

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aleitamento Materno e Fatores Associados em mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil – Estudo ECCAGe.

Silvia Giselle Ibarra Ozcariz

Orientadora: Prof^a Dr^a Suzi Camey

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angélica Antunes Nunes

Porto Alegre, junho de 2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aleitamento Materno e Fatores Associados em mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil. – Estudo ECCAGE

Silvia Giselle Ibarra Ozcariz

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Suzi Camey

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Angélica Nunes

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, junho de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Cora Luiza Araújo – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Prof^a Dr^a Daniela Riva Knauth – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof^a Dr^a Elsa Regina Justo Giugliani – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, que partiu no ano de 2008, deixando muita saudade. Foi um exemplo de luta, de mãe e de companheira. Meu ombro amigo que me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos. Te amo, mami.

Dedico ao meu pai, que é a minha fortaleza, sempre com as palavras certas no momento certo, é quem me ensinou a importância dos estudos e de tentar ser sempre uma pessoa e uma profissional melhor.

Este trabalho é também dedicado ao meu marido, Leandro, pelo seu amor e apoio incondicional, por sempre ter me estimulado a seguir o caminho certo, e a levar a vida com responsabilidade acima de todas as coisas.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Maria Inês Schmidt e Bruce Duncan, pelas grandes oportunidades e ensinamentos oferecidos ao longo desses dois anos de trabalho que me renderam imensas satisfações e novos conhecimentos. Pessoas e profissionais sem igual, um exemplo de coordenação, sempre com total competência e humildade no agir, sempre visando formar grandes novos pesquisadores.

Às professoras Suzi Camey e Maria Angélica Nunes, minhas grandes orientadoras. Meu eterno agradecimento pela força, pelo suporte e puxões de orelha nos momentos certos, pelo estímulo a seguir, principalmente nos momentos mais difíceis da minha vida.

A professora Cora Luíza Araújo, que admiro demais, um exemplo de pessoa e de profissional, que despertou o meu interesse pela epidemiologia já desde o segundo semestre da faculdade. Cora, obrigada por participar da minha vida, tanto profissional quanto pessoal. És meu exemplo a seguir.

Aos meus amigos e colegas do projeto ECCAGe e do projeto ELSA: Rafael Soares, Patrícia Manzoli, Caroline Buss, Juliana Hoffmann, Michele Drehmmer, Cristiane Melere, Patrícia Damé, Jaqueline Fink e Juliano Bastos, que me acompanharam ao longo do mestrado, dividindo não somente conhecimentos, mas também compartilhando alegrias, sucessos e também tristezas. Sempre farão parte da minha vida.

A Maria da Graça e ao Claudio, meus sogros e com certeza minha segunda família, obrigada por me acolherem com tanto carinho, por abrirem as portas da sua casa e do seu coração para mim. Com certeza parte dessa vitória é de vocês.

Às professoras Elsa Justo Giugliani, Cora Luíza Araújo e Daniela Rivas Knauth por aceitarem participar da banca examinadora. É para mim um orgulho ser avaliada por excelentes profissionais, que, com certeza, irão contribuir com os seus conhecimentos para enriquecer este trabalho.

A Carmem Chaparini, a Gabi Feiden e a Lisandra Mota, pelo suporte, por estarem sempre dispostas a nos ajudar em tudo o que fosse preciso.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AME: Aleitamento Materno Exclusivo

AM: Aleitamento Materno

AMP: Aleitamento Materno Predominante

DT: Desmame Total

ECCAGe: Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar na Gestação

HAC: Hospital Amigo da Criança

IBFAN: Rede Internacional em Defesa do Direito de amamentar

IMC pré: Índice de Massa Corporal pré-gestacional

GPG: Ganho de Peso Gestacional

IgA: Imunoglobulina A

LAM: Amenorréia Induzida pela Lactação

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Panamericana da Saúde

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

QI: Quociente de Inteligência

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

REVISÃO DA LITERATURA	13
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Categorias de aleitamento materno	14
2. IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	15
2.1 Benefícios a Curto Prazo:.....	16
2.1.1 Aleitamento Materno versus Mortalidade infantil.....	16
2.1.2 Aleitamento Materno versus Vínculo mãe-filho	17
2.1.3 Aleitamento Materno versus Doenças Infecciosas	18
2.2 Benefícios a longo prazo	19
2.2.1 Aleitamento versus Função Cognitiva.....	19
2.2.2 Aleitamento Materno versus Obesidade.....	20
2.2.2 Aleitamento Materno versus Hipertensão Arterial.....	21
2.2.3 Aleitamento Materno versus Diabetes Mellitus tipo 2	22
2.2.4 Aleitamento Materno versus Saúde da Mulher	23
3. PREVALÊNCIAS E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL E NO MUNDO.....	24
3.1 No Brasil	24
3.2 No mundo.....	24
4. INTRODUÇÃO PRECOCE DE ALIMENTOS	27
5. QUAIS FATORES INFLUENCIAM O ALEITAMENTO MATERNO?.....	29
5.1 Idade Materna.....	29
5.2 Escolaridade Materna.....	30
5.3 Renda Familiar	30
5.4 Situação conjugal, o papel do pai e da avó e o planejamento da gestação.....	31
5.5 Ganho de peso gestacional e Índice de Massa Corporal pré-gestacional (IMC-pré)	32
5.6 Paridade, tipo de parto, experiências prévias de amamentação e peso ao nascer	33
6. CONCLUSÃO	37
OBJETIVOS.....	49
OBJETIVO GERAL.....	49
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
ARTIGO	50
REFERÊNCIAS:	70
ANEXOS	86

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Revisão da Literatura

Quadro I. Categorias de aleitamento materno estabelecidas pela OMS 14

Tabela I. Taxas de aleitamento materno nas diferentes regiões de estudo 25

Artigo

Tabela I. Características demográficas e relacionadas ao aleitamento materno em Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, RS: ECCAGE.....76

Tabela II. Prevalência de aleitamento materno e de amamentação exclusiva aos quatro meses de idade de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas, nutricionais e comportamentais de mulheres atendidas em Unidades Básicas de Porto Alegre, RS.....79

Tabela III. Análise Bruta do efeito das variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais sobre a prevalência de amamentação e do aleitamento exclusivo aos quatro meses de idade. Porto Alegre, RS.....81

Tabela IV. Análise ajustada do efeito das variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais sobre a prevalência de amamentação e do aleitamento exclusivo aos quatro meses de idade. Porto Alegre, RS.....83

Figura I. Prevalências de aleitamento materno no quarto mês de vida de crianças atendidas nas UBS de Porto Alegre, RS.....77

Figura II. Motivos de desmame precoce referido por mulheres atendidas em UBS de Porto Alegre, RS.....77

Figura III. Percentual de introdução de alimentos na dieta do bebê do primeiro ao quarto mês de vida em UBS de Porto Alegre, RS.....78

APRESENTAÇÃO

O trabalho apresentado consiste na dissertação de mestrado intitulada “Aleitamento Materno e Fatores Associados em mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil - Estudo ECCAGe”, sendo uma das exigências do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

O presente estudo foi realizado dentro do projeto Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar na Gestação (ECCAGe) e da Prevalência de Transtornos Mentais e de Violência Doméstica na Gestação. Foram analisados os dados relativos a amamentação até o quarto mês de vida dos filhos dessa coorte de gestantes arroladas consecutivamente em sala de espera de dez (10) Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre e oito (8) Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul (RS). As gestantes encontravam-se entre a décima sexta e trigésima sexta semana de gestação.

Na linha de base do estudo, as gestantes foram arroladas entre junho de 2006 e abril de 2007. Nesse momento, foram aplicados os questionários: sócio-demográfico, de frequência do consumo alimentar, de saúde mental e de violência contra a gestante, além de que, foram coletados dados clínicos das gestantes.

No primeiro seguimento, houve a revisão dos registros oficiais referentes às consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes da linha de base e através de contato telefônico com as mães, no dia do parto. A revisão de registros ocorreu no pós-parto imediato de cada gestante. No quarto mês de vida da criança, uma última entrevista foi realizada nos postos de saúde somente nas participantes residentes na cidade de Porto Alegre, RS. Foram aplicados os mesmos questionários da linha de base com a introdução do questionário sobre o bebê, que incluiu a coleta de dados sócio-demográficos, nutricionais e referentes à saúde do bebê.

O tema é apresentado ao leitor através de uma revisão da literatura que aborda os conhecimentos científicos mais recentes em relação ao aleitamento materno, sua incidência, duração, repercussões e fatores associados. Em seguida, são apresentados os objetivos gerais e específicos da dissertação e o artigo científico. Os principais achados

estão descritos na sessão de resultados, juntamente com uma discussão, ressaltando a contribuição desse trabalho para o meio científico e para as práticas de saúde pública.

Os documentos de apoio (Projeto de Pesquisa, a Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entre outros anexos) encontram-se anexados a esta dissertação.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Introdução

A saúde materno-infantil é importante preditora da saúde futura na vida adulta. O principal objetivo de políticas de saúde pública é melhorar a saúde e bem-estar de mulheres, de crianças e das famílias, como cita o documento *Healthy People 2010 (U.S. Department of Health and Human Services, 2000)*.

O estado de saúde e nutricional de mães e filhos estão intimamente ligados. Para melhorar a alimentação do bebê é necessário garantir o bom estado de saúde e de nutrição das mulheres (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2003).

A amamentação é uma forma de proporcionar um alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças, com repercussões importantes na saúde das mães (OMS, 2003).

Nos últimos anos, o foco nas pesquisas sobre nutrição infantil ganhou importância devido ao aumento das evidências, tanto em animais quanto em humanos, que mostraram que a nutrição, logo no início da vida, tem importantes consequências e efeitos biológicos na saúde, a curto e a longo prazo. (Fewtrell et al., 2007).

A má nutrição é a causa, direta ou indireta, de 60% dos 10,9 milhões de óbitos registrados a cada ano entre crianças menores de cinco anos no mundo. Mais de dois terços dessas mortes, frequentemente relacionadas com práticas inadequadas de alimentação, ocorrem durante o primeiro ano de vida (OMS, 2003). Segundo Jones et al (2003) e La Horta et al (2007), o aumento das taxas de aleitamento materno é um dos comportamentos mais importantes para diminuir a morbidade e mortalidade infantil em nível mundial. Em países em desenvolvimento e em situações de insegurança alimentar, crianças que não são amamentadas têm um risco aumentado de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas, e as mães vivenciam menores intervalos entre os nascimentos dos filhos, o que leva a sequelas negativas tanto para a mãe quanto para a criança (*The Academy of Breastfeeding Medicine, 2008*).

1.1 Categorias de aleitamento materno

O quadro 1 apresenta as categorias de aleitamento materno estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008).

Quadro 1. Categorias de aleitamento materno estabelecidas pela OMS.

Tipo de alimentação	A criança recebe...	Permite o consumo de...	Criança não recebe...
<i>Aleitamento Materno Exclusivo (AME)</i>	Leite materno ou de ama de leite ou leite humano ordenhado como única fonte nutritiva	Gotas, xaropes, suplementos minerais ou medicamentos	Nenhum outro alimento
<i>Aleitamento Materno Predominante (AMP)</i>	Leite materno ou de ama de leite ou leite humano ordenhado como principal fonte nutritiva	Líquidos, como água, chás, suco de frutas e medicamentos	Nenhum outro leite, nem alimentos sólidos ou semi-sólidos
<i>Aleitamento Materno (AM)</i>	Leite materno ou de ama de leite ou leite humano ordenhado	Qualquer outro alimento: comidas ou líquidos, incluindo o consumo de leite de vaca e fórmulas	

2. Importância do aleitamento materno

Diversas pesquisas comprovam os benefícios do aleitamento materno. Entre os benefícios podemos citar: promover o crescimento ideal da criança (*WHO Multicentre Growth Reference Study Group*, 2006); ser um fator de proteção contra doenças infecciosas (Victora et al., 1987, *World Health Organization (WHO) Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality*, 2000); propiciar um melhor desenvolvimento intelectual prevenir diversas doenças crônicas na vida adulta (Horta BL et al, 2007). Esses achados são confirmados por diversos estudos (Li et al, 2005; *American Academy of Pediatrics*, 2005; Nicoll & Williams, 2002).

