i

$b_i$  - dificuldade da prática i

EP - Erro Padrão

Os modelos de regressão de Poisson com variância robusta, tanto na análise uni-variável quanto após ajuste (**Tabela 4**), estimaram que cada unidade (desvio padrão) de aumento no escore representa um aumento de 20% na prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida.

**Tabela 4 - Análise multivariável da associação entre o conjunto das práticas de incentivo e apoio à amamentação realizadas em duas maternidades, pública e privada, e a prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida do bebê. Porto Alegre (RS), 2016.**

Modelo	RP	IC 95%	p
Escore do conjunto das práticas	1,2	1,04-1,42	0,012
Escore do conjunto das práticas + variáveis de ajuste	1,2	1,03-1,42	0,020

**RP:** razão de prevalência.

**IC 95%:** intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência.

**p:** valor de probabilidade obtido pelo ajuste do modelo de Regressão de Poisson com variância robusta.

**Variáveis de ajuste:** tipo de hospital, tipo de parto, cor da pele da mãe, coabitação com companheiro, paridade, idade, anos de estudo da mãe e sexo do bebê.

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou prevalência de amamentação exclusiva aos 30 dias de vida do bebê (61,7%) semelhante à estimada na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal: 60,7% no Brasil e 60,6% em Porto Alegre (BRASIL, 2009). A baixa prevalência aliada a uma possível estagnação nesse indicador (8 anos de intervalo entre as duas pesquisas) aponta para a necessidade de se intensificar as ações de promoção, proteção e apoio no nível local e nacional. A estagnação nas prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no Brasil foi detectada pela última pesquisa de âmbito nacional, realizada em 2013: em torno de 37% desde 2006 (BOCCOLINI *et al.*, 2017). Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam a importância das boas práticas nas maternidades como estratégia para melhorar os indicadores de aleitamento materno.

Nosso estudo encontrou elevada taxa de uso de chupeta (56%) e suplementação com fórmula infantil (44%) no hospital privado, em comparação com o hospital público (9% e

27%, respectivamente). Esse achado provavelmente se deve ao não credenciamento do hospital privado na IHAC, pois, embora ambos hospitais sejam de excelência e realizem ações em favor da amamentação, podemos observar que o hospital público apresenta maiores prevalências de práticas pró-amamentação. Esse achado evidencia a importância da IHAC para a realização do conjunto de práticas que visam à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

A prevalência da variável ‘recém-nascido colocado para mamar na primeira hora de vida’ em nosso estudo (65,9%) foi semelhante no hospital público e privado e também à prevalência de amamentação na primeira hora de vida no conjunto das capitais do Brasil (67,7%) e um pouco inferior à de Porto Alegre (71,9%) (BRASIL, 2009b). Essas prevalências apontam para dificuldades na implantação ou execução dessa prática nos serviços, como, por exemplo, resistência ou desconhecimento dos profissionais sobre suas vantagens, conforme Silva e colaboradores (2016) diagnosticaram em seu estudo. Além disso, indicam a necessidade da adoção de medidas que priorizem o contato pele a pele e a amamentação na sala de parto, sobretudo nas grandes maternidades, como a redução de cesarianas e o adiamento de alguns cuidados e intervenções na assistência ao recém-nascido (SILVA *et al.*, 2016).

Já a prevalência de realização de contato pele a pele em nosso estudo (66%) foi bem acima da encontrada na literatura: 28,2%, no Brasil e 32,5% na região Sul. (MOREIRA *et al.*, 2014). Infelizmente, ainda não há estudos de prevalência em nível nacional das demais práticas envolvidas no estudo. Portanto, sugere-se que os estudos de prevalência de aleitamento materno avaliem também as prevalências das práticas avaliadas neste estudo, para adquirirmos melhores parâmetros da repercussão da execução das mesmas nos índices de amamentação.

Foi encontrada associação entre prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do bebê e as práticas de apoio e incentivo ao aleitamento materno realizadas nas maternidades, representado por um escore. Constatou-se que, independentemente da maior ou menor influência das práticas individualmente, o conjunto dessas práticas parece ser importante para o desfecho investigado. Esses achados reforçam a importância da realização de práticas de incentivo e apoio à amamentação nas maternidades para o início e manutenção da amamentação e servem de argumento para a promoção dessas práticas visando à melhoria nos indicadores de aleitamento materno (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2008; PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PEREZ, 2016).

Todas as práticas que contribuíram para a construção do escore estão, de alguma forma, contempladas nos Dez Passos da IHAC. Assim, este estudo soma-se a outros que têm mostrado o impacto positivo da IHAC nos indicadores de aleitamento materno (BRAUN *et al.*, 2003; COUTINHO *et al.*, 2005; LAMOUNIER *et al.*, 2008; OLIVEIRA ; CAMACHO; TEDSTONE, 2003; PASSANHA *et al.*, 2015; PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ; SEGURA-PEREZ, 2016; VENANCIO *et al.*, 2012). Esse impacto já havia sido comprovado na cidade em que este estudo foi realizado (BRAUN *et al.*, 2003) e no Brasil (VENANCIO *et al.*, 2012). A mais recente revisão bibliográfica que avaliou o impacto da IHAC sobre a amamentação (PEREZ-ESCAMILLA; MARTINEZ, J. L.; SEGURA-PEREZ, 2016) sugere que há relação dose-resposta entre o número de práticas realizadas e a probabilidade de melhorar os resultados em amamentação. Além disso, destaca a importante relação entre as práticas, afirmando que elas estão interligadas, tanto de maneira estrutural como fisiológica, fazendo com que algumas práticas tenham reflexo na implementação adequada das demais. Um exemplo disso é a não suplementação com fórmulas infantis, pois, se as outras práticas preconizadas nos Dez Passos estão bem estabelecidas, a necessidade de oferecer outro



alimento que não o leite materno certamente se reduz, reforçando a importância do conjunto das práticas.

Um diferencial deste estudo foi a elaboração do escore de práticas pró-amamentação por meio de um modelo da Teoria de Resposta ao Item (TRI), o Modelo Logístico de Dois Parâmetros, escolhido pela capacidade de relacionar a probabilidade de resposta dos itens a um traço latente (FINK *et al.*, 2017) e por aproveitar melhor a informação disponível nos itens, um a um, quando comparada com a Teoria Clássica dos Testes (TCT). Atualmente, os modelos da TRI têm sido bastante utilizados na área da saúde para a elaboração de instrumentos de medida de variáveis latentes, em substituição à tradicional TCT, que se preocupa em explicar o resultado final total, isto é, a soma das respostas dadas a uma série de itens, apresentando algumas limitações por não levar em conta os parâmetros de dificuldade ou discriminação (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010). Embora nosso estudo não tenha objetivado avaliar a associação de cada prática, isoladamente, com o desfecho, ao elaborar o escore pudemos observar algumas tendências de comportamento dessas práticas. Por exemplo, a prática ‘recém-nascido colocado para mamar na primeira hora de vida’ mostrou ser a mais difícil, isto é, para que essa prática tenha sido realizada, provavelmente as demais práticas foram realizadas anteriormente de maneira bem-sucedida. Em seguida vem a prática “incentivo à amamentação em livre demanda” e a “não suplementação com fórmula infantil”. Estudos que avaliaram o impacto de algumas das práticas estudadas, comparando-as entre si, encontraram a amamentação na primeira hora de vida, a não suplementação com fórmula infantil e o não uso de chupeta, como as práticas mais associadas à maior duração do aleitamento materno. (DIGIROLAMO; GRUMMER-STRAWN; FEIN, 2008).

Além disso, estudo realizado no Canadá nos mostra que os bebês que foram amamentados exclusivamente na maternidade foram amamentados por mais tempo quando comparados com aqueles que receberam fórmula (mediana 11 meses Vs 7 meses –  $p < 0,001$ )

(VEHLING *et al.*, 2018), evidenciando que a não suplementação com fórmula infantil na maternidade está associada com a maior duração do AME, corroborando os achados do presente estudo.

Já a prática ‘apoio profissional’, seguida das ‘orientações’ e ‘incentivo à livre demanda’ foram as que mais contribuíram com informação para a estimativa do escore de práticas pró-amamentação. Isso não significa que as práticas que contribuíram menos para o escore sejam menos importantes e as que contribuíram mais sejam mais importantes. A metodologia utilizada neste estudo permite avaliar as práticas em dois aspectos diferentes (discriminação e dificuldade) e, principalmente, estimar uma medida para o conjunto delas (denominada aqui de escore de práticas pró-amamentação), que considera, além das respostas das mulheres à realização das práticas (sim ou não), a importância de cada uma baseada nos diferentes aspectos acima mencionados. Isso significa que cada prática tem um peso diferente na estimativa do escore, que é uma medida geral e única para o conjunto das oito práticas avaliadas.

Nesse contexto, observou-se que as práticas mais discriminatórias estão diretamente relacionadas com a atuação do profissional de saúde, seja sob a forma de incentivo, apoio ou orientações; respaldando a importância de se investir na capacitação desses profissionais em todos os níveis de atenção. O preparo do profissional de saúde para atuar com amamentação, melhorando conhecimentos, habilidade e conseqüentemente sua prática profissional, pode resultar em mais mulheres com acesso a ações de aconselhamento, orientações e manejo da amamentação adequados, desde o período gestacional até o final da lactação, o que já foi apontado em outros estudos (EDMUNDS *et al.*, 2017; HAROON *et al.*, 2013; JESUS *et al.*, 2017; MCFADDEN *et al.*, 2017).

Este é o primeiro estudo que avalia um conjunto de práticas de incentivo e apoio à amamentação em maternidades, levando em consideração a contribuição de cada prática

dentro do conjunto, e as associa com a amamentação exclusiva aos 30 dias de vida da criança, tratando-se, portanto, de uma pesquisa inédita. Além do ineditismo do estudo e da análise estatística diferenciada, outros pontos fortes do estudo são a qualidade metodológica, com dados coletados em entrevistas presenciais, e o rigor com que a coleta de dados foi executada, com contínuo controle de qualidade para garantir a homogeneidade nas entrevistas, além do fato de as entrevistas terem sido realizadas na semana seguinte à criança ter completado 30 dias de vida, praticamente eliminando a possibilidade de viés de memória.

Por outro lado, a exclusão das mulheres que residiam em áreas com maior violência pode ter afetado a validade externa do estudo, porém a comparação dessas mulheres com as que concluíram o estudo nos mostrou que elas são semelhantes na maioria dos aspectos analisados, diferindo apenas quanto à escolaridade e tipo de parto. No entanto, essas duas características, ao serem utilizadas como ajustes no modelo multivariável, não se associaram à amamentação exclusiva aos 30 dias; dessa forma, acredita-se que essa limitação não tenha afetado de forma significativa a validade externa do estudo. O mesmo raciocínio pode ser utilizado com relação às perdas.

Concluindo, ao constatar a associação entre prevalência de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do bebê e o conjunto de práticas de apoio e incentivo à amamentação nas maternidades, o presente estudo demonstrou a importância da realização dessas práticas na melhoria dos indicadores de aleitamento materno. Os achados podem subsidiar e fortalecer a implementação dessas práticas nas maternidades. Além disso, a forte influência das práticas que estão diretamente relacionadas com a atuação do profissional de saúde encontrada neste estudo, seja sob a forma de incentivo, apoio ou orientações, sugere a necessidade de investimento na capacitação desses profissionais em todos os níveis de atenção, para que mais mulheres tenham acesso a ações de aconselhamento em aleitamento materno exclusivo, desde o período gestacional até o final da amamentação.

## REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. Disponível em: <<http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>>. Acesso em: 4 ago. 2015.
- ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoria de Resposta ao Ítem: conceitos e aplicações**. São Paulo: ABE - Associação Brasileira de Estatística, 2000.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1–9, 2017.
- \_\_\_\_\_; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I.C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: A systematic review. **Revista de Saude Publica**, v. 49, 2015.
- BRASIL, M. Da S. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. [S.l.]: [s.n.], 2009.
- BRAUN, M. L. G. *et al.* Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. [Miscellaneous Article]. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 8, p. 1277–1279, 2003.
- CASTRO, S. M. D. J.; TRENTINI, C.; RIBOLDI, J. Item response theory applied to the Beck Depression Inventory. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 13, n. 3, p. 487–501, 2010.
- COLLETT, David. **Modelling Survival Data in Medical Research**. Second Edition. Bristol, UK: CRC press, 2003
- COUTINHO, S. B. *et al.* The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 6, p. 471–477, 2005.
- CÚRI, M. **Análise de questionários com itens constrangedores**. 2006. 100 f. Tese (Doutorado em Estatística). São Paulo: Instituto de Matemática e Estatística da USP, 2006.
- DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 122, n. Supplement 2, p. S43–S49, 2008.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Maternity care practices: implications for breastfeeding. **Birth (Berkeley, Calif.)**, 2001. v. 28, n. 2, p. 94–100, 2001.
- EDMUNDS, L. S. *et al.* Outcome Evaluation of the You Can Do It Initiative to Promote Exclusive Breastfeeding Among Women Enrolled in the New York State WIC Program by Race/Ethnicity. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 49, n. 7, p. 162–168, 2017.
- FINK, J. Da S. *et al.* Nutritional Assessment Score: A new tool derived from Subjective

Global Assessment for hospitalized adults. **Clinical Nutrition**, p. 1–6, 2017.

HAROON, S. *et al.* Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. Suppl 3, p. S20, 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: Prestação de Contas Ordinárias Anual. Relatório de Gestão do Exercício de 2016. Disponível em: <[https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/inst\\_gestao\\_publicacoes/relatorio\\_de\\_2016.pdf](https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/inst_gestao_publicacoes/relatorio_de_2016.pdf)>. Acesso em: 10 mar.2018.