Outra vantagem do aleitamento materno, principalmente para as famílias de baixa renda, é a economia que ele proporciona. No ano de 1996, um levantamento realizado pela Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostrou que o gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo (Toma, 1996). Esses gastos aumentam ainda mais devido à compra de mamadeiras, chupetas e alimentos acrescentados precocemente na dieta da criança.

Nos dias atuais, a WHO (2001) e a UNICEF (1989) recomendam que cada criança seja amamentada exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida e que, após este período, gradativamente, seja introduzida a alimentação complementar mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade, pois a manutenção da oferta do leite materno continua tendo grande valor. Segundo a Organização Mundial da Saúde o aporte de 500ml diários de leite materno ainda será capaz de fornecer 75% das necessidades de energia, 50% das de proteína e 95% das de vitamina A, além da proteção imunológica (WHO, 2001).

2.1 Benefícios a Curto Prazo:

2.1.1 Aleitamento Materno versus Mortalidade infantil

Segundo o *Bellagio Child Survival Study Group* (2003), a promoção do AE é a única intervenção com um grande potencial de reduzir a mortalidade infantil em menores de cinco anos. Segundo Victora e Barros (2005), a amamentação e a alimentação complementar estão incluídas entre as 23 intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo, identificadas por esse grupo de estudiosos.

Em 1987, Victora et al mostrou a importante influência do tipo de leite inserido na dieta infantil sobre os riscos de morte por diarreia e doenças respiratórias; crianças amamentadas que não recebiam outro leite além do materno, apresentaram risco 14 vezes menor de morrer por diarreia no primeiro ano de vida, quando comparadas com crianças desmamadas. Em crianças menores de dois meses de vida, esse risco foi 23 vezes maior quando comparadas às crianças amamentadas.

No Brasil, estudo realizado por Venâncio et al (2003) em 14 municípios da Grande São Paulo mostrou que se as crianças forem amamentadas, as duas principais causas de óbito no período de 1999 - 2001 (pneumonia e diarreia) poderiam ser significativamente reduzidas. As frações de mortalidade evitável por amamentação superaram os 60% para infecção respiratória e os 80% para diarreia em todos os municípios estudados.

Estudo realizado por Edmond et al (2006) em quatro distritos rurais de Gana analisou dados de 11.316 crianças não gêmeas nascidas entre julho de 2003 e junho de 2004, sobreviventes ao segundo dia após o nascimento e que haviam iniciado a amamentação. Os principais achados apontam que a amamentação precoce pode levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal. Essa mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora. Os mecanismos seriam pelo menos os seguintes: (1) as mães que amamentam logo após o parto têm maior chance de serem bem sucedidas na prática da amamentação; (2) os alimentos pré-lácteos, comumente oferecidos aos bebês antes da amamentação, podem ocasionar lesões no intestino imaturo; (3) o colostro acelera a maturação do epitélio

intestinal e protege contra agentes patogênicos; (4) o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia.

Os achados de Edmond et al foram confirmados recentemente por um estudo realizado no Nepal com 22.838 recém-nascidos que mamaram no peito e sobreviveram às primeiras 48 horas (Mullany et al, 2008). Nesse estudo, crianças amamentadas parcialmente apresentaram um maior risco de mortalidade (RR = 1,77; IC95% = 1,32 - 2,39) do que aquelas que mamaram exclusivamente no peito. Quanto maior o atraso da iniciação da amamentação maior o risco de morte (P = 0,003). A mortalidade foi maior entre as crianças que começaram a mamar no peito tardiamente (>24hs pós-parto) quando comparadas às que iniciaram o aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida (RR = 1,41; IC 95% 1,08 - 1,86), após ajustes para baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo e outras co-variáveis. Segundo Mullany et al, aproximadamente 7,7% e 19,1% de todas as mortes neo-natais poderiam ser evitadas com a iniciação universal do aleitamento materno durante o primeiro dia ou na primeira hora de vida, respectivamente.

2.1.2 Aleitamento Materno versus Vínculo mãe-filho

Outra grande vantagem do aleitamento materno é a sua contribuição no fortalecimento do vínculo mãe-filho (Klaus, 1998); (Toma & Rea, 2008). Acredita-se que o aumento da ocitocina no cérebro materno, verificado durante a amamentação, possa participar no fortalecimento dessa relação (Klauss,1998). Esse hormônio também faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Isso contribui para a regulação da temperatura corporal do recém-nascido sadio, além de apresentar benefícios de curto e longo prazo para mães e crianças (Mercer et al, 2007). O contato pele a pele, desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e, isso, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina. Por outro lado, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranquilidade e responsividade social (Mercer et al, 2007; Uvnas-Moberg, 1998).

Klaus (1998) descreve que a adoção da iniciativa Hospital Amigo da Criança (HAC) do UNICEF, a qual estimula o aleitamento materno e um maior contato entre a mãe e o filho, foi capaz de diminuir os índices de abandono infantil em diversos países,

tais como Rússia, Filipinas, Costa Rica e Tailândia, neste país a redução foi de 33 por 10.000 nascimentos para 1 por 10.000.

Britton et al (2006) acompanhou 174 pares mãe/bebê durante o primeiro ano após o nascimento, e concluiu que o fator preditivo mais importante para um apego seguro é a qualidade da interação diádica na infância. A amamentação não apresentou uma relação direta com o apego seguro, entretanto, os resultados sugerem que as mães que optam por amamentar aparentam ser mais responsivas aos sinais de suas crianças durante o processo de interação. Então, indiretamente, a amamentação contribuiria para fomentar um apego seguro.

Na Austrália, o aleitamento materno mostrou-se também associado a uma menor prevalência de maus-tratos das mães com seus filhos, entre eles: negligência, abuso emocional e abuso psicológico (Strathearn et al, 2009). Nesse estudo, os resultados mostram que quanto menor a duração do aleitamento materno, maior é a prevalência de maus-tratos perpetuados pela mãe, principalmente a negligência materna, que se manteve significativamente associada, inclusive após ajustes por subtipos de maus-tratos.

2.1.3 Aleitamento Materno versus Doenças Infecciosas

O aleitamento materno apresenta claros benefícios a curto prazo para a saúde das crianças, principalmente protegendo-as contra morbidade e mortalidade por doenças infecciosas (Horta et al., 2007).

Revisão sistemática realizada por Kramer et al (2003) avaliou 3483 crianças nascidas a termo, das quais 621 amamentaram exclusivamente até o sexto mês de idade e 2862 até os três meses de idade. O risco relativo de apresentar um ou mais episódios de infecções gastrointestinais durante os primeiros 12 meses foi de 0,61 (IC 95%: 0,41 - 0,93) para crianças com aleitamento exclusivo até o sexto mês. Segundo Jackson et al (2006), a imunoglobulina A (IgA) secretora (anticorpo resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos) cumpre um papel importante; caracterizada por sobreviver nas membranas das mucosas respiratória e gastrintestinal e ser resistente à digestão proteolítica, a IgA impede agentes patogênicos de se fixarem nas células da criança e limita também os efeitos danosos do processo inflamatório.

Cesar et al, em 1999, em um estudo de caso-controle aninhado, analisou as internações por pneumonia no período pós-neonatal de uma coorte de 5.304 crianças. Crianças não amamentadas apresentaram risco 17 vezes maior de serem hospitalizadas por pneumonia do que as que recebiam apenas leite materno. Em crianças menores de três meses de idade, o risco relativo para hospitalização foi ainda maior: 61 vezes.

2.2 Benefícios a longo prazo

2.2.1 Aleitamento versus Função Cognitiva

Entre os benefícios do aleitamento materno, foram relatados maiores escores nos testes de Quociente de Inteligência (QI) e em outras medidas de desenvolvimento cognitivo entre crianças e adultos que foram amamentados, se comparados com aqueles que foram alimentados com fórmula (Kramer et al, 2008).

Uma metanálise realizada por Anderson et al (1999) relatou diferenças consistentes nos QIs que favoreceu crianças amamentadas com diferenças de 2 a 5 pontos quando comparadas às não amamentadas. Uma diferença maior que oito pontos foi relatada por Lucas et al (1992) em um acompanhamento de crianças pré-termo participantes de um ensaio clínico. Houve uma clara relação dose-resposta, com maiores diferenças associadas à maior duração do aleitamento materno.

Ensaio clínico randomizado realizado por Kramer et al (2008) acompanhou 13.889 crianças, desde o nascimento até os 6,5 anos. O grupo experimental era baseado na iniciativa Hospital Amigo da Criança (HAC), desenvolvido pela OMS e UNICEF para promover e apoiar o aleitamento materno (WHO, 1989), enquanto o grupo controle eram crianças nascidas na maternidade de hospitais e policlínicas que não aderiram à iniciativa HAC. O grupo intervenção apresentou taxas elevadas de aleitamento exclusivo e maior prevalência de aleitamento materno em todas as idades até os 12 meses de vida (P. 001). As médias em todas as medidas da escala abreviada de inteligência de Wechsler foram significativamente maiores no grupo experimental, mostrando uma diferença média de QI verbal de +7,5 (+ 0,8 a +14,3), diferença de + 2,9 pontos (-3,3 a +9,1) no QI de performance e de +5,9 (-1,0 a +12,8) na escala total

do quociente de inteligência. Avaliações realizadas pelos professores mostraram melhores resultados para o grupo experimental, tanto na leitura quanto na escrita.

A metanálise realizada por La Horta et al (2007), em conjunto com a OMS obteve dados de oito estudos, e registrou que o desempenho nos testes de inteligência foi maior entre aqueles sujeitos que tinham sido amamentados (diferença média: 4,9; IC 95%: 2,97 - 6,92).

2.2.2 Aleitamento Materno versus Obesidade

A obesidade em crianças e adultos se constitui em um grande problema de saúde pública, por isso existe uma grande necessidade de descobrir as causas do seu desenvolvimento para, assim, avaliar medidas preventivas (Cope & Allison, 2008). Atualmente, desperta atenção o conhecimento da nutrição no início da vida e da possível função protetora do aleitamento materno na adiposidade a longo prazo. A razão primária para a preocupação em nível de saúde pública é que a obesidade pode resultar em condições adversas como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes tipo II e várias formas de câncer (Cope & Allison, 2008).

O estudo de caso-controle realizado por Kramer (1981) foi um dos primeiros estudos que sugeriu o efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade a longo prazo. Resultados mostraram uma associação entre o aleitamento materno e o risco diminuído de obesidade na adolescência, sendo que a magnitude do efeito protetor mostrou um ligeiro aumento com a maior duração do aleitamento materno. O efeito protetor se manteve após controle para possíveis confundidores.

Uma importante vantagem a longo prazo do aleitamento materno é o seu efeito dose-resposta, isto é, uma maior duração da amamentação está associada a uma menor tendência de obesidade a longo prazo, como mostra a metanálise realizada por Harder et al (2005), em que cada mês de aleitamento materno mostrou associação a uma redução de 4% do risco de obesidade (IC 95%: 6% a 2%). Estudo realizado no Iran (Fallahzadeh, 2009) também mostra um efeito dose-resposta. Os pesquisadores observaram que crianças amamentadas até os dois anos de idade apresentaram menor risco de sobrepeso quando comparadas com crianças que amamentaram em um período menor que 12 meses (OR 0,56 IC 95% 0,31 - 0,9).

Dois estudos compararam o aleitamento materno exclusivo com uma alimentação oferecida exclusivamente através de fórmulas. Houve uma redução do risco de obesidade muito semelhante – de aproximadamente 20% entre as crianças que mamaram exclusivamente no peito em ambas as revisões sistemáticas independentes (Arenz et al, 2004; Owen et al, 2005). Segundo Singhal & Lanigan (2007), a exclusividade do aleitamento materno pode representar um papel central na proteção contra a obesidade na vida adulta.

Metanálise realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Horta et al, 2007) obteve 39 estimativas do efeito da amamentação sobre a prevalência de sobrepeso/obesidade. No modelo de efeitos randômicos, indivíduos que foram amamentados apresentaram uma menor probabilidade de serem considerados com sobrepeso e/ou obesidade, com um OR de 0,78 (IC 95%: 0,72 - 0,84). O controle para confundidores, como idade na avaliação, ano de nascimento e delineamento do estudo, não modificou os efeitos do aleitamento materno.

Segundo Cope & Allison (2008) esta proteção contra a obesidade ainda permanece incerta, pois ainda não existem evidências suficientes sobre esta associação.

2.2.2 Aleitamento Materno versus Hipertensão Arterial

A pressão arterial elevada na vida adulta está associada a um maior risco de doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral (Lawes et al, 2003); (Boulanger et al, 2005). Estudo realizado por Forsen et al (1999) sugeriu que a pressão arterial na vida adulta é influenciada por exposições no início da vida, tais como o crescimento intra-uterino e a alimentação infantil.

A metanálise realizada por Horta et al (2007) em conjunto com a OMS incluiu 30 estimativas para pressão sistólica e 25 estimativas para pressão diastólica. No modelo de efeitos randômicos, a pressão sistólica (diferença média: - 1,21 mmHg; IC 95%: - 1,72 a -0,70) e a pressão diastólica (diferença média: - 0,49 mmHg; IC 95%: -0,87 a -0,11) foram menores entre as pessoas amamentadas. Após ajuste para possíveis confundidores socioeconômicos e demográficos, a pressão sistólica (diferença média: -1,19; IC 95%: -1,70 a -0,69) e a

pressão diastólica (diferença média: -0,61; IC 95% -1,12 a -0,10) foram menores entre os indivíduos amamentados.

2.2.3 Aleitamento Materno versus Diabetes Mellitus tipo 2

A prevalência de diabetes tipo 2 aumentou em países desenvolvidos e em desenvolvimento, representando um sério desafio para a saúde pública (Zimmet et al, 2001). A relação entre o aleitamento materno e o desenvolvimento de diabetes tipo 2 na vida adulta vem sendo investigada em diversos estudos, mas ainda não é totalmente compreendida (Chapman, 2007).

Os principais achados de uma metanálise realizada por Owen et al (2006) mostraram um risco diminuído de desenvolver diabetes tipo 2 na vida adulta em indivíduos previamente amamentados comparados com aqueles que foram alimentados com fórmulas (OR: 0,61, IC 95%: 0,44 – 0,85). Quando as análises foram conduzidas em adultos e adolescentes que não tinham diabetes, os níveis de insulina foram levemente menores naqueles que receberam aleitamento materno, porém não houve diferença nos níveis de glicose. Já nas crianças, tanto os níveis de insulina quanto de glicose foram menores naquelas que foram amamentadas ao peito em comparação com as que foram alimentadas com fórmulas. Metanálise realizada pela OMS (Horta et al, 2007), citada anteriormente, avaliou também a relação entre o aleitamento materno e o risco de apresentar diabetes tipo 2 na vida adulta. Foram identificados cinco artigos que relacionavam a duração do aleitamento materno e a presença de diabetes tipo 2. Sujeitos que foram amamentados tiveram uma menor probabilidade de apresentarem diabetes tipo 2 (OR: 0,63; IC 95%: 0,45 - 0,89). As razões de chances encontradas são semelhantes aquelas descritas por Owen et al (2006).

2.2.4 Aleitamento Materno versus Saúde da Mulher

O aleitamento materno oferece benefícios também às mães: “O aleitamento materno exclusivo quando praticado por seis meses, esteve associado ao retardo na volta da menstruação pela amenorréia induzida pela lactação (LAM), efeito contraceptivo confiável nos primeiros seis meses pós-parto, desde que a amamentação seja exclusiva e que a mãe se mantenha amenorréica (Kennedy & Visness, 1992), e à maior rapidez na perda de peso pós-parto” (Kramer & Kakuma, 2004).

O aleitamento materno também protege a mulher contra o câncer de mama (Zheng et al, 2001), o câncer de ovário (Rosenblatt & Thomas, 1993), no qual para cada mês de amamentação, o risco relativo para câncer de ovário reduz em 2% (RR: 0,98 por mês, IC 95%:0,97 – 1,00) (Dandorth et al, 2007) a osteoporose (Commings & Klineberg, 1993) e a esclerose múltipla (Pisacane et al, 1994).

Shema et al (2007) avaliou 256 casos de câncer de mama comparados a 536 controles. Os resultados mostraram que o risco de câncer de mama era maior em mulheres que amamentaram por um período mais curto, iniciaram tardiamente a primeira mamada e tiveram a percepção que o “leite era insuficiente”. Uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países que envolveu 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles, sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama. A amamentação foi tanto mais protetora quando mais prolongada: o risco relativo de ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação, independentemente da origem das mulheres (países desenvolvidos versus não desenvolvidos), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos. Estimou-se que a incidência de câncer de mama nos países desenvolvidos seria reduzida a metade (de 6,3% para 2,7%) se as mulheres amantassem por períodos mais longos (*Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, 2002).

3. Prevalências e duração do aleitamento materno no Brasil e no mundo

3.1 No Brasil

O levantamento realizado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) no Brasil em 2006, mostra que entre o quarto e o sexto mês de vida 22,3% das crianças já tinham sido desmamadas, 49,7% delas usavam mamadeiras, 52% já tinha introduzido alimentação complementar, 8,2% estava em aleitamento materno predominante e apenas 15,3% das crianças se encontrava ainda em aleitamento materno exclusivo. Na comparação da prevalência de aleitamento materno, no ano de 2006, de acordo com as regiões do Brasil, se observa um maior percentual de crianças que iniciaram a amamentação no Norte brasileiro (98, 2%), enquanto a região Sul apresenta a menor incidência de aleitamento materno (92,5%) (Berquó et al, 2006).

Estudo no sul do Brasil realizado por Victora et al (2008) observou uma prevalência do aleitamento materno aos 12 meses de idade de somente 39%. Porém, um aumento na mediana da duração do aleitamento materno foi observado: de 3,1 meses em 1982 subiu para 4,0 meses em 1993, e para 6,8 meses no ano de 2004, o que mostra uma elevação de 3,7 meses num período de 22 anos. Mesmo assim, tanto a prevalência quanto a mediana de aleitamento materno ainda estão longe do recomendado pela OMS (WHO, 2001).

Um levantamento recentemente realizado pelo Ministério da Saúde (2008) em Porto Alegre, mostra em seus dados preliminares uma prevalência de 78% de AME na primeira hora de vida e de 38% de amamentação no sexto mês do bebê, sendo que 65% e 60% das crianças de 0 a 12 meses estava em uso de mamadeiras e chupetas, respectivamente.

3.2 No mundo

Koosha et al (2008) realizaram um levantamento dos diversos estudos no mundo que avaliaram tanto a iniciação quanto a duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo. Dados dos diferentes estudos demonstram que o maior desafio está na duração e não na iniciação do AM, principalmente se falarmos do AME.

As taxas de aleitamento materno nos vários países encontram-se detalhadas na tabela a seguir:

Tabela 1. Taxas de aleitamento materno nas diferentes regiões de estudo.

País de estudo	Iniciou AM (%)	Prevalência do AM (%)	AM Exclusivo (meses) (%)
África (Omer-Salim et al, 2007)		Aos 11 meses: 90	Aos 6 meses: 25
Áustria (Yngve et al, 2001)			No 1º mês: 92 Aos 2 meses: 85 Aos 6 meses: 46
Bolívia (Ludvigsson et al, 2003)	100	Aos 3 meses: 100 Aos 6 meses: 93 Aos 12 meses: 85	Aos 0.75 meses: 75-85 Aos 2 meses: 40 Aos 6 meses: 20-25
Canadá (Dennis., 2002)		Aos 6 meses: 30-40	
Dinamarca (Yngve et al, 2001)			No 1º mês: 73 Aos 2 meses: 68 Aos 4 meses: 44
Egito (Afzal et al, 2006)			Aos 4 meses: 68
Alemanha (Yngve et al, 2001)			Aos 2 meses: 42 Aos 4 meses: 33 Aos 6 meses: 10
Delhi, India (Chhabra et al, 1998)	74		Aos 4 meses: 46
Itália (Currò et al, 1997)	62-84		Aos 6 meses: 19-23
Paquistão (Afzal et al, 2006)		Aos 12 meses: 88	Aos 4 meses: 66 Aos 6 meses: 16
Arábia Saudita (Afzal et al, 2006)			Aos 4 meses: 55
Singapura (Chye & Lim, 1998)			Com 1.5 meses: 32 Aos 6 meses: 13
Suíça (Yngve et al, 2001)	100		Aos 2 meses: 81 Aos 4 meses: 69 Aos 6 meses: 42
Reino Unido (Yngve et al, 2001)	66		Aos 3.5 meses: 50 Aos 6 meses: 22 - 48
Estados Unidos (Li et al, 2005)	71.4	Aos 3 meses: 51, 5 Aos 6 meses: 35, 1 Aos 12 meses: 16,1	Aos 3 meses: 42, 5 Aos 6 meses: 13, 3

Fonte: Koosha, 2008.

4. Introdução precoce de alimentos

Existem evidências que mostram que não há vantagens em se iniciar a introdução dos alimentos complementares antes dos seis meses de vida da criança (salvo em alguns casos individuais), podendo, inclusive, prejudicar a saúde da criança. Em todos os países, a amamentação exclusiva deve se estender até os 6 meses, inclusive no Brasil (Ministério da Saúde, 2002).

Como citado anteriormente, a prevalência do AM ainda é baixa, sua duração é curta e, ainda, é insuficiente o AME até o sexto mês. Alimentos complementares são introduzidos precocemente, sendo muitas vezes deficientes em conteúdo energético e de nutrientes. Alguns alimentos podem também prejudicar a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco (Saarinen e Siimes, 1979; Oski e Landaw, 1980; Bell et al, 1987).

A introdução de outros fluidos durante os primeiros meses de vida da criança pode diminuir a frequência e a intensidade da sucção e, conseqüentemente, reduzir a produção de leite materno. Existe também um risco aumentado de infecções devido à manipulação inadequada que levam à contaminação de mamadeiras e alimentos. Além disso, a introdução prematura de certos tipos de produtos, como cereais ou vegetais, podem interferir na absorção de ferro levando a uma deficiência do nutriente. Como já foi citado anteriormente, com a introdução precoce de alimentos complementares, aumenta também o risco de doenças a longo prazo, tais como: hipertensão, arteriosclerose e alergias alimentares (Horta et al, 2007).