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO: Relatório Anual 2016. Disponível em: <[http://www.hospitalmoinhos.org.br/47/wp-content/uploads/2017/04/Relato-Anual-2016\\_vers%C3%A3o-final.pdf](http://www.hospitalmoinhos.org.br/47/wp-content/uploads/2017/04/Relato-Anual-2016_vers%C3%A3o-final.pdf)>. Acesso em: 10 mar.2018.

JESUS, P. C. De *et al.* Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 311–320, 2017.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 2, p. 161–169, 2008.

MCFADDEN, A. *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 2, 2017.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S128–S139, 2014.

OLIVEIRA, M. I.; CAMACHO, L. A.; TEDSTONE, A. E. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. **J Hum Lact**, v. 19, n. 4, p. 365–373, 2003.

PASSANHA, A. *et al.* Influence of the support offered to breastfeeding by maternity hospitals. **Revista de Saude Publica**, v. 49, p. 1–10, 2015.

PEREZ-ESCAMILLA, R.; MARTINEZ, J. L.; SEGURA-PEREZ, S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. **Maternal and Child Nutrition**, v. 12, n. 3, p. 402–417, 2016.

SILVA, C. M. *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutricao**, v. 29, n. 4, p. 457–471, 2016.

VEHLING *et al.* Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: Implications for health equity. **Birth**, n. January, p.1-10, 2018.

VENANCIO, S. I. *et al.* The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 66, n. 10, p. 914–918, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. **World Health Organization**, 1998. v. 23, n. 3, p. 1–118. Disponível em: <<http://www.babyfriendlyusa.org/eng/10steps.html>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Infant and young child feeding. **World Health Organization**, 2009. v. 155, n. May, p. A3929. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **National Hospital Initiative of the Baby-friendly Implementation 2017**. [S.l.]: [s.n.], 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 2 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Protecting, promoting and a supporting breastfeeding: the special role on maternity services. **World Health Organization**, 1989. Disponível em: <<http://who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241561300/en/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

## 9 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi visto nesta revisão, as práticas de incentivo e apoio ao AM nas maternidades estão associadas ao aumento da prevalência de amamentação exclusiva. Dessa forma, constatou-se a importância de subsidiar e fortalecer a recomendação dessas práticas, corroborando a importância da IHAC, bem como de desenvolver novas estratégias visando à melhoria na qualidade do atendimento perinatal no Brasil, a fim de aumentar as taxas de amamentação.

Embora vários estudos tenham avaliado o efeito das práticas pró-amamentação nas maternidades em desfechos relacionados à amamentação, este é o primeiro estudo que avalia a associação do conjunto de práticas, através da elaboração de um escore que permite identificar a contribuição de cada prática, com o AME aos 30 dias.

O impacto da realização dessas práticas nas taxas de AME foi bastante expressivo, porém propõe-se que estudos posteriores sejam realizados a fim de avaliar se esse impacto se mantém aos 6 meses de vida da criança.

Os resultados deste estudo levam à percepção de que a atuação do profissional de saúde, sob forma de manejo, apoio e orientações às mães, é bastante importante. Portanto, sugere-se que sejam feitos investimentos em capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, para que mais mulheres tenham acesso a ações de aconselhamento, orientações e manejo da amamentação adequados, desde o período gestacional até o final da lactação.

Permanece sendo um constante desafio traduzir todo o conhecimento em ação, ou seja, disponibilizar, de forma eficiente, a intervenção em amamentação e resultados positivos a todos os envolvidos: mães, filhos, família, equipe de saúde e mais.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa chamada “Fatores associados à satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto e aleitamento materno”. Com esta pesquisa, queremos saber, sob o ponto de vista das mulheres, o quanto elas se sentem satisfeitas em relação ao seu último parto e que fatores (como o atendimento no pré-natal e no parto), podem influenciar a sua satisfação. Com essas informações, esperamos poder entender melhor o que faz as mulheres ficarem mais satisfeitas com o seu parto e, com isso, propor melhorias no atendimento.

Farão parte desse estudo mulheres moradoras de Porto Alegre que tiveram partos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou Hospital Moinhos de Vento, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se aceitar participar, você irá receber uma pesquisadora em sua casa ou outro local de sua preferência (que não seja o local de atendimento à saúde), em uma data combinada anteriormente, entre 30 a 37 dias após o parto, para responder a um questionário. As perguntas serão sobre o seu pré-natal, parto, pós-parto e sobre como você se sente em relação ao seu parto e aleitamento materno, além de suas condições sociais e econômicas. Alguns dados sobre o seu pré-natal e parto poderão ser coletados do seu cartão de pré-natal ou do seu prontuário na maternidade. Após a primeira entrevista, iremos entrar em contato com você (por telefone ou presencialmente) para obter algumas informações sobre seus sentimentos e sobre o aleitamento materno aos 2, 4, 6, 12 e 24 meses após o parto.

Não haverá riscos para a sua saúde e a do seu bebê, nem custos financeiros pela participação nesta pesquisa, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Mas, caso você indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento que você esteja recebendo ou venha a receber na instituição onde ocorreu o parto. Por outro lado, há benefícios associados à sua participação, pois os resultados ajudarão a qualificar o atendimento às mulheres na ocasião do seu acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Esta pesquisa, coordenada pela Professora Camila Giugliani, é parte de trabalhos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (telefone 51 3308-5620) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (telefone 51 3308-5601), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esclarecimento de dúvidas em geral, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, nos telefones citados ou no e-mail [camila.giugliani@ufrgs.br](mailto:camila.giugliani@ufrgs.br). Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. O seu nome não será divulgado, e os dados obtidos a partir do preenchimento do questionário serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo destruídos após cinco anos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, localizado no 2º andar, sala 2227, ou pelo telefone 33597640, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Declaro que fui informada sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a maneira como a pesquisa será realizada. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas informações ou desistir da pesquisa, se assim desejar. Fui informada da garantia de que não serei identificada na divulgação dos resultados e que os dados produzidos a partir da minha participação serão usados exclusivamente para fins científicos ligados a essa pesquisa. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

\_\_\_\_\_  
Nome da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável (quando aplicável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável (quando aplicável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO INICIAL APLICADO NA MATERNIDADE

<i>"Fatores Associados à Satisfação das Mulheres com o Atendimento ao seu parto e com o Aleitamento Materno"</i> <b>QUESTIONÁRIO DA MATERNIDADE – PRONTUÁRIO</b>		
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>		
1. Número do questionário: _____	2. Entrevistador: _____	MNUQUES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Data da entrevista: __/__/__	4. Maternidade: _____	MENTREV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Nome da mãe: _____ ( _____ )		MDTAENT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Data de nascimento da mãe: __/__/__. Idade: _____		MMAT <input type="checkbox"/>
Número do prontuário : _____ Número do Cartão SUS: _____		MMAE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nome do bebê: _____		MDNMAE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Telefone fixo: _____ Celular1: _____ Celular2: _____		
Celular 3: _____ Telefones para recados: _____		
Endereço: _____		
Referência: _____		
Onde você vai estar morando daqui 1 mês? _____		
<b>DADOS DO PARTO/PERIPARTO</b>		
7. Tipo de parto: (1) Vaginal/ Normal (2) Cesariana		MTIPPAR <input type="checkbox"/>
8. Duração do trabalho de parto. De ____ h a ____ h. : _____ min. (8) NSA		MDURTP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Tempo transcorrido entre a entrada ( ____ h) da mulher e o parto ( ____ h): _____ min. (8) NSA		MTEMPTP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Métodos farmacológicos utilizados para alívio da dor durante o trabalho de parto:		
10. Medicamento por via oral: (1) Sim (2) Não		MALIMEO <input type="checkbox"/>
11. Medicamento injetável: (1) Sim (2) Não		MALIMEI <input type="checkbox"/>
12. Anestesia peridural ou raquidiana: (1) Sim (2) Não		MANESTPR <input type="checkbox"/>
13. Anestesia local (no períneo/na região vaginal): (1) Sim (2) Não		MANESTLO <input type="checkbox"/>
14. Tempo de clameamento do cordão:		
(1) Imediatamente após o parto (2) Tardio ( após 1 min) (3) Sem informação		MCLAMP <input type="checkbox"/>
Procedimentos de parto/periparto realizados:		
15. Enema (lavagem intestinal): (1) Sim (2) Não		MENEMA <input type="checkbox"/>
16. Tricotomia (raspagem dos pelos pubianos): (1) Sim (2) Não		MTRICOT <input type="checkbox"/>
17. Episiotomia ( corte no períneo/região vaginal): (1) Sim (2) Não		MEPISIO <input type="checkbox"/>
18. Indução com Ocitocina: (1) Sim (2) Não		MINDOCI <input type="checkbox"/>
<b>DADOS DO RECÉM-NASCIDO</b>		
19. Data de Nascimento: __/__/__. 20. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		MNASCBE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Apgar : 1º min: _____ 5º min. _____		MSEXOBB <input type="checkbox"/>
22. Idade gestacional: _____ semanas		MAPGAR 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Método de Avaliação da IG: (1)DUM (2)Ultrassom (3)Exame do RN (Capurro)		MMETIG <input type="checkbox"/>
24. Peso de Nascimento: _____ g 25. Compr: _____ cm 26. P. Cefálico: _____		MPESOBB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MCOMPRBB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MPCEFBB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MTMAMA <input type="checkbox"/>
27. Tempo de vida na primeira mamada: _____ minutos/horas		
(1) primeira hora (2) entre 1 e 4 horas (3) entre 4 e 12 horas		
(4) entre 12 e 24 horas (5) mais de 24 horas		
28. Prescrição de fórmula láctea (1) Sim (2) Não		
29. RN recebeu fórmula: (1) Sim (anotar justificativa) _____ (2) Não		MPRECFL <input type="checkbox"/>
30. Parto realizado por: (1) Médico obstetra (2) enfermeira		MRECFL <input type="checkbox"/>
<b>INTERCORRÊNCIAS:</b> RN: _____		
Mãe: _____		

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS DE 1 MÊS DE VIDA DO BEBÊ

### “FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO”

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO – Visita Domiciliar

1. Número do questionário: \_\_\_\_\_
2. Entrevistador: \_\_\_\_\_
3. Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_
4. Maternidade: \_\_\_\_\_
5. Mãe: \_\_\_\_\_

NUQUES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ENTREV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DTAENT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MAT <input type="checkbox"/>
MAE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
6. Quantos anos completos você tem? _____ anos	ANOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Qual o seu estado civil? (1) Casada                      (2) Em união estável                      (3) Solteira                      (4) Separada/divorciada (5) Viúva                      (6) Outro: _____	ESTCIV <input type="checkbox"/>
8. Qual a sua cor? [ <i>autorreferida</i> ] (1) Branca                      (2) Parda                      (3) Preta                      (4) Amarela                      (5) Indígena	COR <input type="checkbox"/>
9. Quando você engravidou, qual era a sua situação de trabalho? (1) Trabalhando                      (2) Desempregada                      (3) Pensionista                      (4) Encostada (5) Dona de casa                      (6) Estudante                      (7) Outra situação: _____	ENTRAB <input type="checkbox"/>
10. Qual a sua ocupação? _____	OCUP _____
11. Quantos anos completos você estudou? _____ (série: _____)	ANMU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. [ <i>Classifique o grau de escolaridade da mulher</i> ]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [ <i>especificar</i> ] _____ (8) Ensino Superior completo [ <i>especificar</i> ] _____ (9) Pós-graduação [ <i>especificar</i> ] _____ (77) Não sabe/Não lembra	ESCMU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Quantos anos completos o pai da criança estudou? _____ (série: _____) (77) Não sabe/Não lembra	ANPAI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. [ <i>Classifique o grau de escolaridade do cônjuge ou pai da criança</i> ]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [ <i>especificar</i> ] _____ (8) Ensino Superior completo [ <i>especificar</i> ] _____ (9) Pós-graduação. [ <i>especificar</i> ] _____	ESCPAI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(77) Não sabe/não lembra	
15. Quantos anos completos o/a chefe da família estudou? [ <i>Considerar como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio</i> ] _____ (77) Não sabe/Não lembra (série: _____)	ANCHEF <input type="checkbox"/>
16. [ <i>Classifique o grau de escolaridade do/a chefe da família</i> ]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto (8) Ensino Superior completo (9) Pós-graduação [ <i>especificar</i> ] _____ (77) Não sabe/ não lembra	ESCHEF <input type="checkbox"/>
17. Quantas pessoas moram na sua casa (incluindo você e o bebê)? _____ pessoas	NUMPE <input type="checkbox"/>
Você mora com:	
18. Companheiro? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	VIVCOM <input type="checkbox"/>
19. Sua mãe? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	MORMA <input type="checkbox"/>
20. Sua sogra? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	MORSO <input type="checkbox"/>
21. Mais alguma outra pessoas (1) Sim, Especificar: _____ (2) Não	MORALG <input type="checkbox"/>
22. Em companhia de outros filhos? (00) Não ( ) Sim. (88) NSA	MORFI <input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER	
23. Você própria nasceu de que tipo de parto? (1) Parto normal/vaginal (2) Cesariana (3) Não sei/não lembro	MUPAR <input type="checkbox"/>
24. Você fuma ou fumou? (1) Sim, ainda fumo (2) Sim, mas parei antes da gestação (3) Sim, mas parei na gestação (4) Sim, mas parei depois do parto (5) Não	FUMO <input type="checkbox"/>
25. Como é seu hábito de consumo de bebida alcoólica fora dos períodos especiais de gestação e amamentação? (1) Nunca consumo (2) Consumo ocasionalmente, em eventos sociais (até 2 x/semana) (3) Consumo frequentemente (3x/semana ou mais)	ALCOOL <input type="checkbox"/>
26. Você tem algum problema crônico de saúde? Sim [ <i>especificar</i> ]: _____ (2) Não	PROBCR <input type="checkbox"/>
27. Você tem ou teve algum problema de saúde mental? [ <i>perguntar por problema psicológico ou psiquiátrico</i> ] (1) Sim, ainda tenho [ <i>especificar</i> ] _____ (2) Sim, mas não tenho atualmente [ <i>especificar</i> ]: _____ (3) Não	SAMENT <input type="checkbox"/>
28. Você faz ou fez uso de medicação psicoativa? (1) Sim, ainda uso [ <i>especificar</i> ]: _____ (2) Sim, mas não uso atualmente [ <i>especificar</i> ]: _____ (3) Não (4) Não sei	MEPSI <input type="checkbox"/>
29. Quantas gestações você já teve (incluindo a última)? _____	NUGEST <input type="checkbox"/>