Para melhor guiar profissionais de saúde sobre como e quando introduzir os alimentos complementares, o Ministério da Saúde em conjunto com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) criou o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (Ministério da Saúde, 2002), que se destina à capacitação técnica dos profissionais que atuam no campo da alimentação infantil, principalmente os Profissionais Nutricionistas e as Equipes de Saúde da Família. A proposta contida nesse Guia Alimentar traz orientações sobre como proceder para ultrapassar os diversos problemas que ocorrem durante os primeiros dois anos de vida da criança. Os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” são os seguintes:

Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

- O leite materno contém tudo o que a criança necessita até o sexto mês de idade, inclusive água, além de proteger contra infecções.

- A criança que recebe outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, adoece mais e pode ficar desnutrida.

Passo 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (*cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes*) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês), e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

O Estudo de intervenção realizado por Vitolo et al (2005) avaliou o impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças num ensaio de campo randomizado. Foram alocados aleatoriamente duzentos recém-nascidos para o grupo intervenção e trezentos para o grupo controle. O grupo intervenção recebeu orientações dietéticas no primeiro ano de vida. Os dois grupos receberam visitas aos

6 e 12 meses e acompanhamento de rotina pelos seus pediatras. Exame clínico odontológico foi realizado entre 12 e 16 meses de idade por um único examinador, treinado e calibrado ($\kappa = 0,88$), que não sabia a que grupo pertencia a criança. Os resultados ($n = 397$) mostraram que a intervenção associou-se a maior proporção de AME aos 4 meses ($RR = 1,58$; $IC95\%: 1,21-2,06$) e 6 meses ($RR = 2,34$; $IC95\%: 1,37-3,99$), a uma maior amamentação aos 12 meses ($RR = 1,26$; $IC95\%: 1,02-1,55$) e a uma menor proporção de crianças com diarreia ($RR = 0,68$; $IC95\%: 0,51-0,90$), problemas respiratórios ($RR = 0,63$; $IC95\%: 0,46-0,85$), uso de medicamentos ($RR = 0,56$; $IC95\%: 0,34-0,91$) e cárie dental ($RR = 0,56$; $IC95\%: 0,32-0,96$) na faixa etária de 12 a 16 meses. Não houve efeito da intervenção sobre a ocorrência de anemia, internações hospitalares e estado nutricional.

5. Quais Fatores influenciam o Aleitamento Materno?

“O aleitamento materno depende de diversos fatores, alguns estão relacionados às características da personalidade da mãe e sua atitude frente à situação de amamentar; outros referem-se à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto. Existem os fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida” (Faleiros et al., 2006).

5.1 Idade Materna

Alguns autores (Forster et al, 2006; Chaves et al, 2007; Espirito Santo et al, 2007; Lima et al, 2003; Vieira et al, 2004; Vieira et al, 2003) relacionam a idade materna mais jovem à menor duração do aleitamento, seja ele parcial ou exclusivo, quando comparadas às mães mais velhas. O maior tempo de aleitamento materno por mulheres adultas pode ser explicado pela maior experiência e conhecimento sobre a amamentação. As adolescentes, por sua vez, ainda muito inseguras não se sentem capazes de prover um alimento adequado para o seu filho, muitas vezes, devido à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos. O egocentrismo próprio dessa idade e os problemas com a autoimagem alcançam, frequentemente, um menor índice de aleitamento (Faleiros et al., 2006; Chaves et al., 2007; Scott et al., 2006; Forster, 2006). Em revisão da literatura realizada por

Forster et al (2006) indica que a maior idade materna é considerada um fator de proteção para a continuação do aleitamento materno, mostrando uma associação consistente entre os diferentes artigos.

5.2 Escolaridade Materna

O grau de instrução materna é um dos fatores que tem se mostrado associado com a motivação ao amamentar (Faleiros et al, 2006). Nos países desenvolvidos, mães que apresentam uma maior instrução tendem a amamentar por mais tempo do que as mães com menos anos de estudo. Isso possivelmente aconteça devido a um maior acesso a informações sobre os benefícios que o aleitamento materno oferece (Kronborg, 2004). No Brasil, estudo realizado por Venâncio et al (2002) mostrou que mães com maior escolaridade apresentaram maior probabilidade da criança estar em amamentação exclusiva, sendo que as mulheres com até quatro anos de escolaridade têm 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento na dieta de seus filhos nos primeiros meses de vida quando comparadas às mulheres com 13 anos ou mais de escolaridade. Porém outros estudos realizados no Brasil (Vieira et al, 2004; Chaves et al, 2007) não mostraram essa associação.

5.3 Renda Familiar

A renda familiar parece estar associada ao aleitamento materno, porém os resultados dos diferentes estudos ainda são conflitantes.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas em uma coorte de crianças nascidas no ano de 1993 (Gigante, 2000), as mães com renda familiar superior a seis salários mínimos amamentaram mais aos seis meses de idade, enquanto que as do grupo de renda intermediária amamentaram menos do que as mães pertencentes a famílias de renda de até três salários-mínimos. No entanto, num estudo comparativo das três coortes de Pelotas realizado por Victora et al (2008), apenas a coorte nascimentos de 2004 apresentou associação significativa entre a duração do aleitamento materno e a renda familiar ($P = 0,005$). Neste estudo, nas três coortes, a amamentação se mostrou mais prevalente nas famílias de renda mais elevada nos primeiros meses,

sendo que a partir do sexto mês mães com renda inferior a três salários mínimos passavam a amamentar mais. Achados semelhantes são encontrados em estudo de Faleiros et al (2006).

Já o estudo realizado em Feira de Santana na Bahia (Vieira et al, 2006) mostrou nos seus achados que crianças que nasceram em famílias com renda menor ou igual a dois salários mínimos apresentaram maiores prevalências de AM e de AME, e uma maior chance de serem aleitadas ao peito.

Na Suíça, os achados foram também diferentes (Merten et al, 2005). Em relação ao Aleitamento materno, a renda familiar intermediária se mostrou associada à maior duração da amamentação ($p = 0,001$) e o maior poder aquisitivo familiar esteve associado à maior duração do Aleitamento materno exclusivo.

5.4 Situação conjugal, o papel do pai e da avó e o planejamento da gestação

Segundo Faleiros et al (2006), o fato de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, principalmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno. Tanto o apoio econômico-social, como o emocional e o educacional, parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio. Em estudo realizado na Austrália (Scott et al, 2006), 59% das mulheres que recebiam o apoio do companheiro para continuar amamentando, mantiveram o aleitamento materno até o sexto mês, enquanto somente 30% das mulheres com companheiros favoráveis ao uso de fórmula continuavam amamentando até o sexto mês de vida do bebê. No mesmo estudo, as mulheres que planejaram a gravidez apresentaram uma menor probabilidade de desmame precoce. Já no estudo realizado por Forster et al (2006) o apoio do companheiro e/ou da família não se mostrou significativo após ajustes para possíveis confundidores. Porém, em uma revisão da literatura realizada pelo pesquisador (Forster et al, 2006), o estado civil materno mostrou consistência na associação e o apoio do pai perante a amamentação se mostrou associado ao aleitamento materno, porém sem consistência entre os estudos.

Em estudo realizado por Chaves et al (2007), o estado civil da mãe não se mostrou relacionado com a prevalência nem com a duração do AME.

Segundo Susin et al (2008), a influência das avós está intimamente ligada ao aleitamento materno. Houve uma maior interrupção do AME quando: Avós maternas e paternas aconselhavam o uso de água ou chá (RC = 2,2 e 1,8, respectivamente) e de outro leite (RC = 4,5 e 1,9, respectivamente).

A interrupção do aleitamento materno nos primeiros seis meses esteve associada com avós maternas e paternas que aconselhavam o uso de outro leite (RC = 2,4 e 2,1, respectivamente). Neste estudo, o contato não diário com a avó materna foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos seis meses.

5.5 Ganho de peso gestacional e Índice de Massa Corporal pré-gestacional (IMC-pré)

Nos países desenvolvidos, vários estudos já demonstraram a associação existente entre o IMC pré-gestacional e o aleitamento materno (Ruowei et al, 2003; Baker et al, 2004; Mok et al, 2008; Hilson et al, 2004; Dewey et al, 2003). Baker et al (2004) mostrou que mulheres com sobrepeso ou obesas introduziram alimentos complementares precocemente e amamentaram por menos tempo quando comparadas às mães com peso pré-gestacional adequado. Já no Brasil, são poucos os estudos que avaliam a associação do IMC pré-gestacional com o aleitamento materno. Coitinho et al (2001) realizou um estudo que avaliou essa associação no Brasil, porém, não encontrou resultados estatisticamente significativos.

A associação entre o Ganho de Peso Gestacional (GPG) e o aleitamento materno é também um fator pouco estudado, principalmente no Brasil. Nos Estados Unidos, um estudo com 2783 mulheres foi realizado por Hilson et al (2006), que avaliou a associação entre o GPG e a iniciação e duração do aleitamento materno. Os pesquisadores observaram que mulheres obesas ganhavam menos peso, apresentavam menor escolaridade e amamentavam exclusivamente menos tempo quando comparadas as mulheres com peso normal. Quando categorizadas pelo IMC pré-gestacional e pelo ganho de peso na gestação, somente as mulheres eutróficas e obesas que excederam as recomendações de GPG apresentaram chances elevadas de não iniciar o aleitamento materno (OR = 1,66 e OR = 2,89, respectivamente). No

mesmo estudo, aquelas mães que ganharam peso abaixo do recomendado iniciaram o aleitamento materno em menor proporção se comparadas àquelas que ganharam peso dentro do recomendado. As mulheres que apresentaram baixo peso e sobrepeso pré-gestacional e ganharam peso acima das recomendações do IOM mamaram uma semana a menos do que aquelas mães com ganho de peso adequado. Finalmente, as mulheres obesas que ganharam peso tanto abaixo quanto dentro do recomendado descontinuaram o aleitamento exclusivo em maior proporção quando comparadas às mães de peso normal.

Ruowei et al (2003) mostrou no seu estudo que o IMC pré-gestacional e o GPG estiveram independentemente associados com a duração do AM. Mulheres que eram obesas antes da gravidez amamentaram duas semanas a menos quando comparadas às mulheres com peso normal; e as mães que não atingiram ou excederam o GPG recomendado amamentaram uma semana a menos do que aquelas que ganharam peso dentro do recomendado. No sul do Brasil, Gigante et al (2000) não encontrou associação entre o Ganho de Peso Gestacional e a prevalência de aleitamento materno no sexto mês de vida do bebê.

5.6 Paridade, tipo de parto, experiências prévias de amamentação e peso ao nascer

Algumas pesquisas no Brasil e no mundo mostram associações entre a paridade e o sucesso no aleitamento materno. Em estudo realizado em São Paulo por Venâncio et al (2006), a multiparidade teve associação estatisticamente significativa com o AE (OR: 1,42, IC 95%: 1,33 - 1,49). Já o estudo realizado por Espirito Santo et al (2007) não encontrou associação entre a paridade e a duração do AE. Kolhuber et al (2008) mostrou que, na Alemanha, a experiência prévia de aleitamento materno aumenta as chances de iniciar a amamentação (OR 0,25; IC 95% 0,15 - 0,42). Isso demonstra que mães que tiveram sucesso na amamentação com filhos anteriores têm mais chance de amamentar e prolongar por mais tempo o aleitamento materno. Segundo Faleiros et al (2006), as mulheres primíparas tendem a iniciar o aleitamento materno em grande proporção, porém, deixam de amamentar os filhos

muito cedo. Isto pode acontecer devido à inexperiência e ao medo de não oferecer os nutrientes necessários ao bebê apenas com o leite materno.