<i>[Se teve só o "parto atual", pular para pergunta "37"].</i>		
30. Você teve algum aborto(s)? <i>[anotar o número de abortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		NUABO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Quantos partos você já teve (incluindo o último)? ____ (88) NSA		NUPAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. Teve algum filho que nasceu morto? <i>[anotar o número de natimortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		FM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. Teve algum filho falecido nos primeiros 30 dias de vida? <i>[anotar o número de filhos falecidos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		NEOMO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Qual foi o intervalo entre os partos? <i>[Se múltiplos partos, considerar o último intervalo]:</i> ____ meses (88) NSA		INTPA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. Você teve algum parto normal/vaginal, antes do "nome do bebê"? <i>[anotar o número de partos vaginais no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		PVAG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. Teve algum parto cesárea, antes do "nome da criança"? <i>[anotar o número de cesarianas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		PCES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL</b>		
37. A gestação foi planejada? (1) Sim (2) Não		GESTPL <input type="checkbox"/>
38. Você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não		PREN <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pule para a questão "46"]</i>		
39. Onde fez acompanhamento pré-natal? (1) Sistema Público (Posto de saúde ou Hospital) (2) Sistema Privado ou Plano de Saúde (3) Ambos (Público + privado) (4) Outros, especificar: _____ (8) NSA		ONDPRE <input type="checkbox"/>
40. Qual foi a idade gestacional na primeira consulta? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> ____ semanas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA		IGPRCO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. A quantas consultas de pré-natal você compareceu? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> ____ consultas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA		NUCONS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante a gestação você foi atendida por:		
42. Médico geral ou de família: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATMFA <input type="checkbox"/>
43. Médico ginecologista-obstetra: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATMGI <input type="checkbox"/>
44. Enfermeiro: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATENF <input type="checkbox"/>
45. Outro: (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não sei (8) NSA		ATOUT <input type="checkbox"/>
46. Você recebeu visita domiciliar do agente comunitário de saúde ou de outro profissional de saúde durante a gestação? <i>[anotar o número de visitas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei		AGSAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "48"]</i>		
47. Na ocorrência de faltas às consultas ou não ter iniciado o pré-natal, algum profissional de saúde veio até a sua casa ou telefonou para procurar saber o que aconteceu? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei (8) NSA		BUSCA <input type="checkbox"/>

<p>48. Você participou de grupo de gestantes? <i>[anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei</p>	GRUGEST <input type="checkbox"/>
<p>49. Você participou de curso para gestantes? <i>[anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei</p>	CURGEST <input type="checkbox"/>
<p>50. Você recebeu informações de profissional de saúde sobre seus direitos como gestante e na hora do parto, como, por exemplo, do direito a ter um acompanhante da sua escolha?          (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais          (3) Não (4) Não sei/ Não lembro</p>	INFDIR <input type="checkbox"/>
<p>51. Algum profissional de saúde falou com você sobre o local onde você iria ter o parto?          (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais informação          (3) Não (4) Não lembro</p>	INFLOC <input type="checkbox"/>
<p>52. Você recebeu orientações de algum profissional de saúde sobre amamentação? <i>[ler as opções de respostas]</i>          (1) Sim, bastante (o suficiente) (2) Sim, mais ou menos (3) Sim, pouca          (4) Não (5) Não lembro/ Não sei</p>	ORAMA <input type="checkbox"/>
<p>53. Você buscou informações sobre gestação, parto e amamentação em outras fontes, exceto profissionais de saúde (internet, livros, amigos/as, familiares, grupos de apoio)?          (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não lembro/ Não sei</p>	INFOUT <input type="checkbox"/>
<p>54. Você visitou a maternidade em que ganhou o "nome do bebê" antes do parto?          (1) Sim, agendada pelo profissional ou serviço de saúde do pré-natal          (2) Sim, por conta própria (3) Não</p>	VIMAT <input type="checkbox"/>
<p>55. Algum profissional de saúde lhe falou sobre "plano de parto" durante o pré-natal?          (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei</p>	PROPLA <input type="checkbox"/>
<p>56. Você fez seu "plano de parto"?          (1) Sim, com ajuda/incentivo de profissional /doula          (2) Sim, sem ajuda/incentivo de profissional/doula (3) Não</p>	PLAPAR <input type="checkbox"/>
<p>57. Você teve acompanhamento do parceiro ou de outra pessoa de sua escolha nas consultas pré-natais?          (1) Sim, sempre (2) Sim, em algumas consultas          (3) Não, por impossibilidade do acompanhante          (4) Não, por não ter sido permitido pela equipe de saúde (5) Não lembro/Não sei</p>	ACOPRE <input type="checkbox"/>
<p>58. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar das decisões durante as consultas de pré-natal? <i>[ler as opções de respostas]</i>          (1) Sim, totalmente (2) Mais ou menos (3) Não (4) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	PERPRE <input type="checkbox"/>
<p>59. No início da gestação, que tipo de parto você desejava ter?          (1) Parto normal/vaginal Motivo: _____          (2) Cesárea Motivo: _____          (3) Não tinha preferência          (4) Não tinha pensado sobre isso          (5) Não lembro/ Não sei</p>	INGEST <input type="checkbox"/>
<p>60. Ao longo do pré-natal, a sua vontade em relação ao tipo de parto mudou?          (1) Sim, passei a desejar um parto normal          (2) Sim, passei a desejar uma cesárea          (3) Sim, passei a acreditar que a decisão não era minha, mas dos profissionais          (4) Sim, outra situação <i>[especificar]:</i> _____</p>	PREPAR <input type="checkbox"/>

(5) Não	(6) Não lembro/Não sei	
61. Qual a sua satisfação com relação aos cuidados recebidos ao longo da gestação? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita  Se quiser, comente a sua resposta: _____ _____ _____		SATGEST <input type="checkbox"/>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO</b>		
62. O seu parto foi realizado: (1) No sistema público (2) No sistema privado (plano de saúde ou pagamento particular) (3) Outro <i>[especificar]</i> : _____		ONDPAR <input type="checkbox"/>
63. Antes do <i>"nome do bebê"</i> nascer, já havia sido definido o local do parto? (1) Sim (2) Não (8) NSA		ESCLOPA <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "65"]</i>		
64. O seu parto ocorreu no local definido? (1) Sim (2) Não (8) NSA		LOCDEF <input type="checkbox"/>
65. Na hora do parto, você precisou ir a mais de uma maternidade até ser atendida? (1) Sim (2) Não		OUTMAT <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta da questão "62" foi "SISTEMA PRIVADO" pular para a pergunta "68"]</i>		
66. O seu parto ocorreu na maternidade vinculada ao posto de saúde de sua referência? (1) Sim (2) Não (8) NSA		MATVIN <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Sim" ou "NSA", pular para a pergunta "68"]</i>		
67. Por que não foi para o hospital de referência? (1) Porque o hospital de referência tinha pouca estrutura (2) Porque não tinha leito para mim ou para o bebê quando precisei (3) Porque me encontrava longe do hospital de referência no momento em que precisei (4) Porque não tinha boas referências do hospital (5) Por indicação de profissional de saúde (6) Outro <i>[especificar]</i> : _____ (8) NSA		PQNREF <input type="checkbox"/>
68. A entrada para o hospital foi feita pela emergência? (1) Sim (3) Não		EMERG <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não" pular para a pergunta "72"]</i>		
69. Você foi classificada quanto ao risco no momento da internação? (1) Sim (2) Não (3) Meu parto foi agendado (4) Não sei/Não lembro (8) NSA		CLASRISC <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "72"]</i>		
70. Qual foi a cor da pulseira que você recebeu no momento da internação? (1) Vermelha (2) Laranja (3) Amarela (4) Verde (5) Azul (6) Não sei/ Não lembro (8) NSA		CLASCOR <input type="checkbox"/>
71. Em quanto tempo você foi atendida na emergência?		TEMPEM <input type="checkbox"/>

(1) Imediatamente (5) Mais de 2 horas	(2) Antes de 10 minutos (6) Meu parto foi agendado	(3) de 10 a 60 minutos (7) Não sei/Não lembro	(4) De 1 a 2 horas (8) NSA	
72. Quanto tempo demorou para você ganhar o “ <i>nome do bebê</i> ” depois de ter chegado à maternidade?				TEMPAM <input type="checkbox"/>
(1) Menos de 1 hora (5) Entre 12 e 24 horas	(2) De 1 a 4 horas (6) Mais de 24 horas	(3) De 4 a 8 horas (7) Não sei/Não lembro	(4) De 8 a 12 horas (8) NSA	
73. No hospital, você foi incentivada a ter um acompanhante de sua escolha durante a internação, desde a admissão até o pós-parto?				INCEACO <input type="checkbox"/>
(1) Sim, em todos os momentos (3) Não, em nenhum momento		(2) Sim, em alguns momentos (4) Não sei/ Não lembro		
No hospital, você teve acompanhante de sua escolha durante:				
74. O pré-parto?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	TEACOPRE <input type="checkbox"/>
75. O parto?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	TEACOPA <input type="checkbox"/>
76. O pós-parto imediato?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	TEACOPOS <input type="checkbox"/>
77. A internação, após o parto?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	TEACOIN <input type="checkbox"/>
78. Você sabia que existe uma lei garantindo à mulher um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e toda a internação?				PORTACO <input type="checkbox"/>
		(1) Sim	(2) Não	
79. Você teve o acompanhamento de uma doula durante o trabalho de parto (em casa ou no hospital)?				DOUTP <input type="checkbox"/>
(1) Sim		(2) Não		
80. O hospital permitia a entrada de uma doula no Centro Obstétrico?				PERDOU <input type="checkbox"/>
(1) Sim, junto com um acompanhante		(2) Sim, mas no lugar de outro acompanhante		
(3) Não		(4) Não sei/Não lembro		
81. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar nas decisões durante a internação? <i>[ler as opções de respostas]</i>				PARDEC <input type="checkbox"/>
(1) Sim, totalmente		(2) Mais ou menos	(3) Não	(8) Não sei/Não lembro
82. Você entendia as informações que lhe davam durante toda a sua internação? <i>[ler as opções de respostas]</i>				ENTINF <input type="checkbox"/>
(1) Sim, totalmente		(2) Nem todas	(3) Não	
83. Qual foi o tipo de parto?				TIPPAR2 <input type="checkbox"/>
		(1) Normal/Vaginal	(2) Cesariana	
<i>[Se a resposta foi Normal/Vaginal, pular para a questão “86”]</i>				
84. Você chegou a entrar em trabalho de parto, antes da cesárea?				CESTP <input type="checkbox"/>
(1) Sim		(2) Não	(3) Não Sei	(8) NSA
85. A sua cesariana foi:				TIPOCES <input type="checkbox"/>
(1) Programada por minha opção ou por opção do médico		(2) Programada por indicação médica		
(3) Não programada (emergência/intercorrência)		(8) NSA		
<i>[Se a mulher NÃO ENTROU EM TRABALHO DE PARTO pular para a questão “111”]</i>				
86. Durante o trabalho de parto foi utilizado algum método para alívio da dor?				ALIDOR <input type="checkbox"/>
(1) Sim		(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA
<i>[Se a resposta foi “Não” ou “NSA”, pular para a pergunta “97”]</i>				
Durante o trabalho de parto, quais dos seguintes métodos não farmacológicos foram utilizados para				

alívio da dor?						
87. Banheira e/ou chuveiro:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIBAC <input type="checkbox"/>	
88. Massageadores e/ou massagens:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIMA <input type="checkbox"/>	
89. Bola de pilates e/ou bola de trabalho de parto:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIBO <input type="checkbox"/>	
90. Compressas quentes e/ou frias:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALICOM <input type="checkbox"/>	
91. Espaldar/barras na parede	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIBA <input type="checkbox"/>	
92. Outro[ <i>especificar</i> ]: _____	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIOUT <input type="checkbox"/>	
Durante o trabalho de parto, qual dos seguintes métodos farmacológicos foi utilizado para alívio da dor?						
93. Medicamento por via oral:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIMEO2 <input type="checkbox"/>	
94. Medicamento injetável:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ALIMEI2 <input type="checkbox"/>	
95. Anestesia peridural ou raquidiana:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ANESTPR2 <input type="checkbox"/>	
96. Anestesia local (no períneo/na região vaginal):	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	ANESTLO2 <input type="checkbox"/>	
97. No seu parto, você foi consultada quanto à realização da anestesia?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	CONSUAN <input type="checkbox"/>	
98. Aconteceu de você pedir analgesia ou anestesia e não ser atendida?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	PEDAN <input type="checkbox"/>	
99. Durante o trabalho de parto, na maternidade, lhe ofertaram algum líquido ( água, chás, sucos, leite) ou alimentos leves?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	LIQALI <input type="checkbox"/>	
100. Durante o trabalho de parto, na maternidade, você foi incentivada a caminhar e a se movimentar?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	INCECA <input type="checkbox"/>	
101. Quanto tempo você ficou em trabalho de parto? [ <i>considerar o tempo total, em casa e/ou no hospital</i> ] ___ horas	(77) Não sei			(88) NSA	TEMPTP <input type="checkbox"/>	
102. No seu parto, foi realizada tricotomia (raspagem de pelos pubianos) na maternidade?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	TRICOT2 <input type="checkbox"/>
103. No seu parto, foi realizado enema (lavagem intestinal)?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	ENEMA2 <input type="checkbox"/>
104. No seu parto, foi realizada indução do parto com soro de ocitocina?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	INDOCI2 <input type="checkbox"/>
105. No seu parto, foi realizada amniotomia (rompimento artificial da bolsa)?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento.	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento.	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	AMNIOT <input type="checkbox"/>
106. No seu parto, foram realizadas manobras de empurrar a barriga [ <i>tipo Kristeller</i> ]?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	MANOB <input type="checkbox"/>