Em relação ao tipo de parto, parece haver uma maior prevalência de aleitamento materno em crianças nascidas de parto normal. Isso pode acontecer devido ao contato pele a pele mais precoce (Faleiros et al, 2006). Porém, a maioria dos estudos recentes não vem confirmando uma associação estatisticamente significativa (Scott et al, 2006 e Kolhuber et al, 2008). Em uma revisão da literatura realizada por Forster et al (2006) não foi encontrada uma associação consistente entre o tipo de parto e a duração do aleitamento materno, tanto no estudo realizado em São Paulo por Venâncio et al (2006) quanto no realizado em Pernambuco por Vasconcelos et al (2006); o tipo de parto não alcançou significância estatística após ajustes para diversos confundidores.

Outro fator, possivelmente associado ao AM e ao AME, é o peso ao nascer. Segundo Chaves et al (2006), o fato de recém nascidos de baixo peso serem amamentados exclusivamente por menos tempo que os demais pode ser explicado pelo fato da maior dificuldade que esses bebês apresentam para amamentar e, também, pela crença, por parte de alguns profissionais de saúde, que classificam o ganho ponderal acelerado como um grande benefício para esses bebês, lançando mão, para tanto, de fórmulas infantis, farinhas, leite de vaca e açúcar. No seu estudo, crianças que nasceram com peso inferior a 2500 g apresentaram uma menor duração de AME quando comparadas àquelas com peso superior a 2500 g ($p = 0,019$). Com relação ao aleitamento materno, estudo realizado por Vieira et al (2004) relatou que o fato de ter peso ao nascer maior que 2500 gramas esteve associado significativamente ao aleitamento materno, com maiores chances das crianças serem amamentadas no primeiro ano de vida (RP = 1,12, IC 95%: 1,01 – 1,27).

5.7 Uso de bico e fumo materno

Chupetas são amplamente utilizadas em muitas partes do mundo, apesar da sua prática ter sido desaconselhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989), especialmente para crianças que são amamentadas.

Em estudo realizado por Vieira et al (2004), não ter usado chupeta mostrou associação estatisticamente significativa com o aleitamento materno. Crianças que não utilizaram bico apresentaram maiores chances de serem amamentadas no primeiro ano de vida (88% contra 55,2%, $p < 0,001$). O hábito de não utilizar chupeta revelou também uma forte associação estatística com o AME. As crianças que não faziam uso de chupeta apresentaram uma maior prevalência de aleitamento exclusivo (49,4%), quando comparadas àquelas que a utilizavam (31,0%), com uma chance significativamente maior de serem aleitadas ao seio, de modo exclusivo ($p < 0,001$).

Koosha et al (2008) relatou que mães que ofereceram bico para o lactente apresentaram maior chance de não amamentar aos cinco meses de vida (OR 2,62; IC 95%: 1,31 - 5,20). Segundo Chaves et al, (2006) o uso da chupeta pelo lactente esteve negativamente associado tanto com tempo de AME (RR = 1,49; IC 95%: 1,11 - 2,00) quanto ao tempo de AM (RR = 2,99; IC 95%: 2,04 - 4,38). Nas análises, considerou-se somente a possibilidade de o bebê ter usado ou não a chupeta, não determinando frequência ou tempo do uso. No estudo realizado por Scott et al (2006), a introdução da chupeta antes das dez semanas de idade da criança esteve significativamente associada com a menor duração do aleitamento materno.

Partindo do pressuposto de que mamadeiras e chupetas podem ser obstáculos à amamentação bem sucedida, a OMS conjuntamente com o UNICEF, incluiu entre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” o não uso de mamadeiras e chupetas nas maternidades para crianças amamentadas ao seio (WHO, 1989). Sendo assim, os hospitais reconhecidos como “Hospital Amigo da Criança”, além de não usarem mamadeiras e chupetas nas suas maternidades, orientam as mães a evitarem essas práticas após a alta hospitalar. No estudo realizado por Soares et al (2003), apesar de as crianças terem nascido em um Hospital Amigo da Criança, que desestimula essa prática, somente em uma de cada dez crianças a chupeta não foi oferecida em casa e, no

final do primeiro mês, seis de cada dez crianças faziam uso efetivo de chupeta. Observa-se que, entre as crianças ainda amamentadas com um mês, a incidência de desmame entre o segundo e o sexto mês foi de 22,4% para as crianças que não usavam chupeta e de 50,8% para as usuárias de chupeta ($p < 0,001$). Com relação ao AME, 73,1% das crianças que usavam chupeta deixaram de ser amamentadas exclusivamente até o final do segundo mês, enquanto que, para as crianças que não usavam chupeta, esse índice foi de 44,9% ($p < 0,001$).

O fumo materno também parece estar associado ao aleitamento materno. Kohlhuber et al (2008), encontrou no seu estudo que o fumo materno não influencia a iniciação do AM, mas tem uma forte influência na sua duração (OR: 4,38; IC 95% 2,66 - 7,21). Estudos realizados por Chaves et al (2007) e por Scott et al (2006) também demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre a duração do aleitamento materno e o uso de tabaco ($p = 0,001$ e $p < 0,05$, respectivamente).

6. Conclusão

O leite materno, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida; porém, a partir desse período, deve ser complementado (WHO, 2001).

Entre os fatores envolvidos nas taxas subótimas de aleitamento materno, encontram-se: o desconhecimento da importância do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe; algumas práticas e crenças culturais; a promoção inadequada de substitutos do leite materno; a falta de confiança da mãe quanto a sua capacidade de amamentar o seu filho; práticas inadequadas de serviços e profissionais de saúde (Giugliani, 2000).

A simples identificação de um ou mais fatores de risco no par mãe-criança pode guiar os profissionais da saúde a intervenções “pró-amamentação” mais direcionadas ao verdadeiro problema. Quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior o risco e a necessidade de uma ação que produza um impacto significativo na prevalência e duração do AM (Espírito Santo et al, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Afzal M, Quddusi AL, Iqbal M, Sultan M. Breastfeeding patterns in a military hospital. *J Coll Phys S Pakistan* 2006; 16:128-31.
2. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115:496-506.
3. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
4. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(4):525-535.
5. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes* 2004; 28 1247–1256.
6. Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sorensen TIA. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. *Am J Clin Nutr.* 2004;80:1579–1588.
7. Berquó, E.; Garcia, S.; Lago, T. (Coord.). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008. (Relatório final). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em 1 set. 2008.
8. Binns CW, Scott JA. Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing? *Breastfeed Rev* 2002;10:21-5.

9. Boulanger JM, Hill MD. Hypertension and stroke: 2005 Canadian Hypertension Educational Program recommendations. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 2005, 32(4):403-8.
10. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics* 2006; 118:e1436-43.
11. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999; 318:1316-20.
12. Chapman DJ. Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Is There a Protective Effect of Breastfeeding? *J Hum Lact* 2007; 23; 206.
13. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria - Vol. 83, Nº3, 2007.*
14. Chhabra P, Grover VL, Aggarwal OP, Dubey KK. Breastfeeding patterns in an urban resettlement colony of Delhi. *Indian J Pediatr* 1998; 65:867-72.
15. Chye JK, Lim CT. Breastfeeding at 6 months and effects on infection. *Singapore Med J* 1998; 39:551-6.
16. Coitinho DC, Sichieri R, Benício MHD. Obesity and weight change related to parity and breast-feeding among parous women in Brazil. *Public Health Nutrition* 2001; 4(4), 865±870.
17. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360:187-95

18. Comings RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and risk of hip fracture in elderly women. *Int J Epidemiol.* 1993; 22(4):684-91.
19. Cope MB, Allison DB. Critical review of the World Health Organization's (WHO) 2007 report on 'evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis' with respect to obesity. *Obesity reviews.* 2008; 9, 594–605
20. Currò V, Lanni R, Scipione F, Grimaldi V, Mastroiacovo P. Randomized controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breastfeeding. *Arch Dis Child* 1997; 76:500-3.
21. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control* (2007) 18:517–523.
22. Drane DL, Logemann JA. A critical evaluation of the evidence on the association between type of infant feeding and cognitive development. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2000, 14(4):349-56.
23. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117:380-6.
24. Espírito Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. *Birth* 2007; 34: 212.
25. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics.* 2003;112(3 part 1):607–619.
26. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.* [serial on the Internet]. 2006 Oct [cited 2009 Feb 27] ; 19(5):23-630.

27. Fallahzadeh H, Golestan M, Rezvanian T, Ghasemian Z. Breast-feeding history and overweight in 11 to 13-year-old children in Iran. *World J Pediatr*, Vol 5 No 1 February 15, 2009.
28. Fewtrell et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *Am J Clin Nutr* 2007; 85(suppl):635S–8S.
29. Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1999;13:144-57.
30. Forsen T et al. Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study. *British Medical Journal* , 1999, 319 (7222):1403-7.
31. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal* 2006, 1:18.
32. Gigante DP, Victora CG, Barros FC Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública* 2000;34(3):259-65.
33. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria* - Vol. 76, Supl.3, 2000.
34. Hamlyn B, Brooker S, Lleinikova K, Wands S. *Infant feeding 2000*. London, United Kingdom: The Stationery Office, 2002.
35. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breast-feeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162 : 397–403.

36. Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. High prepregnant body mass index is associated with poor lactation outcomes among white, rural women independent of psychosocial and demographic correlates. *J Hum Lact.* 2004;20:18–29.
37. Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Excessive Weight Gain during Pregnancy Is Associated with Earlier Termination of Breast-Feeding among White Women. *The Journal of Nutrition* 2006. 136: 140–146, 200
38. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
39. Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106:203-7.
40. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
41. Kendall-Tackett KA, Sugarman M. The social consequences of long-term breastfeeding. *J Hum Lact.* 1995;11:179-83.
42. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet.* 1992; 339(8787):227-30.
43. Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics.*1998;102:1244-6.
44. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition* 2008, 99, 1127–1132
45. Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. Breast-feeding patterns and factors determining exclusive breast-feeding. *Singapore Medical Journal.* 2008; 49 (12) : 1002

46. Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? *J Pediatr* 1981; 98:883–887.
47. Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78:291–5.
48. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004; 554:63-77.
49. Kramer MS. Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. *Archives of General Psychiatry* 2008; 65(5):578-584.
50. Kronborg H, Vaeth M: The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* 2004, 32:210-216.
51. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115:e139-46.
52. Lawes CM et al. Blood pressure and cardiovascular disease in the Asia Pacific region. *Journal of Hypertension*, 2003, 21(4):707-16.
53. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005; 115:e31-7.
54. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses, da Região Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003; 3(3):305-14.
55. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990; 336:1519-23.

56. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*. 1992;339(8788):261-264.
57. Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatr* 2003; 3:5.
58. Mascarenhas MLW., Albernaz EP., Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2006 Aug; 82(4): 289-294
59. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to new-born transition. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52:262-72.
60. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos: Bases técnico-científicas, diagnóstico alimentar e nutricional e recomendações. Brasília; 2002. Site disponível em URL: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/guiaio.pdf> .
61. Ministério da Saúde do Brasil. II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno - dados preliminares (comunicação pessoal).
62. Mok E, Multon C, Piguél L, Barroso E, Goua V, Christin P, Perez MJ, Hankard R. Decreased Full Breastfeeding, Altered Practices, Perceptions, and Infant Weight Change of Prepregnant Obese Women: A Need for Extra Support. *Pediatrics* 2008;121:e1319-e1324.
63. Nicoll A, Williams A. Breastfeeding. *Arch Dis Child* 2002; 87:91-2.
64. Omer-Salim A, Persson L A, Olsson P. Whom can I rely on? Mothers' approaches to support for feeding: An interview study in suburban Dar es Salaam, Tanzania. *Midwifery* 2007; 23:172-83.

65. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
66. Organização Mundial da Saúde. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
67. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey Smith G, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005; 115: 1367–1377.
68. Pisacane A, Impagliazzo N, Russo M, Valiani R, Mandarini A, Florio C, et al. Breast feeding and multiple sclerosis. *Br Med J*. 1994; 308(6941):1411-2.
69. Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and risk of epithelial ovarian cancer. *Int J Epidemiol*. 1993;22(2):192-97.
70. Ruowei L, Jewell S, Grummer-Strawn L. Maternal obesity and breast-feeding practices. *The American journal of clinical nutrition* 2003, vol. 77, n^o4, pp. 931-936.
71. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics* 2002; 110:1103–9.
72. Scott JA., Binns CW., Oddy WH., Graham KI. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics* Volume 117, Number 4, April 2006.
73. Shema L, Ore L, Ben-Shachar M, Haj M, Linn S. The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2007; 133:539-46.
74. Singhal. A and Lanigan. J. Breastfeeding, early growth and later obesity. *Obesity reviews* 2007; 8 (Suppl. 1), 51–54.

75. Strathearn L, Mamun AA, Jake M. Najman, O'Callaghan MJ. Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics*, Volume 123, Number 2, February 2009
76. Toma TS. *Violando a Norma 1996: Relatório Nacional das Violações à Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes*. São Paulo: IBFAN/UNICEF; 1996.
77. Turner,E., 2006. Nutrition during Pregnancy. In: Shills,M., Shike,M., Ross,A., Caballero,B., Cousins,R.(Eds.), *Modern Nutrition in Health and Disease*. Lippincott Williams & Wilkins, Winston-Salem, USA, 772-783.
78. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010; Understanding and Improving Health*, 2nd edn. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2000.
79. Uvnas-Moberg K. Oxytocin may mediate the ben-efits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23:819-35.
80. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [periódico na Internet]. 2006 Mar; 6(1): 99-105
81. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(3): 313-318.
82. Venancio SI & Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006., 9 , pp 40-46

83. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22. 2.
84. Victora C, Barros FC. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. *Cadernos ESP: Escola de Saúde Pública do Ceará* 2005; 1(1). http://www.esp.ce.gov.br/images/documentos/cad_esp_vol01_n01.pdf.
85. Victora CG et al. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24 Sup 3:S409-S416, 2008.
86. Vieira MLF, Silva JLC Pinto, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr.* 2003; 79(4): 317-24.
87. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4(2):143-50.
88. Vitolo MR, Bortolini GA, FCA, DML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2009 Feb 26] ; 21(5): 1448-1457.
89. World Health Organization and UNICEF. *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services.* Geneva, World Health Organization, 1989.
90. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-5.

91. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva: WHO; 2001.
92. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, World Health Organization, 2001.
93. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 november 2007 in Washington, DC, Usa. Geneva, WHO, 2008.
94. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl* 2006; 450:76-85.
95. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition* 2001; 4:631-45.
96. Zheng T, Holford TR, Mayne ST, Owns PH, Zhang B, Boyle P, et al. Lactation and breast cancer risk: a case control study in Connecticut. *Br J Cancer*. 2001; 84(11):1472-6.
97. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001;414:782–7.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever a prevalência do Aleitamento Materno (AM) e do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no quarto mês de vida e avaliar a sua associação com variáveis sócio-demográficas, comportamentais, nutricionais da mãe, variáveis do parto, do pós-parto imediato e peso ao nascer do bebê, nos Postos de saúde da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Objetivos específicos

- Descrever a prevalência do AM e do AME aos quatro meses de idade.
- Descrever o tempo de duração do AM e do AME no exclusivo.
- Avaliar a associação entre as variáveis sócio-demográficas, comportamentais e nutricionais e do bebê e a prevalência do AME e do AM aos quatro meses de vida.
- Avaliar a associação entre as variáveis do parto, do pós-parto imediato e peso ao nascer do bebê e a prevalência do AM e do AME aos quatro meses de vida.
- Verificar a presença da variável que apresenta uma maior contribuição nas prevalências do AM e do AME aos quatro meses de vida.
- Conhecer os alimentos complementares introduzidos precocemente na dieta do bebê.

Artigo

Aleitamento Materno e Fatores Associados em mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil. – ECCAGe.

Breastfeeding and related factors of women attending general practices in southern Brazil – ECCAGe Study

Palavras-chave: gestação, amamentação, nutrição materno-infantil, estudo de coorte, aleitamento materno.

Keywords: pregnancy, breastfeeding, maternal nutrition, cohort study

Autores:

Silvia Ozcariz¹ – Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS. silvia.ozcariz@gmail.com

Maria Angélica Antunes Nunes¹ - Médica Psiquiatra, Doutora em Psiquiatria pela UNIFESP. maanunes@gmail.com

Maria Inês Schmidt¹ - Médica Endocrinologista, Doutora em Epidemiologia pela University of North Carolina, USA, pós-doutorado pela University of North Carolina, USA. mischmidt@orion.ufrgs.br

Bruce Bartholow Duncan¹ - Médico Internista, Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pós-doutorado pela University of North Carolina, USA. bbduncan@orion.ufrgs.br

Patricia Manzolli¹ - Médica Psiquiatra, mestre em Epidemiologia pela UFRGS. pmanzolli@gmail.com

Caroline Buss¹ - Nutricionista, mestre em Epidemiologia pela UFRGS. pracarol@terra.com.br

Juliana Hoffmann¹ - Nutricionista, mestre em Epidemiologia da UFRGS. juliana.f.hoffmann@gmail.com

Michele Drehmer¹ - Nutricionista, mestre em Epidemiologia da UFRGS. migdrehmmer@gmail.com

Andressa Giacomello¹ - Nutricionista, mestre em Epidemiologia pela UFRGS. andressa.giacomello@terra.com.br

Rafael Marques Soares 1 - Nutricionista, mestre em Epidemiologia pela UFRGS.
epidemiorafael@gmail.com

Suzi Camey^{1,2} - Estatística. Doutora em Estatística pela USP. camey@mat.ufrgs.br

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática, Departamento de Estatística.

Correspondência com autor (corresponding author):

Silvia Ozcariz

E-mail: silvia.ozcariz@gmail.com Phone/Fax number: 55+51+3308-5306

Mailing Address:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Departamento de Medicina Social / PPG- Epidemiologia

Rua Ramiro Barcelos, nº 2600 – 4º andar – sala 419

CEP: 90035-003

Porto Alegre – Brasil

A ser enviado para: Pediatrics

Financiamento: Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX); CAPES.

RESUMO

Objetivo: Descrever a prevalência do Aleitamento Materno (AM) e do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no quarto mês de vida e avaliar a sua associação com variáveis sócio-demográficas, comportamentais, nutricionais da mãe e variáveis do parto, nos Postos de saúde da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil.

Método: Os participantes foram 370 pares mãe-filho usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As gestantes foram arroladas consecutivamente em sala de espera e foram acompanhadas até o quarto mês de vida da criança mediante contato telefônico no pós-parto imediato, e entrevista agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS) no quarto mês pós-parto. Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para estimar a associação entre o AM e os diferentes fatores, como também para verificar a associação entre o AME e fatores sociodemográficos, comportamentais e nutricionais. A Fração atribuível na população foi utilizada para avaliar a contribuição dos fatores associados modificáveis.

Resultados: 92,6% das crianças iniciaram a amamentação e no quarto mês pós-parto 79,2 % ainda mamava no peito, sendo que 16% delas estavam em AME. Os alimentos mais precocemente introduzidos na dieta foram, a água, o leite de vaca e as fórmulas, já presentes na dieta de alguns bebês no primeiro mês de vida. Após análise multivariável, a escolaridade materna (RP = 1,64; IC 95%: 1,11 - 2,40) inferior a cinco anos, o fumo materno (RP = 1,56; IC95%: 1,09 - 2,22), o uso de bico (RP = 9,38; IC 95%: 3,90 - 22,59) e o baixo peso ao nascer (RP = 1,58; IC 95%: 1,00 - 2,48) se mostraram associados a uma menor prevalência de AM. Com relação ao AME, o uso de bico (RP = 1,14; IC 95%: 1,03 - 1,25), o trabalho materno (RP = 1,12; IC95%:1,03 - 1,21), o ganho de peso gestacional (RP = 1,09; IC 95%: 1,00 - 1,12) e a idade materna inferior a 19 anos (RP = 1,17 IC 95%: 1,03 - 1,25) estão associados com a introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança. A ansiedade e depressão materna não se mostraram significativamente associadas ao AM nem ao AME.

Conclusões: As prevalências do AM e do AME no quarto mês de vida ainda encontram-se baixas. Mesmo tendo um percentual elevado de crianças que iniciaram o AM, no quarto mês pós-parto somente 79,2 % delas continuava amamentando e, destas, apenas 16% estavam em AME. Os principais motivos de desmame referidos pelas mães

foram o medo que a criança ficasse com fome e a falta de produção de leite. No quarto mês de vida, todos os tipos de alimentos já tinham sido ingeridos por algumas crianças pertencentes ao estudo.

ABSTRACT

Objective: To report the incidence of breastfeeding and exclusive breastfeeding at 4 months postpartum and to identify associated factors.

Methods: Participants were 370 mother-infant pairs who were recruited consecutively from 10 different health care units from Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, and were followed up by phone and interview until the 4 months postpartum. Data collected included sociodemographic, behavioral and nutritional factors related to breastfeeding and exclusive breastfeeding. Poisson regression was used to identify the factors related to a less prevalence of breastfeeding and exclusive breastfeeding.

Results: 92, 6% of the children initiated breastfeeding, and at 4 months of age, 79,2% still breastfeeding. Water, milk and formulas were the firsts products being introduced to the children's diet, and being consumed at the first month of live by 20, 9%, 8,7% and 17,2% of the population, respectively. Breastfeeding was independently, negatively associated with less than 5 years of maternal schooling (RP = 1,64; 95% CI: 1,11 - 2,40), pacifier use (RP= 9,38; 95% CI: 3,90 – 22,59), maternal smoking (RP = 1,56; 95% CI: 1,09 – 2,22) and low birth weight (RP = 1,58; 95% CI: 1,00 - 2,48). Exclusive breastfeeding was independently associated with pacifier use (RP = 1,14; 95%CI: 1,03 - 1,25), mother being working or studying (RP = 1,12; 95% CI:1,03 - 1,21), gestational weight gain (RP = 1,09; 95% CI: 1,00 - 1,12) and maternal age under 19 years (RP = 1,17; 95% CI: 1,03 – 1,25).

Conclusions: Breastfeeding and exclusive breastfeeding rates still low. Even having an elevated percent of breastfeeding initiation, at 4 months postpartum only 79,2% stilled breastfeeding and the exclusive breastfeeding rate was only 16%. The principal reasons for not breastfeeding at 4 months post-partum was being afraid the child was hungry and not producing breast milk. At 4 months of age, many children were already eating all kind of food.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma forma simples e custo-efetiva de nutrir o bebê com um impacto significativo no estabelecimento de um estado ótimo de saúde ao longo da vida e com uma conseqüente redução nos gastos referentes à saúde (1). Metanálises recentes indicam a proteção do aleitamento materno contra doenças crônicas a longo prazo, infecções gastrointestinais (2, 3, 4) e a redução do risco de sobrepeso e obesidade (5, 6). Baseado nas diversas evidências das pesquisas e estudos realizados, hoje, é internacionalmente recomendado que a mulher amamente seu filho exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida e que, após este período, gradativamente, seja introduzida a alimentação complementar mantendo a amamentação até pelo menos os dois anos de idade (7). Estudos nacionais mostram que, apesar da tendência de melhoria, os índices de aleitamento materno no Brasil estão muito abaixo dos considerados ideais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (8,9,10).