<p>107. No seu parto, foi realizada episiotomia (corte no períneo/região vaginal)?</p> <p>(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento  (2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento  (3) Não (4) Não sei/ Não lembro (8) NSA</p>	<p>EPISIO2 <input type="checkbox"/></p>
<p>108. No seu parto, foi utilizado fórceps (aparelho de ferro)?</p> <p>(1) Sim, fui informada antes do procedimento  (2) Sim, mas não fui informada antes do procedimento  (3) Não (4) Não sei/ Não lembro (8) NSA</p>	<p>FORCEP <input type="checkbox"/></p>
<p><b>[Se a mulher não teve parto normal/vaginal, pular para a questão "111"]</b></p>	
<p>109. O parto foi em que posição?</p> <p>(1) Deitada ou semideitada  (2) Cócoras (apoiada ou não), em pé, sentada ou ajoelhada  (3) Outra <b>[especificar]</b>: _____ (8) NSA</p>	<p>POSPV <input type="checkbox"/></p>
<p>110. Você escolheu a posição do seu parto?</p> <p>(1) Sim  (2) Não, mas estou satisfeita com a posição utilizada  (3) Não, gostaria de outra posição (8) NSA</p>	<p>ESCPOS <input type="checkbox"/></p>
<p>111. Quem cortou o cordão umbilical?</p> <p>(1) A equipe (2) O pai (3) Eu mesma  (4) Outro acompanhante (5) Não sei/ Não lembro</p>	<p>QUEUM <input type="checkbox"/></p>
<p>112. Quando o cordão umbilical foi cortado?: <b>[ler as opções de respostas]</b></p> <p>(1) Imediatamente após o parto  (2) A equipe esperou um pouco para cortar o cordão.  (3) Não sei</p>	<p>QUAUM <input type="checkbox"/></p>
<p>113. Quando você viu o "<b>nome do bebê</b>" pela primeira vez?</p> <p>(1) Na sala de parto, imediatamente após o parto  (2) Na sala de parto, após procedimentos realizados no bebê pela equipe  (3) Não vi o meu bebê na sala de parto</p>	<p>VIUBB <input type="checkbox"/></p>
<p>114. Quando você segurou o "<b>nome do bebê</b>" pela primeira vez?</p> <p>(1) Na sala de parto, imediatamente após o parto  (2) Na sala de parto, após procedimentos realizados no bebê pela equipe  (3) Não segurei meu bebê na sala de parto</p>	<p>QSEGBB <input type="checkbox"/></p>
<p>115. O "<b>nome do bebê</b>" ficou com você na sala de parto enquanto você permaneceu lá?</p> <p>(1) Sim, o tempo todo (2) Sim, mas não o tempo todo (3) Não (4) Não sei/Não lembro (8)NSA</p>	<p>BBSALA <input type="checkbox"/></p>
<p><b>[Se a resposta foi "Sim, o tempo todo", pular para a pergunta "118"]</b></p>	
<p>116. Alguém lhe explicou por que o "<b>nome do bebê</b>" não ficou com você na sala de parto?</p> <p>(1) Sim (2) Não (8) NSA</p>	<p>EXLEBB <input type="checkbox"/></p>
<p>117. Você sabe por que o "<b>nome do bebê</b>" não ficou com você na sala de parto após o nascimento?</p> <p>(1) Eu estava sem condições  (2) O "<b>nome do bebê</b>" precisou de cuidados  (3) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital  (4) Não sei (8) NSA</p>	<p>MOLEBB <input type="checkbox"/></p>
<p>118. Você teve contato pele a pele com o "<b>nome da criança</b>" na sala de parto?</p> <p>(1) Sim, imediatamente após o parto (2) Sim, após procedimentos realizados no bebê pela equipe  (3) Não (4) Não sei/Não lembro</p>	<p>CONPEL <input type="checkbox"/></p>

<p><i>[Se a resposta foi “Não”, pular para a pergunta “120”]</i>  <i>[Se a resposta foi “Sim”, PULAR A QUESTÃO “120”]</i></p>	
<p>119. Quanto tempo ficou em contato pele a pele com o “<i>nome do bebê</i>”?  (1) Por menos de 10 minutos (2) Entre 10 e 30 minutos  (3) Entre 30 e 59 minutos (4) Uma hora ou mais (5) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	TEMPEL <input type="checkbox"/>
<p><i>[Se a resposta foi “Uma hora ou mais” ou “Não sei/Não lembro”, pular para a pergunta “121”]</i></p>	
<p>120. Por que o “<i>nome da criança</i>” não ficou em contato pele a pele com você por pelo menos uma hora?  (1) Por minha vontade  (2) Por iniciativa da equipe, tendo justificativa  (3) Por iniciativa da equipe, sem justificativa (8) NSA</p>	MOTPEL <input type="checkbox"/>
<p>121. O “<i>nome do bebê</i>” foi colocado no seio para mamar na primeira hora de vida?  (1) Sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro</p>	SEIOBB <input type="checkbox"/>
<p><i>[Se a resposta foi “Sim”, pular para a pergunta “124”]</i></p>	
<p>122. Alguém lhe explicou por que não colocaram o “<i>nome do bebê</i>” para mamar logo depois do parto?  (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	EXNMAM <input type="checkbox"/>
<p>123. Você sabe por que não colocaram o “<i>nome do bebê</i>” para mamar na sala de parto?  (1) Eu estava sem condições  (2) Meu filho precisou de cuidados  (3) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital  (4) Não sei (8) NSA</p>	MONMAM <input type="checkbox"/>
<p><i>[Para aquelas cujos filhos “não foram colocados para mamar na sala de parto”, pular para a pergunta “126”]</i></p>	
<p>124. O “<i>nome do bebê</i>” mamou na primeira hora de vida?  (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	BBMAM <input type="checkbox"/>
<p>125. Você se sentiu apoiada para iniciar a amamentação do “<i>nome do bebê</i>” ainda na sala de parto?  <i>[Ler as opções de resposta]</i>  (1) Sim, bastante (2) Mais ou menos (3) Pouco  (4) Não (5) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	APAMA <input type="checkbox"/>
<p>126. Como você sentiu o ambiente do local do parto do “<i>nome do bebê</i>”? <i>[Ler as opções de respostas]</i>  (1) Tranquilo (2) Agitado/pesado/tenso/estressante  (3) Nem tranquilo, nem estressante (4) Não sei /Não lembro</p>	COLOPA <input type="checkbox"/>
<p>127. Como você sentiu o ambiente do local de parto com relação ao acolhimento? <i>[Ler as opções de respostas]</i>  (1) Bastante acolhedor (2) Mais ou menos acolhedor (3) Pouco acolhedor  (4) Nada acolhedor (5) Não sei / Não lembro</p>	LOPACOL <input type="checkbox"/>
<p>128. Como você se sentiu física e psicologicamente no ambiente do local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>  (1) Segura (2) Nem segura, nem insegura (3) Insegura (4) Não sei/Não lembro</p>	LOPASE <input type="checkbox"/>
<p>129. Qual a sua impressão com relação à limpeza do ambiente do local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>  (1) Limpo (2) Nem sujo, nem limpo (3) Sujo (4) Não sei/Não lembro</p>	LOPALI <input type="checkbox"/>

<p>130. Qual a sua impressão com relação à sua privacidade no local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>                  (1) Houve privacidade (2) Houve pouca privacidade                  (3) Não houve privacidade (4) Não sei /Não lembro</p> <p>131. O que você achou da iluminação do local do parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>                  (1) Suave (2) Nem suave, nem muita iluminado                  (3) Muito iluminado (4) Não sei /Não lembro</p> <p>132. A sua expectativa em relação ao parto foi atendida? <i>[Ler as opções de respostas]</i>                  (1) Sim, plenamente (2) Sim, em parte (3) Não (4) Não sei/Não lembro</p> <p>133. Qual a sua satisfação geral em relação ao atendimento ao seu parto (incluindo pré-parto, parto e pós-parto imediato)? <i>[Ler as opções de respostas]</i>                  (1) Muito satisfeita                  (2) Satisfeita                  (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita                  (4) Insatisfeita                  (5) Muito insatisfeita</p> <p>134. Qual a melhor descrição para a experiência do seu parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i>                  (1) Maravilhosa (2) Boa (3) Mais ou menos (4) Ruim (5) Péssima</p> <p>Se quiser, comente a sua resposta: _____                  _____                  _____</p>	<p>PRIVPAR <input type="checkbox"/></p> <p>ILUPAR <input type="checkbox"/></p> <p>EXPEPA <input type="checkbox"/></p> <p>SATPAR <input type="checkbox"/></p> <p>DEXPPAR <input type="checkbox"/></p>
<p><b>INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (ALOJAMENTO CONJUNTO)</b></p>	
<p>135. Por quanto tempo você permaneceu internada <i>[da chegada até a alta]</i>? _____ h                  Do dia _____, _____ h até o dia _____, _____ h</p> <p>136. Você teve alguma complicação no pós-parto?                  (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não sei /Não lembro</p> <p>137. Você e o “nome do bebê” ficaram em alojamento conjunto?                  (1) Sim, o tempo todo (2) Sim, mas não todo o tempo (3) Não</p> <p><i>[Se a resposta foi “Sim, o tempo todo”, pular para a pergunta “140”]</i></p> <p>138. Por quanto tempo você e o “nome do bebê” ficaram separados?                  (1) Menos de 2 horas (2) Entre 2 em 12 horas (3) Entre 12 e 24 horas                  (4) Mais de 24 horas (5) Não sei/ Não lembro (8) NSA</p> <p>139. Por que você e o “nome do bebê” foram separados?                  (1) Eu não tinha condições de cuidar do meu filho                  (2) O meu filho necessitou de cuidados especiais                  (3) Para eu descansar                  (4) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital                  (5) Não sei /Não lembro (8) NSA</p> <p>140. Você amamentou o “nome do bebê” na maternidade (exceto em sala de parto)?                  (1) Sim (2) Não (8) NSA</p> <p>141. O “nome do bebê” usou bico/chupeta na maternidade?                  (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p> <p>142. Você utilizou bico intermediário de silicone na maternidade?                  (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p>	<p>TEINT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>COMPP <input type="checkbox"/></p> <p>JUNBB <input type="checkbox"/></p> <p>SEPBB <input type="checkbox"/></p> <p>MOSEBB <input type="checkbox"/></p> <p>AMAIN <input type="checkbox"/></p> <p>BICO <input type="checkbox"/></p> <p>BISILI <input type="checkbox"/></p>

<p>143. Durante a internação, você se sentiu apoiada pelos profissionais de saúde em relação à amamentação? <b>[Ler as opções de resposta]</b>          (1) Sim, bastante      (2) Mais ou menos      (3) Pouco      (4) Não      (5) Não sei/Não lembro</p>	APOAM <input type="checkbox"/>
<p>144. Durante a Internação, você recebeu orientação quanto à amamentação?          (1) Sim, e ajudaram bastante      (2) Sim, mas não fez diferença      (3) Sim, mas atrapalharam      (4) Não</p>	ORIAM <input type="checkbox"/>
<p><b>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "149"]</b></p>	
<p>145. Você recebeu orientação de qual profissional? _____ (8) NSA</p>	ORIPROF ____
<p>Você recebeu orientação com relação a:</p>	
<p>146. Como amamentar (pega e posicionamento)? (1) sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	ORIEG <input type="checkbox"/>
<p>147. Horários para amamentar?          (1) Sim, livre demanda      (2) Sim, horários pré-estabelecidos      (3) Não      (4) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	ORIHOR <input type="checkbox"/>
<p>148. Como ordenhar o seu leite?      (1) sim      (2) Não      (3) Não sei /Não lembro      (8) NSA</p>	ORIODR <input type="checkbox"/>
<p>149. Você usou o banco de leite durante a sua permanência na maternidade?          (1) Sim, para doar leite      (2) Sim, para receber atendimento          (3) Sim, para ambos.      (4) Não      (8) NSA</p>	BANLEI <input type="checkbox"/>
<p>150. Foi sugerido outro leite que não o leite materno para o "nome do bebê"?          (1) Sim      (2) Não      (3) Não sei/ Não lembro</p>	PRESCFL 2 <input type="checkbox"/>
<p>151. O "nome do bebê" recebeu outro leite durante a internação?          (1) Sim      (2) Não      (3) Não sei/ Não lembro</p>	RECFL 2 <input type="checkbox"/>
<p><b>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "154"]</b></p>	
<p>152. Alguém lhe consultou para dar outro leite ao "nome do bebê"?          (1) Sim      (2) Não      (3) Não sei/ Não lembro      (8) NSA</p>	CONFOR <input type="checkbox"/>
<p>153. Por que o "nome do bebê" recebeu outro leite? <b>[se houver mais de uma razão, considerar a principal].</b>          (1) Eu não tinha leite suficiente      (2) Por razões médicas (hipoglicemia, icterícia, etc...)          (3) Para eu descansar      (4) Sem nenhuma razão especial/rotina do hospital          (5) Ninguém me informou      (8) NSA</p>	PQFOR <input type="checkbox"/>
<p>154. Você saiu da maternidade com alguma receita de leite?          (1) Sim      (2) Não      (3) Não sei/ Não lembro</p>	RECFOR <input type="checkbox"/>
<p>155. Como o "nome do bebê" estava se alimentando quando saiu da maternidade:          (1) Só com leite materno      (2) Leite materno + outro leite          (3) Só outro leite      (4) Não sei/ Não lembro</p>	TIPOLE <input type="checkbox"/>
<p><b>[NÃO PERGUNTAR]</b></p>	
<p>156. Situação do Aleitamento Materno na alta da maternidade:          (1) Aleitamento materno exclusivo          (2) Aleitamento materno misto          (3) Sem aleitamento materno</p>	SITAM <input type="checkbox"/>
<p>157. Considerando os cuidados gerais recebidos no hospital, após o parto, você se sentiu apoiada durante a internação? <b>[Ler as opções de respostas]</b>          (1) Sim, bastante      (2) Mais ou menos      (3) Pouco          (4) Não      (5) Não sei/Não lembro</p>	CUIAPO <input type="checkbox"/>
<p>158. Qual a sua satisfação geral em relação à internação após o parto? <b>[Ler as opções de respostas]</b>          (1) Muito satisfeita</p>	SATINT <input type="checkbox"/>

<p>(2) Satisfeita  (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita  (4) Insatisfeita  (5) Muito insatisfeita</p> <p><b>[As perguntas a seguir referem-se a todos os períodos da internação (pré-parto, parto e pós-parto)]</b></p> <p>159. Em algum momento você se sentiu desrespeitada, humilhada ou maltratada por parte dos profissionais de saúde? <b>[Ler as opções de respostas]</b>  (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p> <p><b>[Se a resposta foi “Não”, pular para a pergunta “170”]</b></p> <p>Colocar aqui em que momento :</p> <p>160. Pré-parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei  161. Parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei  162. Pós-parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei</p> <p>Que tipo de violência você sofreu?</p> <p>163. Verbal (gritos, xingamentos, impropriedades): (1) Sim (2) Não (8) NSA  164. Psicológica (ameaças, humilhações, julgamentos, negar atendimento): (1) Sim (2) Não (8) NSA  165. Física (empurrões, brutalidade no exame de toque): (1) Sim (2) Não (8) NSA  166. Outra : (1) Sim <b>[especificar]:</b> _____ (2) Não (8) NSA</p> <p>A violência foi praticada:</p> <p>167. Por alguém da equipe médica: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA  168. Por alguém da equipe de enfermagem (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA  169. Por outra pessoa ou profissional (1) Sim <b>[especificar]:</b> _____ (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p> <p>170. Em algum momento você percebeu que o “<b>nome do bebê</b>” foi maltratado/desrespeitado por parte dos profissionais de saúde? <b>[Ler as opções de respostas]</b>  (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p> <p><b>[Se a resposta foi “Não”, pular para a “pergunta aberta”]</b></p> <p>Que tipo de violência o “<b>nome do bebê</b>” sofreu?</p> <p>171. Verbal (xingamentos, impropriedades): (1) Sim (2) Não (8) NSA  172. Física (brutalidade): (1) Sim (2) Não (8) NSA  173. Outra : (1)Sim (especificar): _____ (2) Não (8) NSA</p> <p>A violência foi praticada:</p> <p>174. Por alguém da equipe médica: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA  175. Por alguém da equipe de enfermagem: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA  176. Por outra pessoa: (1)Sim (especificar): _____ (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p> <p>Você gostaria de fazer algum comentário sobre a sua experiência na maternidade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SENDESR <input type="checkbox"/></p> <p>DESPRE <input type="checkbox"/>  DESPAR <input type="checkbox"/>  DESPOS <input type="checkbox"/></p> <p>VIOVE <input type="checkbox"/>  VIOPSI <input type="checkbox"/>  VIOFI <input type="checkbox"/>  VIOUT <input type="checkbox"/></p> <p>VIOMED <input type="checkbox"/>  VIOENF <input type="checkbox"/>  VIOPESS <input type="checkbox"/></p> <p>VIOBB <input type="checkbox"/></p> <p>BBVERB <input type="checkbox"/>  BBFIS <input type="checkbox"/>  BBOUT <input type="checkbox"/></p> <p>BBVMED <input type="checkbox"/>  BBVENF <input type="checkbox"/>  BBVPESS <input type="checkbox"/></p>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO MÊS</b>	
<p>177. De maneira geral, como você está se sentindo no momento? <b>[Ler as opções de respostas]:</b>  (1) Ótima (2) Bem (3) Mais ou menos (4) Mal (5) Péssima (6) Não sei definir</p> <p>178. Você está trabalhando ou estudando fora?</p>	<p>SENTI <input type="checkbox"/></p> <p>TRABEST <input type="checkbox"/></p>

(1) Sim, trabalhando	(2) Sim, estudando	(3) Sim, ambos	(4) Não	
<b>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "180"]</b>				
179. Quanto tempo fica longe de casa?				TEFOCA <input type="checkbox"/>
(1) Até 4 horas	(2) 4-8 horas	(3) > 8 horas	(4) Leva sempre o bebê	(8) NSA
180. Você já levou o "nome do bebê" para fazer revisão de saúde?				BBSAUDE <input type="checkbox"/>
(1) Sim, no sistema público (UBS, posto de saúde, hospital)				
(2) Sim, no sistema privado (plano de saúde ou particular)				
(3) Sim, sistema público e privado				
(4) Sim, outro [especificar]: _____				
(5) Não				
181. O "nome do bebê" usa bico/chupeta? (1) Sim (2) Não				BBCHUP <input type="checkbox"/>
<b>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "186"]</b>				
182. Quando o "nome do bebê" começou a usar bico/chupeta? _____ dias de vida				(888) NSA CHUPINT <input type="checkbox"/>
183. Com que frequência o "nome do bebê" usa bico/chupeta?				CHUPFRE <input type="checkbox"/>
(1) A maior parte do tempo, dia e noite (muito frequente)				
(2) De vez em quando (pouco frequente)				
(3) Só para dormir				(8) NSA
184. Se já parou de chupar bico, quando parou? _____ dias				(888) NSA CHUPAR <input type="checkbox"/>
185. [Preencher depois da entrevista, pelo coordenador de campo]				
Duração do uso de chupeta: _____ dias				(888) NSA DUCHUP <input type="checkbox"/>
186. Você está amamentando o "nome do bebê"? (1) Sim (2) Não				AMALT <input type="checkbox"/>
<b>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "189"]</b>				
187. Quantas vezes ao dia o "nome do bebê" mama no peito? _____ (77) Não sabe (88) NSA				NUAMA <input type="checkbox"/>
<b>[Se ainda está amamentando, pular para a pergunta "189"]</b>				
188. Por quanto tempo o "nome do bebê" mamou no peito? _____ dias				(888) NSA TEMAMA <input type="checkbox"/>
O "nome do bebê" recebe:				
189. Água? (1) Sim (2) Não				BBAGUA <input type="checkbox"/>
190. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA AGUINT <input type="checkbox"/>
191. Chá? (1) Sim (2) Não				BBCHA <input type="checkbox"/>
192. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA CHAINT <input type="checkbox"/>
193. Suco? (1) Sim (2) Não				BBSUCO <input type="checkbox"/>
194. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA SUCINT <input type="checkbox"/>
195. Outro leite? (1) Sim (2) Não				BBLEIT <input type="checkbox"/>
196. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA LEITINT <input type="checkbox"/>
197. Qualquer outro alimento? (1) Sim [especificar] _____ (2) Não				BBALI <input type="checkbox"/>
198. Quando introduziu? _____ dias de vida				(88) NSA ALINT <input type="checkbox"/>
199. Você recebeu alguma amostra de fórmula láctea neste primeiro mês?				AMOST <input type="checkbox"/>
(1) Sim, na maternidade (2) Sim, depois que sai da maternidade				
(3) Sim, na maternidade e depois (4) Não				
<b>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "207"]</b>				
Recebeu amostra de fórmula:				

200. Do pediatra?	(1) Sim	(2) Não	AMPED <input type="checkbox"/>		
201. Da enfermeira?	(1) Sim	(2) Não	AMENF <input type="checkbox"/>		
202. De outro profissional de saúde?	(1) Sim	(2) Não	AMPROF <input type="checkbox"/>		
203. De outro <i>[especificar]</i> ?	(1) Sim	(2) Não	AMOUT <input type="checkbox"/>		
204. <i>[Preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo]</i> Tipo de alimentação atual: (1) Aleitamento materno exclusivo (2) Aleitamento materno predominante (3) Aleitamento materno misto (LM + outro leite) (4) Aleitamento materno complementado (AM + alimentos complementares) (5) Aleitamento misto complementado (AM misto + alimentos complementares) (6) Sem aleitamento materno			ALIATU <input type="checkbox"/>		
205. <i>[Preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo]</i> Duração do aleitamento materno exclusivo: _____ dias (888) NSA			DUAME <input type="checkbox"/>		
206. <i>[Preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo]</i> Duração do aleitamento materno: _____ dias (888) NSA			DUAM <input type="checkbox"/>		
Você recebe ou recebeu incentivo/apoio para amamentar o “nome do bebê”? <i>[Ler as opções de respostas]</i>					
207. Do seu companheiro?	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	APOCOM <input type="checkbox"/>
208. De sua mãe?	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	APOMAE <input type="checkbox"/>
209. De sua sogra?	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	APOSGRA <input type="checkbox"/>
210. De algum outro familiar/vizinha/amiga (significativo)?	(1) Sim <i>[especificar]</i> : _____			(2) Não	APOUT <input type="checkbox"/>
211. Você recebe ou recebeu apoio profissional para a amamentação?					APOPRO <input type="checkbox"/>
	(1) Sim, bastante	(2) Mais ou menos	(3) Pouco	(4) Não	
Você teve ou está tendo alguma das seguintes dificuldades para amamentar o “nome do bebê”?					
212. Ingurgitamento mamário (mama empedrada):	(1) Sim	(2) Não			INGMA <input type="checkbox"/>
213. Dor para amamentar:	(1) Sim	(2) Não			DORMA <input type="checkbox"/>
214. Rachaduras nos mamilos:	(1) Sim	(2) Não			RACHMA <input type="checkbox"/>
215. Mastite:	(1) Sim	(2) Não			MASTITE <input type="checkbox"/>
216. Pouco leite:	(1) Sim	(2) Não			POULEI <input type="checkbox"/>
217. Excesso de leite:	(1) Sim	(2) Não			EXCLEI <input type="checkbox"/>
218. Dificuldade do “nome do bebê” (não pega, não quer mamar, suga pouco, entre outros):	(1) Sim	(2) Não			BBDIF <input type="checkbox"/>
219. Problemas anatômicos nos mamilos (plano, curto, invertido):					PLOBMA <input type="checkbox"/>
	(1) Sim	(2) Não			
220. Você usou algum banco de leite após ter saído da maternidade?					BLALTA <input type="checkbox"/>
	(1) Sim, para doar leite	(2) Sim, para receber atendimento	(3) Sim, para ambos	(4) Não	
221. Você doa ou doou leite?					DOALEI <input type="checkbox"/>
	(1) Sim, continuo doando regularmente	(2) Sim, mas sem regularidade			
	(3) Sim, mas já parei de doar	(4) Não			
222. Antes do “nome do bebê” nascer, quais eram os seus planos com relação à duração da amamentação exclusiva? _____ meses (777) Não sei					PLANAME <input type="checkbox"/>
<i>[Se a mulher não está mais amamentando exclusivamente, pular para a pergunta “224”]</i>					
223. Houve mudança com relação ao tempo pretendido para o aleitamento materno exclusivo?					TEMUOE <input type="checkbox"/>
	(1) Sim, pretendo amamentar por mais tempo				

(2) Sim, pretendo amamentar por menos tempo (3) Não (4) Não sei (8) NSA	
224. Antes do “ <i>nome do bebê</i> ” nascer, quais eram os seus planos com relação à duração da amamentação? _____ meses (777) Não sei	PLANAM <input type="checkbox"/>
<b>[Se a mulher não está mais amamentando, pular para a pergunta “231”]</b>	
225. Houve mudança com relação ao tempo pretendido para o aleitamento materno? (1) Sim, pretendo amamentar por mais tempo (2) Sim, pretendo amamentar por menos tempo (3) Não (4) Não sei (8) NSA	TEMUDO <input type="checkbox"/>
226. Você já pensou em parar de amamentar? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PARAMA <input type="checkbox"/>
Você já sentiu pressão para parar de amamentar?	
227. Do seu companheiro? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESO <input type="checkbox"/>
228. Da sua mãe? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESMAE <input type="checkbox"/>
229. Da sua sogra? (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESSO <input type="checkbox"/>
230. De outra pessoa [especificar]?: _____ (1) Sim, muitas vezes (2) Sim, de vez em quando (3) Não (8) NSA	PRESOUT <input type="checkbox"/>
231. Como você está se sentindo com relação à amamentação? <b>[Ler as opções de respostas]</b> (1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita	SATAMA <input type="checkbox"/>
232. Qual a melhor descrição para a sua experiência de amamentação do “ <i>nome do bebê</i> ” <b>[Ler as opções de respostas]</b> (1) Maravilhosa (2) Boa (3) Mais ou menos (4) Ruim (5) Péssima	EXPAMA <input type="checkbox"/>
233. Você atribui a que a descrição da sua experiência como a amamentação? _____ _____ _____	
Você gostaria de fazer algum comentário sobre a sua experiência de amamentação? _____ _____ _____	
<b>CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONOMICA</b>	
233. ESCORE DE CLASSIFICAÇÃO ECONOMICA A) Quantos cômodos ou peças têm na sua casa? _____ B) A sua casa possui energia elétrica? (1) Sim (2) Não C) Qual o tipo de abastecimento de água? (1) Rede pública (2) Poço ou nascente (3) Cisterna (4) Carro pipa (5) Água engarrafada (6) Outro: _____ D) Qual o destino das fezes e urina no domicílio? (1) Sistema de esgoto (rede geral) (2) Fossa (3) Céu aberto E) Como é o trecho da rua onde se encontra a sua casa? (1) Asfaltado/pavimentado (2) Terra/cascalho <b>[Itens de conforto - No domicílio tem]:</b> F) Quantidade de automóveis para uso particular: ____ G) Quantidade de motocicletas para uso particular: ____	CLASOCIO <input type="checkbox"/>