A iniciação e duração da amamentação dependem de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar; outros se referem à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto e, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida (11).

A busca de variáveis socioeconômicas, demográficas e de fatores relacionados aos cuidados de saúde e aos hábitos de mães e crianças que frequentam as Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre podem ser de grande utilidade para identificarmos os fatores relacionados ao desmame precoce e à pouca prevalência de aleitamento materno exclusivo nessa população.

O objetivo do presente estudo é descrever a prevalência do Aleitamento Materno (AM) e do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no quarto mês de vida e a sua associação com variáveis sócio-demográficas, comportamentais, nutricionais da mãe, variáveis do parto, do pós-parto imediato e peso ao nascer do bebê, numa população usuária dos postos de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Este estudo é inédito por avaliar conjuntamente o efeito da ansiedade, da depressão materna, do ganho de peso gestacional e do Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional nas incidências de AM e de AME no quarto mês pós-parto.

MÉTODO

Delineamento

O Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar na Gestação (ECCAGe) é um estudo de coorte prospectivo de gestantes seguidas pelo menos até o quarto mês pós-parto, com entrevistas na gravidez, revisão de prontuário e contato telefônico no pós-parto imediato e entrevista com a mãe e o filho entre o quarto e sexto mês de vida do bebê. As gestantes foram arroladas consecutivamente entre julho de 2006 a março de 2007, em dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre e em oito Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves, RS. Os serviços de atenção básica priorizam a promoção e prevenção da saúde, e oferecem às gestantes um atendimento gratuito com acompanhamento durante o pré-natal por uma equipe multidisciplinar. Por questões logísticas e orçamentárias, o acompanhamento dos bebês foi realizado somente nas mulheres pertencentes às dez UBS da cidade de Porto Alegre, RS, totalizando uma amostra de 370 díades mãe/bebê. As entrevistas de acompanhamento foram realizadas de dezembro de 2006 a janeiro de 2008.

O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Centro de Saúde Escola Murialdo e das Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre e de Bento Gonçalves.

População de estudo

As gestantes foram arroladas consecutivamente em sala de espera para consulta de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em um centro de referência materno-infantil, todos localizados em bairros de classe média-baixa. O arrolamento foi realizado por entrevistadoras previamente treinadas que compareciam diariamente durante todo o expediente de atendimento das UBSs. Caso a gestante se retirasse da UBS sem ser convidada a participar do estudo, os seus dados eram registrados numa planilha e a participante era convidada a participar na próxima visita à UBS. Não foram

feitas substituições das recusas. Foram considerados critérios de inclusão: a realização de assistência de pré-natal em um dos locais selecionados e uma idade gestacional entre 16 e 36 semanas. As mulheres foram entrevistadas após assinarem o Termo de Consentimento.

Coleta de dados

Na linha de base, entrevistadoras previamente treinadas realizavam as entrevistas com as gestantes arroladas, após a consulta. Foram aferidos o peso e a altura da gestante, seguindo o Manual Técnico do Ministério da Saúde (12), estando elas descalças e usando roupas leves. Foi aplicado um questionário sociodemográfico com as variáveis: anos de escolaridade, renda familiar, número de filhos e situação conjugal com o pai da criança. Os dados clínicos obtidos incluíam idade, peso pré-gestacional referido, altura aferida, planejamento ou não da gestação e tabagismo.

Na data provável do parto, foi realizado um contato telefônico com as mães. Essa data era calculada a partir da idade gestacional, verificada na linha de base. No contato telefônico foram coletados dados como data do parto, local de nascimento do bebê, sexo e peso da criança, tipo de parto, se a criança estava mamando no peito, entre outras questões. Quando o contato telefônico não se tornava possível, algumas dessas informações eram obtidas através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Do total da amostra, 9,2% das mulheres não foram localizadas através de contato telefônico e os dados referentes ao parto foram coletados via SINASC. A partir da data do parto e o hospital onde o nascimento ocorreu foram revisados os registros oficiais dos dados do pré-natal de cada gestante nas UBS e/ou nos hospitais para os quais algumas gestantes foram referenciadas. Foram registrados os dados referentes a todas as consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, que incluíam o peso, a pressão arterial, a altura uterina, a idade gestacional, as ultrasonografias e as intercorrências durante a gestação.

Finalmente, no quarto mês de vida da criança, era realizado contato telefônico por rastreadora treinada que agendava a entrevista com a mãe e a criança no posto de saúde. Após três tentativas em dias diferentes sem sucesso ou quando as participantes

trocavam de telefone sem prévio aviso, a rastreadora se deslocava até o domicílio para tentar agendar uma entrevista. Caso as mães não comparecessem à entrevista marcada, eram realizadas mais duas tentativas de agendamento. Após três vezes sem a mãe comparecer à entrevista, era realizado um último agendamento, desta vez no domicílio da participante. Se a participante se recusasse a participar ou não se encontrasse em casa no dia marcado, ela e o filho eram considerados como recusa. Na linha de base 59, mulheres se recusaram a participar do estudo (7,5%) e no *follow-up* houve 31 recusas (9,6%). Muitas entrevistadas realizaram a entrevista somente no terceiro agendamento e às vezes somente quando a entrevista era marcada no domicílio; isto fez com que algumas crianças fossem entrevistadas já durante o quinto e até início do sexto mês de vida. No momento da entrevista 67,6% das crianças se encontravam com idade entre 120 e 149 dias e 32,4% entre 150 e 189 dias de vida. No seguimento, as informações foram coletadas por entrevistadoras previamente treinadas. Além das questões perguntadas na linha de base, foram incluídos: tempo de amamentação, cuidados do bebê, introdução de alimentos que não o leite materno, número de hospitalizações do bebê, esquema vacinal.

Os questionários foram elaborados no *software* Teleform 10.0 e posteriormente escaneados para verificação das respostas no aplicativo *Verifier* do mesmo *software*. O controle de qualidade foi feito em 10% da amostra, conforme seleção aleatória, por contato telefônico.

Variáveis Explanatórias

Para caracterizar o tipo de aleitamento materno foram utilizados os critérios preconizados pela OMS (13), que classifica o aleitamento materno como:

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): Criança recebe somente o leite materno, sem a introdução de nenhum outro alimento ou bebida (inclusive água ou chá). São somente permitidos medicamentos como gotas e xaropes (vitaminas e minerais).

Aleitamento Predominante (AMP): Além do leite materno (principal fonte de nutrição) são permitidos certos líquidos como água, chá, bebidas a base de água, suco de frutas, e medicamentos como gotas e xaropes (vitaminas e mineirais).

Aleitamento Materno (AM): Aleitamento materno e qualquer outro tipo de alimentos são permitidos, incluindo fórmulas e leite de vaca. Foi considerado como desfecho não amamentar e não amamentar exclusivamente. A duração do aleitamento materno foi calculada através da diferença entre a data da última mamada e a data de nascimento da criança. O Índice de Massa Corporal pré-gestacional (IMC-pré) foi o método utilizado para avaliar o estado nutricional materno que resulta da divisão do peso pré-gestacional pela altura ao quadrado (kg/m^2). Para tal, a altura foi medida utilizando-se do antropômetro vertical da balança Filizola®, com precisão de 0,5 cm; o peso pré-gestacional foi relatado pela gestante em resposta à seguinte questão: “Quanto você pesava antes de ficar grávida?”. Para classificação do IMC pré-gestacional, foram utilizados os pontos de corte do *Institute of Medicine*, IOM (14), os quais são adotados pelo Ministério da Saúde: “baixo peso” ($\text{IMC} < 19,8 \text{ kg}/\text{m}^2$), “adequado” (IMC entre 19,8 e $26,0 \text{ kg}/\text{m}^2$), “sobrepeso” (IMC entre 26,01 e $29,0 \text{ kg}/\text{m}^2$) e “obesidade” ($\text{IMC} > 29,0 \text{ kg}/\text{m}^2$). Para obtermos a adequação do ganho de peso gestacional, foi necessário obter o peso ao final da gestação. Considerou-se como peso final o último peso registrado em, no máximo, duas semanas anteriores ao parto. Para as gestantes que não tinham peso registrado em, no máximo, duas semanas antes do parto, foram imputados os valores de peso através do método de imputação simples, adotando o primeiro peso registrado a partir do 2º trimestre como componente basal; em apenas sete mulheres o componente basal foi o peso pré-gestacional. A imputação foi feita com base na equação: $\text{Peso final} = \text{último peso registrado} + (\text{média de ganho de peso semanal} \times \text{número de semanas faltantes})$.

O ganho ponderal total foi classificado de acordo com as recomendações do *Institute of Medicine* (IOM) que leva em conta o IMC pré-gestacional.

O ganho de peso foi considerado para valores de IMC pré-gestacional abaixo de $19,8 \text{ kg}/\text{m}^2$, ganho ponderal de 12,5 até 18 kg ao final da gravidez; entre 19,8 e $26 \text{ kg}/\text{m}^2$, ganho ponderal final de 11,5 a 16 kg; entre 26,1 e $29 \text{ kg}/\text{m}^2$, ganho ponderal final de 7 a 11,5 kg. O intervalo para classificar ganho de peso adequado em mulheres com IMC pré-gestacional maior que $29 \text{ kg}/\text{m}^2$ foi estabelecido entre 6 kg e 7kg (4). Valores abaixo do considerado adequado para o IMC pré-gestacional foram classificados como ganho de peso insuficiente, e valores acima dos recomendados, de acordo com o IMC pré-gestacional, eram considerados como ganho de peso excessivo.

A idade gestacional foi calculada utilizando-se, primeiramente, do resultado da ultra-sonografia com data inferior a 20 semanas. Para as gestantes que tiveram ultra-sonografia após a 20ª semana, a idade gestacional foi calculada fazendo uma média entre a idade informada pela ultra-sonografia e a idade calculada pela data da última menstruação. Para as gestantes que não possuíam ultra-sonografia, a idade gestacional foi calculada somente a partir da data da última menstruação. Foram considerados prematuros os bebês que nasceram com IG < 37 semanas. O número de consultas de pré-natal foi ajustado através da divisão pelo tempo de gestação.

O *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (15), previamente traduzido e validado para o português, (16) foi utilizado para avaliar sintomas psiquiátricos atuais. O PRIME – MD foi aplicado por entrevistadoras treinadas (acadêmicas ou profissionais das áreas de nutrição, psicologia e enfermagem), mas não habilitadas para a realização de diagnóstico, portanto, constituiu-se como instrumento de rastreamento para sintomas psiquiátricos, como os de transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtorno de dependência. Apenas os módulos de transtornos de humor, transtornos ansiosos foram incluídos no presente estudo. O módulo que avalia transtornos depressivos é composto por 9 questões, cada uma delas avaliando um sintoma, ou seja, de acordo com o instrumento cada entrevistada pode apresentar de 0 a 9 sintomas. Conservadoramente, optou-se por utilizar o quartil mais alto de sintomas depressivos para o estudo de associação, que nessa amostra representam as mães com 7 ou mais respostas positivas. Com relação ao transtorno de ansiedade, o módulo é composto por 6 sintomas de ansiedade, além de uma questão que avalia se no último mês esses problemas a dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas. Quando as entrevistadas apresentavam 5 ou mais sintomas de ansiedade e respondiam que esses problemas as dificultavam nos seus afazeres diários, o transtorno de ansiedade era considerado positivo.