<p>H). Quantidade de empregados mensalistas (considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana): ____</p> <p>I) Quantidade de máquinas de lavar roupa: ____</p> <p>J) Quantidade de máquinas de secar roupa (considerar máquinas que lavam e secam): ____</p> <p>L) Quantidade de banheiros: ____</p> <p>K) Dispositivos que leem DVD (desconsiderar se no automóvel): ____</p> <p>M) Quantidade de geladeiras: ____</p> <p>  J) Quantidade de freezers (independentes ou parte da geladeira) ____</p> <p>O) Quantidade de computadores (desconsiderar tablets, palms ou smartphones): ____</p> <p>P) Quantidade de lavadoras de louças: ____</p> <p>Q) Quantidade de fornos de micro-ondas: ____</p> <p>234. Renda familiar [considere os rendimentos de todas as pessoas que moram na casa]:</p> <p>(0) Sem rendimento</p> <p>(1) Até 1 salário mínimo (R\$ 788,00)</p> <p>(2) Entre 1 e 2 salários mínimos (de R\$ 789 a 1576 reais)</p> <p>(3) Entre 2 e 3 salários mínimos (de R\$ 1577 a 2365 reais)</p> <p>(4) Entre 3 e 5 salários mínimos (de R\$ 2366 a 3940 reais)</p> <p>(5) Entre 5 e 10 salários mínimos (de R\$ 3941 a 7880 reais)</p> <p>(6) Mais de 10 salários mínimos (mais de R\$ 7881 reais)</p> <p>(7) Não declarada</p> <p>(8) Não sei/ Não lembro</p> <p>235. Renda <i>per capita</i>: _____</p>	<p>RENDF A <input type="checkbox"/></p> <p>RENDFPER <input type="checkbox"/></p>
--	--

**APÊNDICE D - MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ENTREVISTADOR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCÊNCIA

**“FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO”****MANUAL DO ENTREVISTADOR****Nome do Entrevistador:** \_\_\_\_\_**Nome do Coordenador:** \_\_\_\_\_**Telefone do Coordenador:** \_\_\_\_\_

**PARTE I****Sobre a pesquisa**

Esta pesquisa pretende identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto e ao aleitamento materno recebidos em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre. Faremos isso através da seleção de puérperas, nas maternidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Moinhos de Vento (HMV) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Durante a seleção das mulheres, deverá ser preenchido um questionário com dados do prontuário na maternidade, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela puérpera. Serão realizadas entrevistas em domicílio com 1 mês, 6 meses e 12 meses do pós-parto. Aos 2 meses, 4 meses e 24 meses será realizado contato telefônico. As entrevistas e os contatos telefônicos serão feitos através da aplicação de questionários, que deverão ser completados com as respostas das mães e também com os dados registrados nas carteiras de pré-natal. Nas entrevistas domiciliares, além do questionário, deverão ser aplicados 2 instrumentos autoaplicáveis. Os entrevistadores serão supervisionados por um coordenador de campo, que ficará responsável por visitar e selecionar os domicílios onde serão feitas as entrevistas, recolher os questionários aplicados pelos entrevistadores e preencher o banco de dados. Para o bom andamento da pesquisa, é fundamental ter um bom trabalho em equipe, saber trabalhar em grupo, resolvendo dúvidas e dificuldades através do diálogo e demonstrando muito respeito com os colegas.

Outro ponto muito importante é NUNCA transmitir informações falsas. Um dos valores importante em um trabalho como este é ser sempre muito honesto e transparente. Uma informação falsa pode prejudicar um trabalho que levou tanto esforço para ser realizado e pode gerar resultados falsos para a população. É preferível dizer que não conseguiu realizar uma entrevista do que inventar dados para completar o questionário, isso jamais deve ser feito. Outra questão muito importante é que apesar de sabermos do objetivo do estudo não podemos nunca forçar uma resposta positiva. Devemos manter sempre a imparcialidade em relação às perguntas, sem induzir respostas que não reflitam exatamente a realidade só para favorecer os resultados do nosso trabalho.

Os ingredientes principais para o sucesso desse trabalho são

**UNIÃO e MOTIVAÇÃO.**

Vamos **JUNTOS** fazer essa mistura acontecer!

**PARTE II****Sobre a operacionalização da pesquisa**

Para o sucesso do nosso trabalho, várias providências são necessárias. É preciso cuidar de cada detalhe para que possamos colher bons frutos de todas as tarefas empreendidas. Vamos seguir o passo a passo.

***PRIMEIRO PASSO******Preparação para o Trabalho***

Antes de sair para as visitas, é importante checar se está levando todo o material que irá precisar para o trabalho. Para não esquecer nada é só conferir os itens abaixo:

- Pasta
- Prancha para escrever
- Caneta (preta ou azul)
- Lápis, borracha e apontador
- Manual do entrevistador
- Cópias dos questionários em branco (levar no mínimo três por dia)
- Celular (se tiver)
- Água para beber
- Cédula de identidade
- Algum dinheiro para qualquer situação de emergência

As cópias dos Questionários, dos Instrumentos Autoaplicáveis e dos Termos de Consentimento em branco serão entregues pelo coordenador de campo, que também irá recolher os questionários junto com os termos preenchidos no final de cada dia de trabalho.

Seja pontual na chegada ao local combinado.

## **SEGUNDO PASSO**

### ***O contato inicial***

O segundo passo inicia quando você chegar à maternidade, dirija-se ao posto de enfermagem e apresente-se à enfermeira ou à secretária de posto, solicite gentilmente uma lista com os nomes das puérperas das últimas 24h. Sorteie o nome de uma paciente e informe que você precisa do prontuário para coletar algumas informações a fim de certificar-se que a dupla mãe-bebê se inserem nos critérios de inclusão da pesquisa. Dirija-se ao leito da puérpera, confirme o nome completo e apresente-se. As pessoas são livres para decidir se querem ou não participar da pesquisa. Quanto mais informações a pessoa tiver sobre o objetivo da pesquisa e sua importância para a sociedade como um todo, mais ela terá condições de decidir. É durante este contato inicial que você deverá fazer todos os esclarecimentos para que a pessoa possa se sentir à vontade para participar da pesquisa, pois é somente a partir do consentimento da pessoa, feito de forma livre e esclarecida, que você poderá prosseguir com o seu trabalho. Ao obter o aceite da participação colete todos os números de telefone móveis e fixos, endereços e referências para realização dos próximos contatos.

***Após prestar todos os esclarecimentos, você poderá se deparar com duas situações:***

#### ***SITUAÇÃO 1 - Casos de RECUSA em participar da entrevista:***

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as pessoas da comunidade, explique com cautela os objetivos e como será a participação dela na pesquisa. Se a pessoa, mesmo após sua explanação, recusar em participar da pesquisa, agradeça, com educação e volte ao posto de enfermagem e sorteie outra puérpera.

#### ***SITUAÇÃO 2 - Casos de ACEITAÇÃO em participar da entrevista:***

Havendo a disposição da pessoa em participar, o passo seguinte é obter o consentimento informado, ou seja, a pessoa deverá assinar um documento informando que decidiu participar da pesquisa.

Para isso, é necessário explicar para a pessoa o objetivo do documento “**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**” e a importância da sua assinatura.

O Termo de Consentimento possui informações importantes sobre essa pesquisa e garante o direito de que todas as informações fornecidas são **estritamente sigilosas**. Isso quer dizer que as respostas dadas na entrevista serão analisadas sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número.

Para isso você deve prosseguir com a leitura em voz alta do Termo de Consentimento. Ao final da leitura, pergunte se a puérpera tem alguma dúvida sobre as informações que foram lidas e responda a todas as perguntas que surgirem.

Esclareça ainda sobre algumas responsabilidades assumidas pela coordenação da pesquisa:

- ✓ A pessoa que responde não assume nenhum compromisso, nem qualquer custo.
- ✓ Os coordenadores da pesquisa são profissionais de saúde; caso seja identificada alguma situação de urgência em relação à saúde da criança ou da mãe, os coordenadores avaliarão o caso e, se necessário, encaminharão ao posto ou centro de saúde.

Após estas explicações, pergunte à pessoa se ainda há alguma dúvida sobre sua participação na pesquisa e disponibilize para responder. Caso não haja mais nenhuma pergunta, você poderá finalmente solicitar que a pessoa assine o termo (lembre-se que são duas vias). A entrevistada ficará com uma cópia deste termo, que contém o contacto da pessoa responsável por esta pesquisa, caso ela queira tirar alguma dúvida a qualquer momento. Uma segunda cópia do termo fica com o entrevistador.

Ao obter o aceite da participação colete todos os números de telefone móveis e fixos, endereços e referências para realização dos próximos contatos.

Em seguida, dirija-se ao posto da enfermagem e colete as informações do prontuário da paciente, utilizando o instrumento “Questionário de Informações de Prontuário”.

## ***TERCEIRO PASSO***

### ***A visita domiciliar***

Alguns cuidados são importantes:

#### **Em relação ao primeiro contato:**

- Bata palmas ou use a campainha. Use sempre uma expressão de respeito para chamar a pessoa.
- Ao ser atendido, espere ser convidado para entrar na casa da pessoa.
- Apresente-se, mostre seu crachá e informe o motivo da visita, conforme sugerimos.

*Motivo da Visita:*

*Realizar uma pesquisa sobre a satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto e aleitamento materno.*

*Reforce que você NÃO trabalha para o hospital onde foi realizado o parto. Diga à entrevistada que ela tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas.*

- Esse primeiro momento é muito importante para criar um ambiente favorável. Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia inicial com a entrevistada. Reforce o valor da contribuição da pessoa para a pesquisa, que tem objetivo de obter informação para ajudar a melhorar os serviços de saúde da comunidade.
- Procure manter um clima alegre e cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. Se lhe oferecerem algo para beber ou comer, pode aceitar, pois demonstra educação e delicadeza.
- Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ela trabalha.
- Caso perceba algo que possa colocar você em situação de perigo (ex: morador alcoolizado), pergunte se pode voltar outra hora e siga para outro local.

***Lembre-se:***

Se houver qualquer PROBLEMA chame o coordenador de campo.

Tenha sempre o telefone do coordenador de campo responsável em mãos, para o caso de ter que acessá-lo com rapidez.

***QUARTO PASSO******Aplicação do questionário***

O nosso questionário está dividido em várias partes. São elas:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DA ENTREVISTADA
2. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS
3. INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER
4. INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL
5. INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO
6. INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (ALOJAMENTO CONJUNTO)
7. INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO MÊS
8. CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Somente após ler com atenção e compreender bem todas as perguntas que compõem cada parte do questionário é que você poderá iniciar as entrevistas.

O sucesso da entrevista depende principalmente de dois fatores:

***a) Compreensão do Questionário***

O entrevistador deve conhecer bem todo o questionário, compreendendo a importância de cada pergunta que vai fazer. Cada uma delas tem uma razão de ter sido formulada. Compreender bem o porquê você está fazendo cada pergunta vai lhe trazer segurança, ajudando para que, no momento da entrevista, você transmita a confiança para a mãe.

***b) Abordagem às mães***

A forma como você irá abordar as mães durante as entrevistas é condição fundamental de sucesso para o seu trabalho. Lembre-se que a comunicação não é feita somente com a nossa fala, mas também pelo tom da voz, pelos gestos e pelo olhar. Tudo isso influenciará no sucesso da sua entrevista.

Após conhecer todas as perguntas, podemos passar adiante. Procure não ficar com dúvidas, e lembre-se que os coordenadores da pesquisa estarão sempre dispostos a esclarecer todas as perguntas a qualquer momento.

**Seguem agora as orientações sobre como deverá fazer as perguntas no momento da entrevista:**

- ⇒ É importante que você busque fazer a pergunta para a mãe exatamente como está escrito. Fale devagar, sem pressa. Se perceber que não foi compreendido, repita calmamente exatamente como está escrito.
- ⇒ Se perceber que realmente a mãe não compreendeu as palavras, procure, então, fazer-se entender. Solicite à mãe que explique o que ela não entendeu na pergunta e reformule sem modificar o sentido da pergunta. Explique o significado de alguma palavra e/ou utilize alguns exemplos para auxiliar na compreensão da pergunta.
- ⇒ Não esqueça que temos algumas perguntas em que é necessário que você leia as alternativas de resposta para a mãe. Quando for o caso, esta orientação estará indicada na própria pergunta.
- ⇒ Se você perceber dúvidas nas respostas, repita a pergunta de forma mais enfática, tendo o cuidado para não parecer que está duvidando das respostas da mãe. Repita, na intenção de buscar esclarecer a resposta.
- ⇒ Você deve solicitar à mãe a carteira de pré-natal, informando que precisa vê-la porque contém as informações que foram registradas pelos profissionais do pré-natal ou posto e que são importantes para a pesquisa.
- ⇒ Ao registrar as informações das carteiras de pré-natal, concentre-se para não se esquecer de apontar todos os dados necessários.
- ⇒ Algumas perguntas tem dados para o coordenador responder. Esses espaços estão indicados com a frase “preencher depois da entrevista, pela coordenadora de campo”, deixe-os em branco e siga adiante.
- ⇒ Faça sempre uma pergunta de cada vez, escutando toda a resposta. Somente após preencher a resposta da pergunta feita é que você deve seguir adiante. Procure não ficar preenchendo a resposta enquanto faz a próxima pergunta, cada resposta exige a sua atenção. Esses cuidados são importantes para transmitir tranquilidade, não atropelar respostas e evitar erros e enganos.
- ⇒ Não passe para a pergunta seguinte se você tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se precisar, solicite à pessoa que repita a resposta e só escreva quando não tiver mais nenhuma dúvida sobre a resposta que vai registrar.
- ⇒ Ao final, revise todo o questionário folheando página por página para verificar se não ficou nenhuma pergunta esquecida.

**Seguem agora algumas orientações sobre situações que podem ocorrer no momento da entrevista e que precisam ser contornadas.**

Existem algumas situações com as quais você irá se deparar e que precisa contornar com sucesso no momento da entrevista, veja algumas sugestões sobre como superar algumas dificuldades:

- ⇒ Muitas vezes as mães costumam esquecer sobre alguns fatos de sua vida, e muito frequentemente sobre suas gestações e partos, principalmente, quando ela tem muitos



filhos. Procure não demonstrar surpresa através de gestos ou expressões. Isso poderá ser compreendido como censura, transformando-se em motivo de timidez ou vergonha por parte da mãe. Você pode ajudar a mãe a lembrar de datas através da sugestão de datas importantes, como aniversários, natal, ano novo, entre outras.

- ⇒ É fato que somente pelo tom da nossa voz podemos induzir respostas. Isso acontece facilmente quando estamos com pressa. Procure fazer todas as perguntas calmamente e sem pressa de finalizar a entrevista.
- ⇒ Pode acontecer que a mãe fique com receio de responder alguma pergunta sobre o que realmente pensa sobre algum profissional ou membro da família. Neste momento, fale novamente para ela sobre o sigilo das respostas e o quanto a sinceridade poderá ajudar na avaliação e que a intenção da pesquisa é contribuir com a melhoria dos cuidados de saúde.
- ⇒ Algumas pessoas gostam de conversar e costumam se prolongar bastante nas respostas contando histórias e desviando o assunto. Estas situações exigem cuidado para retomada do assunto sem ser indelicado. Use sua sensibilidade para perceber o momento de interromper educadamente o assunto e retomar as perguntas da entrevista.

## PARTE III

### Orientações específicas para o preenchimento do Questionário

#### *Cuidados para o preenchimento do Questionário*

Com este item, pretendemos que no final das entrevistas tenhamos tudo bem organizado para preenchimento do banco de dados. Para o seu melhor manuseio, é fundamental termos em atenção os seguintes pormenores:

- Devemos ter o máximo cuidado para manter o questionário em bom estado, evitando dobra-lo, amassá-lo ou coloca-lo em contato com líquidos e alimentos.
- Sempre preencher o questionário à caneta esferográfica preta ou azul.
- No momento do preenchimento do questionário dê preferência que seja feito com letra de Imprensa. Por exemplo: **MARINA CORREA** e não Marina Correa.
- Preencher de maneira a que todos os números fiquem posicionadas no interior de cada quadradinho .
- Em casos de equívoco, caso tenha assinalado duas opções de resposta, devemos destacar a verdadeira, ou seja carregar com a esferográfica o maior número de vezes possível na questão que achamos correta de modos a distinguirmos da errada de forma clara.
- Quando o entrevistado se recusar a responder alguma questão, anotar ao lado da questão: “ Não quis responder”.

#### *Em relação às perguntas:*

- As questões possuem orientações ao entrevistador em negrito e itálico, entre colchetes, não leia essas informações ao entrevistado, apenas atente-se a elas para melhor aplicação do instrumento.
- Quando a questão diz “[*Ler as opções de respostas*]”, isso quer dizer que você deve ler as alternativas para a mãe em voz alta.
- Quando aparecer a expressão “*nome do bebê*”, entenda que você deve falar o nome do bebê. Exemplo: quando você viu o “*nome do bebê*” pela primeira vez? , lê-se: Quando você viu o **PEDRO** pela primeira vez?
- Atentar-se para as instruções de pular algumas questões, elas encontram-se entre colchetes, em negrito e itálico. Exemplo: [*Se a resposta foi “Sim”, pular para a pergunta “X”*]
- A codificação (preenchimento da coluna à direita no questionário) será feita pelo Coordenador de Campo.
- Em algumas questões há a opção de resposta – NSA (Não se Aplica), ela sempre será codificada com o numero (8), (88) ou (888), atente-se para não se esquecer de preenchê-la quando for o caso.
- Em algumas questões há a opção de resposta – Não sabe/Não lembra com a codificação (77).
- A codificação IGNORADA (9) ou (99) será utilizada SOMENTE quando não for respondida a questão por esquecimento.
- Algumas questões em que não há número dentro do paranteses do “Sim”, anotar o numero de vezes correspondente. Exemplo: [*anotar o numero de visitas no parenteses correspondente ao “Sim”*]

- Se ao decorrer da aplicação do questionário, você tiver alguma dúvida aobre a resposta da entrevistada, anote à lápis ao lado da questão.

*Então, vamos ao questionário!*

## **PARTE IV**

### **Orientações específicas para compreensão do Questionário**

#### **QUESTIONÁRIO DA MATERNIDADE**

Esta é a primeira parte do questionário, que será preenchida na maternidade, após o preenchimento do TCLE.

- **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Coletar os dados do prontuário e as informações que não forem encontradas, perguntar à puérpera.

Procure colocar o maior número possível de contatos telefônicos e referências do local da residência.

- **DADOS DO PARTO/PERIPARTO**

**Questão 7.** Perguntar quando iniciaram as contrações (dor) frequentes (1 a cada 5 min ). Calcular em minutos!

**Questão 8.** Coletar do prontuário o horário da entrada na maternidade e o horário do parto. Caso esta informação não esteja disponível, perguntar para a entrevistada. Calcular em minutos!

**Questão 23.** Ao preencher a idade gestacional dê preferência para idade gestacional obstétrica calculada por ECO precoce (até 14 semanas), se não constar em prontuário procure a idade gestacional obstétrica calculada por “DUM” (data da última menstruação), se também não for encontrada esta informação, procure a idade gestacional calculada pelo pediatra (CAPURRO). Marque com um X no questionário o método correspondente à idade gestacional que foi preenchida.

#### **QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO – Visita Domicilar**

- **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Esta parte do questionário contempla questões sobre dados pessoais da entrevistada e membros da família.

**Questão 8. [autorreferida]** Não leia as opções de resposta, deixe que a entrevistada se expresse.

**Questões 11,13 e 15.** Perguntar até que série completa a entrevistada, o pai e/ou chefe da família estudou e depois (após a entrevista) calcular em anos completos de estudo para preencher a lacuna.

**Questões 12,14 e 16.** Se a entrevistada possui ensino superior e/ou pós-graduação, especificar quantos anos de estudo.

**Questão 22.** Colocar a opção (8) NSA quando a mulher não tiver outros filhos.

- **INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER**

Esta parte contempla as perguntas referentes à saúde da mulher de forma geral.

**Questões de 30 a 36.** Colocar a opção (88) NSA quando a mulher for primigesta (primeira gestação).

**Questão 31.** Refere-se a qualquer tipo de parto: cesárea ou normal/vaginal.

**Questão 34.** Atentar-se para que quando se tratar de vários partos, deve ser considerado o intervalo entre os dois últimos partos (o do bebê que nasceu atualmente e do irmão mais novo). Lembrar de transformar em meses, caso a informação tenha sido dada em anos.

- **INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

As perguntas seguintes são relacionadas à última gestação e à atenção pré-natal.

**Questão 39 a 45.** Colocar a opção (8) ou (88) NSA se a mulher não fez pré-natal.

**Questão 40.** A idade gestacional da primeira consulta deve ser preenchida em semanas, portanto, caso a entrevistada responda em meses deve-se calcular em semanas.

**Questão 48.** O grupo de gestantes, em geral, é realizado em posto de saúde ou em hospitais públicos. Mais comumente no dia em que as consultas de pré-natal ocorrem na unidade, antes ou após as consultas. São vários encontros e costumam ter duração que independe do tempo gestacional das pacientes.

**Questão 49.** Os cursos para gestantes são oferecidos, geralmente, por hospitais privados ou organizações privadas, não governamentais, etc. Possuem um cronograma com início e fim e a duração pode ser uma semana ou mais, pode vincular as participantes em outras atividades com objetivo de preparação para o parto, conhecer maternidades, entre outras.

**Questão 55.** O plano de parto é uma descrição, geralmente, escrito pela gestante e entregue à equipe assistente, de como ela gostaria que fosse seu parto, quais procedimentos ela não gostaria de ser submetida, quem ela gostaria que a acompanhasse, como ela desejaria que o bebê fosse recebido, quem cortaria o cordão umbilical e qual procedimentos ela não gostaria que fossem realizados no RN.

**Questão 58.** Marcar (8) NSA se ela não realizou pré-natal.

- **INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO**

Essa subdivisão corresponde às informações apenas sobre o último parto e têm como objetivo verificar dados sobre o atendimento na maternidade, desde a chegada, trabalho de parto ou não, percepções da mulher, enquanto parturiente, sobre o local, a assistência que recebeu de toda a equipe e satisfação da mulher com relação ao parto.

**Questão 79.** Doulas são mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Não são profissionais da saúde.

**Questões 87 a 96.** Marcar **(8) NSA** se a mulher não entrou em trabalho de parto.

**Questão 85.** Indicações médicas para cesariana: criança pélvica (sentada), indicação do médico ortopedista, cesariana prévia há menos de 1 ano, cirurgia uterina prévia, etc.

Indicações por emergência/intercorrência: gestante com 2 cesarianas prévias ou mais e trabalho de parto ativo, criança pélvica e trabalho de parto ativo, estado fetal não tranquilizador (sofrimento fetal), descolamento prematuro de placenta, sangramento do terceiro trimestre, síndrome de HELLP, etc.

**Questões 86 a 96.** Se na questão 86 a resposta for “Não”, marcar **(8) NSA** se não recebeu nenhum método para alívio da dor, tanto não farmacológico, quanto farmacológico.

**Questão 93.** Analgesia pode ser um medicamento injetável na veia ou por via oral. Anestesia é realizada antes de algum procedimento cirúrgico, exemplo, antes de realizar episiotomia é realizada uma anestesia no local da incisão pelo obstetra. Antes da cesariana é realizada pelo anestesista a infusão de anestésico no espaço aracnóide ou epidural ou ainda, menos frequente, a anestesia geral. Existe também a chamada analgesia de parto que é realizada por anestesista e é indicada pelo obstetra, em geral, quando a mulher está em trabalho de parto com dilatação avançada e apresenta muita dor.

**Questão 97 a 101.** Marcar **(8) NSA** se não entrou em trabalho de parto.

**Questão 117.** Se a resposta da mãe não se encaixar nas alternativas, leia as opções de resposta.

- **INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (FORA DA SALA DE PARTO)**

As questões relativas a essa seção referem-se aos dados da internação materna e do RN.

**Questão 135.** A resposta final deve ser preenchida em horas, se a entrevistada não souber, logo a baixo foi colocado: Do dia \_\_\_\_, \_\_h até o dia \_\_\_\_, \_\_h para auxiliar o entrevistador a calcular o número aproximado de horas de internação.

**Questão 137.** Alojamento conjunto é um quarto de hospital onde fica o leito da mãe e um berço para o bebê, geralmente estão internadas mais de uma dupla por quarto.

**Questão 149.** Marcar **(8) NSA** se não houver banco de leite naquele hospital.

**Questão 156.** Não perguntar para a entrevistada.

Aleitamento materno exclusivo: A criança recebe somente leite materno, pode ser de banco de leite.

Aleitamento materno misto: A criança recebe leite materno e outro tipo de leite (fórmula láctea, leite de saquinho ou embalagem tetra pak).

Sem aleitamento materno: A criança não recebe leite materno.

- **INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO MÊS**

Essa parte do questionário busca conhecer algumas atividades que a entrevistada está realizando no seu cotidiano e condutas de cuidado com o bebê.

**Questões 185, 204,205 e 206.** Atenção! Preencher após a entrevista

- **CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**Questão 233.** Na letra “A” não deve-se levar em conta banheiros ou lavabos

*Lembre-se que os ingredientes principais para o sucesso do trabalho são UNIÃO e MOTIVAÇÃO. Se você estiver desmotivado, procure conversar com os colegas entrevistadores com quem você tem maior proximidade, ou com algum dos coordenadores ou outras pessoas da equipa. O diálogo é muito importante para que todos se entendam bem e consigam solucionar os problemas. Você pode estar desmotivado um dia, precisando de um conselho ou de palavras de ânimo. No dia de amanhã, pode ser o seu colega que está desmotivado, e será a sua vez de ajudá-lo a ter força e seguir em frente.*

**BOM TRABALHO PARA TODOS NÓS!**

**MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!**



## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA- HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO

**Pesquisador:** Camila Giugliani

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49938015.3.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.288.088

#### **Apresentação do Projeto:**

Este projeto de pesquisa está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Criança e Adolescência. Visa identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Trata-se de estudo transversal para investigar o desfecho satisfação com o parto, com seguimento (estudo de coorte) para averiguar aspectos relacionados ao aleitamento materno. Serão incluídas 276 mulheres que tiveram parto com recém-nascido vivo nas três maternidades com maior volume de partos na cidade (duas públicas e uma privada). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando dados de estudos prévios, considerando nível de significância de 5% e poder de 80%. As mulheres serão selecionadas nas maternidades e entrevistadas no seu domicílio após 30 dias. Contatos de seguimento (com 2, 4, 6, 12 e 24 meses), por telefone ou presenciais, serão realizados para coleta de informações sobre amamentação. Este projeto tem recursos do CNPq – Edital Universal 2014.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Geral:

<b>Endereço:</b> Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F			
<b>Bairro:</b> Bom Fim		<b>CEP:</b> 90.035-903	
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE		
<b>Telefone:</b> (51)3359-7640	<b>Fax:</b> (51)3359-7640	<b>E-mail:</b> cephcpa@hcpa.edu.br	



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto recebido em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Específicos:

- Descrever as características da atenção pré-natal recebida e das práticas de assistência ao parto e ao pós parto nos diferentes serviços estudados, segundo a percepção das mulheres.
- Descrever aspectos relacionados ao aleitamento materno, tais como padrão, grau de satisfação e dificuldades em diferentes momentos.
- Conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto.
- Investigar a associação das características sociodemográficas, da atenção pré-natal, de assistência ao parto e ao pós-parto com a satisfação das mulheres em relação ao seu parto.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto com aspectos da amamentação, incluindo satisfação com essa prática.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto e depressão pós-parto.
- Investigar a associação entre a satisfação com o aleitamento materno em diferentes momentos e sua duração.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento.

Benefícios:

Há benefícios associados à participação nesta pesquisa, como a contribuição para a qualificação no atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto com delineamento adequado para alcançar os objetivos e responder suas questões de pesquisa. Serão incluídos 276 participantes recrutadas no período de aproximadamente 12 meses conforme cálculo de amostra.

Perguntas da pesquisa

- A satisfação com o parto está relacionada às práticas de assistência ao parto e ao pós-parto?

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

- A satisfação com o parto está relacionada com as características da atenção pré-natal?
- A satisfação com o parto está relacionada com características sociodemográficas e de saúde das mulheres?
- A satisfação com o parto está relacionada com a amamentação no primeiro mês de vida, aos 6 meses e aos 12 meses?
- A satisfação com o parto está relacionada com a depressão pós-parto?
- A satisfação com a amamentação está relacionada com a sua duração?

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta TCLE.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de projeto já aprovado no HCPA sob o CAAE 46775115.0.0000.5327, parecer 1.175.921.

Esta nova versão encaminhada, sob o CAAE 49938015.3.0000.5327 visa atender solicitações do centro coparticipante Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Trata-se de projeto já aprovado no HCPA sob o CAAE 46775115.0.0000.5327, parecer 1.175.921.

Esta nova versão encaminhada, sob o CAAE 49938015.3.0000.5327 visa atender solicitações do centro coparticipante Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602272.pdf	07/10/2015 17:30:47		Aceito
Outros	Lattes_Juliana_Avilla_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:27:18	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Andrea_Senna_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:59	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Agnes_Bizon_junho_2015.pdf	07/10/2015 17:26:35	Camila Giugliani	Aceito

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

Outros	Lattes_Elsa_Regina_Justo_Giugliani_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:17	Camila Giugliani	Aceit
Outros	Lattes_Camila_Giugliani_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:25:46	Camila Giugliani	Aceit
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1244546_GHC.pdf	07/10/2015 17:21:48	Camila Giugliani	Aceit
Outros	carta_alteracoes_CEP_GHC_290915.doc	07/10/2015 17:20:33	Camila Giugliani	Aceit
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1204288_HMV.pdf	07/10/2015 17:19:16	Camila Giugliani	Aceit
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1175921.pdf	07/10/2015 17:17:48	Camila Giugliani	Aceit
Outros	termo_compromisso_relatorio_GHC.pdf	07/10/2015 17:16:15	Camila Giugliani	Aceit
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aprovado_46775115000005327.pdf	07/10/2015 17:15:35	Camila Giugliani	Aceit
Outros	relacao_integrantes_GHC.pdf	07/10/2015 17:13:46	Camila Giugliani	Aceit
Outros	carta_anuencia_GHC.jpg	07/10/2015 17:12:58	Camila Giugliani	Aceit
Outros	delegacao_funcoes_HCPA.pdf	07/10/2015 17:12:31	Camila Giugliani	Aceit
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HMV_071015.docx	07/10/2015 17:11:47	Camila Giugliani	Aceit
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GHC_07102015.docx	07/10/2015 17:11:27	Camila Giugliani	Aceit
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_satisfacao_parto_290915_CEP_GHC.docx	07/10/2015 17:11:04	Camila Giugliani	Aceit
Outros	carta_aos_CEPs_071015.docx	07/10/2015 17:06:46	Camila Giugliani	Aceit
Folha de Rosto	folha_de_rosto_nova_071015.pdf	07/10/2015 17:05:40	Camila Giugliani	Aceit

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

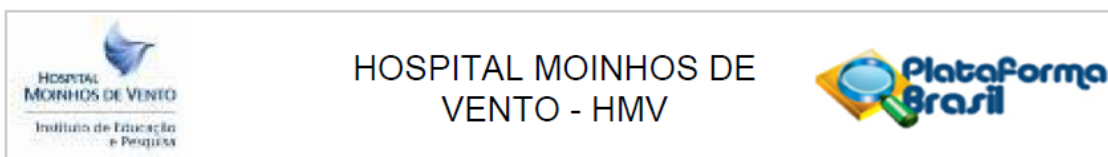
PORTO ALEGRE, 20 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA – HMV



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO

**Pesquisador:** Camila Giugliani

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46775115.0.3002.5330

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.204.288

#### Apresentação do Projeto:

**Introdução:** Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento seguem sendo subutilizadas no Brasil. Além disso, são escassas as publicações que avaliem a percepção das mulheres sobre as práticas conduzidas, e os resultados desses poucos estudos são preocupantes, pois expressam vivências negativas das mulheres sobre o próprio parto e destacam fatores relacionados à relação profissional/parturiente influenciando a sua satisfação, levando à reflexão de como a qualidade das relações tem impacto na assistência às mulheres e fazendo pensar em que outros fatores ainda não pesquisados podem influenciar a vivência destas sobre o nascimento de seus filhos. Já a satisfação materna com a amamentação é influenciada por uma complexa associação de fatores, incluindo sentimentos, valores culturais, satisfação com os serviços de saúde e até mesmo satisfação com o parto.

**Metodologia:** Estudo transversal para investigar o desfecho satisfação com o parto, com seguimento (estudo de coorte) para averiguar aspectos relacionados ao aleitamento materno. Serão incluídas 276 mulheres que tiveram parto com recém-nascido vivo nas três maternidades com maior volume de partos na cidade (duas públicas e uma privada). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando dados de estudos prévios, considerando nível de significância de

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D

**Bairro:** Floresta

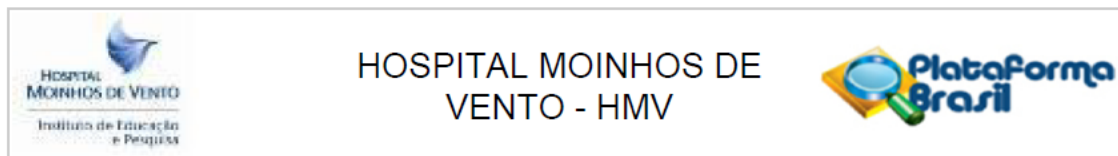
**CEP:** 90.035-001

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3314-3537

**E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

5% e poder de 80%. As mulheres serão selecionadas nas maternidades e entrevistadas no seu domicílio após 30 dias. Contatos de seguimento (com 2, 4, 6, 12 e 24 meses), por telefone ou presenciais, serão realizados para coleta de informações sobre amamentação. Este projeto tem recursos do CNPq – Edital Universal 2014.

Contribuição esperada: Esperamos contribuir para identificar, dentre os fatores associados com a percepção positiva das mulheres (fatores sociodemográficos, características de saúde das mulheres, atenção recebida no pré-natal, parto e pós-parto), aqueles que podem ser modificados ou fortalecidos na rede de atenção à saúde. Pretende-se ainda reforçar a base de evidências para sustentar as estratégias de qualificação da assistência ao parto no Brasil. O estudo originará pelo menos uma dissertação de mestrado e duas teses de doutorado. Pretendemos publicar os artigos em revistas nacionais e internacionais.

Critério de Inclusão:

- Residir no município de Porto Alegre na data do parto. - Recém-nascido vivo. - Recém-nascido a termo (idade gestacional 37 semanas, de acordo com Capurro).- Recém-nascido único (não gemelar).

Critério de Exclusão:

- Complicações neonatais e/ou obstétricas ou malformações que resultem em óbito materno e/ou neonatal precoce ou internação do recém-nascido ou da mãe em unidade de terapia intensiva.  
- Presença de alguma doença materna que contraindique a amamentação (por exemplo, HIV/AIDS).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

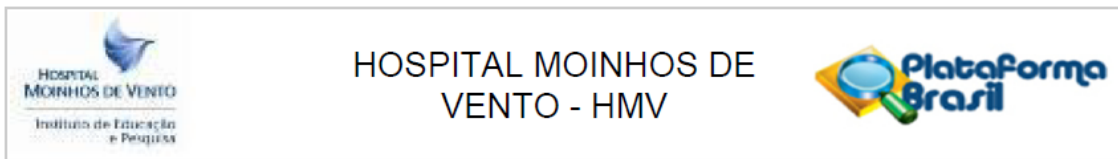
Objetivo Primário:

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto recebido em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características da atenção pré-natal recebida e das práticas de assistência ao parto e ao pós-parto nos diferentes serviços estudados, segundo a percepção das mulheres.  
- Descrever aspectos relacionados ao aleitamento materno, tais como padrão, grau de satisfação e dificuldades em diferentes momentos.  
- Conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto.  
- Investigar a associação das características sociodemográficas, da atenção pré-natal, de assistência ao parto e ao pós-parto com a satisfação das mulheres em relação ao seu parto.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D  
**Bairro:** Floresta **CEP:** 90.035-001  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto com aspectos da amamentação, incluindo satisfação com essa prática.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto e depressão pós-parto.
- Investigar a associação entre a satisfação com o aleitamento materno em diferentes momentos e sua duração.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento.

**Benefícios:**

Há benefícios associados à participação nesta pesquisa, como a contribuição para a qualificação no atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto se encontra bem escrito, com uma boa introdução justificando adequadamente a proposta de pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos necessários foram devidamente anexados.

Existem algumas recomendações referentes ao TCLE.

**Recomendações:**

Sugere-se adequar o TCLE ao HMV, incorporando os contatos dos responsáveis e CEP do Moinhos ou fazer um TCLE único contendo os contatos de todos os Centros Coparticipantes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D

**Bairro:** Floresta

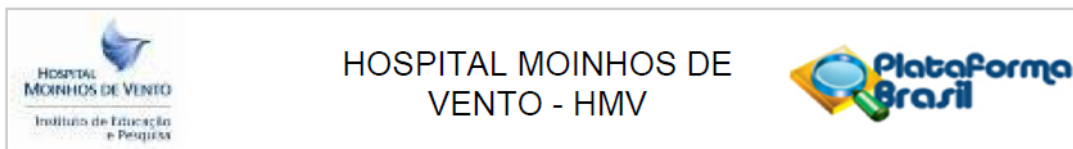
**CEP:** 90.035-001

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3314-3537

**E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.204.288

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta anuencia ufrgs.pdf	15/05/2015 18:10:59		Aceito
Outros	carta anuencia HMV.pdf	18/05/2015 09:28:48		Aceito
Outros	carta anuencia GHC.jpg	28/05/2015 16:11:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto 28.05.15.pdf	28/05/2015 16:11:40		Aceito
Outros	delegacao funcoes HCPA.pdf	29/05/2015 16:31:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 28.05.15.docx	29/05/2015 16:33:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	29/05/2015 16:36:41		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto parto HCPA.pdf	05/06/2015 14:36:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	05/06/2015 14:36:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto rev autores 15.06.15.docx	15/06/2015 11:50:00		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	15/06/2015 11:50:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto rev autores 19.06.15.docx	19/06/2015 13:35:08		Aceito
Outros	Lattes (Camila Giugliani) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:04		Aceito
Outros	Lattes (Elsa Regina Justo Giugliani) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:29		Aceito
Outros	Lattes (Andrea Francis Kroll de Senna) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:47		Aceito
Outros	Lattes (Juliana Castro de Avilla Lago) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:54:04		Aceito
Outros	Lattes (Agnes Meire Branco Leria Bizon) junho 2015.pdf	19/06/2015 13:54:21		Aceito
Outros	termo compromisso relatorio GHC0001.pdf	21/06/2015 12:03:45		Aceito
Outros	Delegação de funções HCPA.jpg	25/06/2015 18:25:01		Aceito
Outros	Integrantes projeto de pesquisa GHC.jpg	25/06/2015 18:26:20		Aceito

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D

**Bairro:** Floresta

**CEP:** 90.035-001

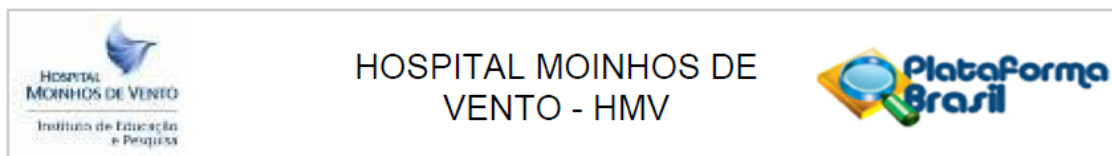
**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3314-3537

**E-mail:** cep.iep@hmv.org.br





Continuação do Parecer: 1.204.288

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	25/06/2015 19:48:22		Aceitc
Outros	carta alteracoes CEP 29.07.15.doc	29/07/2015 19:07:10		Aceitc
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto alteracoes 29.07.15.docx	29/07/2015 19:07:35		Aceitc
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 29.07.15.docx	29/07/2015 19:09:09		Aceitc
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	29/07/2015 19:09:31		Aceitc
Outros	termo compromisso dados HMV.pdf	31/07/2015 09:50:14		Aceitc
Outros	termo responsabilidade HMV.pdf	31/07/2015 09:50:33		Aceitc
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	31/07/2015 09:51:09		Aceitc
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE aprovado_46775115.0.0000.5327.pdf	04/08/2015 08:59:09		Postad
Outros	Marco Aurélio TelöKen 01_07_2015.pdf	10/08/2015 13:45:35		Postad
Outros	Marcos Wengrover Rosa 02_06_2015.pdf	10/08/2015 13:46:41		Postad

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Agosto de 2015

Assinado por:  
Sérgio Luís Amantéa  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D  
**Bairro:** Floresta **CEP:** 90.035-001  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br