Para as análises, foram criadas as seguintes categorias de idade: “≤19 anos”, “20 a 29 anos” e “≥ 30 anos”; renda familiar em salários mínimos (SM = R\$350,00): “≤ 1 SM”, “1,01 a 3 SM” e “≥ 3,01 SM”; situação conjugal com o pai da criança: “Mora com o pai da criança” e “Não mora com o pai da criança”; ocupação: “estuda”, “trabalha”, “estuda e trabalha” e “não estuda nem trabalha”; escolaridade materna (anos

de estudo): “ ≤ 4 anos”, “5 a 8 anos” e “ ≥ 9 anos”; depressão materna: “de 0 a 6 sintomas”, “7 ou mais sintomas”, Transtorno de ansiedade materna; “Sim”, “Não”. Com a finalidade de analisar a fração atribuível a população, o ganho de peso foi dividido em: “insuficiente” e “adequado ou excessivo”.

Análise Estatística

Todos os dados descritivos são apresentados com o uso de percentuais (%), assim como de médias e desvios-padrão (DP). As análises brutas foram realizadas, utilizando o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Os desfechos foram não amamentar e não amamentar exclusivamente. As variáveis independentes testadas na análise bruta foram as seguintes: idade materna, anos de escolaridade, renda familiar, ocupação materna, situação conjugal com o pai da criança, IMC pré-gestacional, gestação anterior, planejamento da gravidez, número de consultas ajustada pelo tempo de gestação, ganho de peso gestacional, tabagismo, ansiedade e depressão materna, tipo de parto, peso ao nascer, prematuridade e uso de bico.

As variáveis independentes que resultaram em valor de $p < 0,20$, na análise bruta, foram incluídas no modelo multivariável de regressão de Poisson com variância robusta. Foram mantidas no modelo ajustado, as variáveis com valor $p < 0,05$. Os intervalos de confiança foram de 95%. Os programas utilizados foram o SPSS v. 16 e o R versão 2.8.1 — utilizado para calcular a Fração Atribuível à População (FAP) das variáveis modificáveis que se apresentaram significativas na análise multivariável. As prevalências para o cálculo da FAP foram extraídas da Tabela 2.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a descrição dos dados sociodemográficos, comportamentais, nutricionais da mãe, variáveis do parto, do pós-parto imediato e peso ao nascer do bebê.

A figura 1 mostra as prevalências dos diferentes tipos de aleitamento das crianças durante no quarto mês de vida. 92,6% das crianças iniciaram o aleitamento materno.

Na figura 2 podemos observar os principais motivos de desmame precoce referidos pelas mães. Entre os principais encontram-se o medo que a criança ficasse com fome e a falta de leite.

A figura 3 mostra a evolução da introdução de alimentos do primeiro ao quarto mês de vida. Nota-se que esses alimentos foram introduzidos por uma maior proporção da amostra a partir do terceiro mês de vida dos bebês e que no quarto mês de vida, a maioria das crianças já estava consumindo água (74%) e mais da metade da amostra tinha introduzido o leite de vaca na dieta das crianças (53,4%).

As prevalências de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo no quarto mês pós-parto segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, nutricionais e comportamentais em UBS de Porto Alegre estão descritas na tabela 2. Mães com escolaridade materna superior a oito anos, que não estavam fumando no momento da entrevista, que não introduziram bico e com filhos que nasceram com peso normal apresentaram maiores prevalências de aleitamento materno, enquanto que as taxas de aleitamento materno exclusivo foram maiores em crianças que não utilizaram bico, com mães que ganharam peso adequado na gestação, que moravam com o pai da criança e não tinham retornado ao trabalho no quarto mês pós-parto.

A tabela 3 mostra a análise de regressão de Poisson bruta das variáveis sócio-demográficas, nutricionais, comportamentais e variáveis do parto com os defechos “não amamentar” e “não amamentar exclusivamente” no quarto mês. Foram associadas significativamente com uma menor prevalência de AM as seguintes variáveis: escolaridade materna < 5 anos, baixo peso ao nascer, uso de bico, fumo materno, fumo na gestação e ansiedade materna. Em relação ao não AME, as variáveis significativamente associadas foram idade materna menor que 19 anos, a mãe estar trabalhando e/ou estudando no quarto mês de vida da criança, a mãe não morar com o pai da criança, o ganho de peso gestacional insuficiente e o uso de bico.

Foram incluídas no modelo multivariável as variáveis independentes que resultaram em valor $p < 0,20$ na análise bruta (tabela 4). No modelo final, foram mantidas as variáveis significativamente associadas com o AM: escolaridade materna, peso ao nascer, uso de bico e fumo materno.

Com relação ao AME, as variáveis que mostraram associação após ajustes foram o uso de bico, a ocupação materna, a idade materna e o ganho de peso gestacional.

Mães com escolaridade inferior a 5 anos apresentaram um risco maior de desmame aos 4 meses de idade (RP = 1,64; IC 05%: 1,11 – 2,40) quando comparadas com aquelas com mais de 5 anos de estudo. O uso do bico influenciou significativamente o desmame materno. Mães que ofereceram bico aos seus filhos apresentaram um risco 9,38 vezes maior de não amamentar aos quatro meses de vida da criança ($p < 0,001$) quando comparadas às que não utilizaram chupeta. Crianças que nasceram com peso inferior a 2500 g também foram mais propensas a não serem amamentadas (RP= 1,58 IC 95%: 1,00 – 2,48,) e verificou-se que o fumo materno aumentou em 1,56 vezes o risco de desmame no quarto mês de vida do bebê ($p = 0,015$).

O uso de bico se mostrou associado à menor prevalência de AME no quarto mês de vida ($p = 0,010$). Mães que trabalham ou estudam apresentaram um risco 1,12 vezes maior de não oferecer o leite materno como fonte exclusiva de alimento aos seus filhos ($p = 0,007$) se comparadas àquelas que não trabalham nem estudam. A idade materna inferior a 19 anos parece estar relacionada à introdução de outros alimentos que não o leite humano na dieta da criança. Mães com idade menor ou igual a 19 anos apresentaram uma menor prevalência de AME quando comparadas àquelas mães com >30 anos de idade ($p = 0,019$). Mães com idade entre 20 e 29 anos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação às prevalências de AME das mães com 30 anos ou mais. Referente ao Ganho de peso gestacional, o ganho de peso insuficiente mostrou associação com uma menor probabilidade de amamentar exclusivamente no quarto mês de vida ($p = 0,044$).

Segundo o cálculo de fração atribuível populacional, entre os fatores modificáveis, o uso do bico nas crianças pode ser responsável por 83,77% do desmame precoce (IC 95%: 69,97- 89,48), e o fumo materno por 17,09% da não amamentação no quarto mês de vida (IC 95%: 4,64 – 25,48). Em relação ao AME, o bico é responsável por 8,36% (IC 95%: 2,6 – 13,58) da introdução precoce de outros alimentos que não o leite materno, trabalhar e/ou estudar, 4,21% (IC 95%: 1,04 – 7,12) e por último o ganho de peso gestacional insuficiente com uma contribuição de 2,85% (IC 95%: 0,58 – 4,93).

DISCUSSÃO

É importante salientar que este estudo é inédito em avaliar o efeito conjunto dos sintomas depressivos, sintomas de ansiedade materna, do Ganho de Peso Gestacional e do Índice de Massa Corporal Pré-gestacional nas prevalências do AM e do AME.

Achados do presente estudo indicam que a maioria das mães atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre, RS, que participaram da pesquisa, iniciaram o AM (92,6%), refletindo o percentual de iniciação de AM encontrado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006 (11), na qual a prevalência encontrada na região Sul do Brasil foi de 92,5%.

Porém, a prevalência de iniciação de AM encontrada no nosso estudo se mostrou menor do que a observada também pela PNDS 2006 no Norte Brasileiro, onde 98,2% das crianças iniciaram a amamentação (11). Se compararmos os nossos achados com os de pesquisas internacionais, podemos observar que a prevalência de iniciação do AM nas usuárias de UBS de Porto Alegre se mostrou maior do que a encontrada no Reino Unido, 66%, (17) e nos Estados Unidos, 71,4%, (18); e menor que as encontradas na Bolívia (19) e na Suíça (20), onde as taxas de iniciação do AM atingiram os 100%. No quarto mês pós-parto, a prevalência de AM diminuiu para 79,2%, sendo que apenas 16% da população estudada se encontrava em AME, dado também semelhante ao relatado pela PNDS 2006 (11), onde entre o quarto e o sexto mês de vida apenas 15,3% das crianças ainda se alimentavam exclusivamente do leite materno. Espírito Santo et al (21), encontrou em Porto Alegre uma prevalência de AME no quarto mês pós-parto um pouco maior (20%). Já o estudo realizado por Venâncio et al na cidade de São Paulo (22) mostrou uma prevalência de AME muito menor, apenas 7,94% estava mamando no peito no quarto mês de vida.

Com relação à prevalência de aleitamento materno no quarto mês de vida, somente 4 das variáveis estudadas se mostraram significativas na análise multivariável: escolaridade materna, peso ao nascer, uso de bico e fumo materno, dando ênfase à magnitude da associação encontrada entre o uso de bico e o AM, no qual a razão de prevalências de não AM encontrada foi de 9,38 (IC 95%: 3,90 – 22,59) para as crianças que utilizavam bico. O uso de bico foi o único fator a se mostrar associado tanto com a menor prevalência do aleitamento materno quanto com a menor prevalência do AME. Nos diferentes estudos realizados no Brasil e no mundo, é consenso que o uso de bico

interfere negativamente, tanto no AM quanto no AME (23, 24). Segundo Chaves et al, (25) o uso da chupeta pelo lactente esteve negativamente associado tanto com tempo de AME (RR = 1,49; IC 95%: 1,11-2,00) quanto ao tempo de AM (RR = 2,99 IC 95%: 2,04 - 4,38). Nas análises, considerou-se somente a possibilidade de o bebê ter usado ou não a chupeta, não determinando a frequência ou tempo do uso. Podemos observar que o risco encontrado no nosso estudo, em relação à prevalência de AM e o uso de bico, é superior ao encontrado no estudo realizado por Chaves et al (25). No estudo realizado por Scott et al (26), a introdução da chupeta antes das 10 semanas de idade da criança também esteve significativamente associada com a menor duração do aleitamento materno ($p < 0,05$). Um dos problemas atribuídos ao uso de bicos e mamadeiras está no risco da criança desenvolver uma confusão de bicos, adquirindo uma forma errônea de posicionar a língua e sugar a mama, o que pode levar a criança ao desmame precoce (27,28). Por esse motivo a Organização Mundial da Saúde desaconselha o uso de chupetas (29), especialmente para crianças que estão mamando no peito. Mesmo não sendo recomendado o seu uso e com as iniciativas governamentais que controlam e desestimulam a divulgação e o uso de bicos nas maternidades, podemos observar a grande prevalência de crianças que fazem uso de bico na nossa população(30, 31) e no nosso estudo, 60% das crianças estavam usando bico no quarto mês de vida. Tudo isso nos faz acreditar que o uso de chupeta é um hábito cultural muito arraigado na nossa população e que vem sendo perpetuado de geração em geração. Já durante a gestação, parentes e amigos “presenteiam” as mães com chupetas e mamadeiras de diferentes marcas, modelos e cores, aumentando assim as chances da introdução desses artefatos logo no início da vida da criança. Esta hipótese é comprovada por estudos qualitativos realizados no Brasil (27, 28) que descrevem algumas crenças relacionadas ao uso de bicos: deixa a criança mais calma e tranquila; é um substituto da mama, suprimindo a ausência materna; deixa os bebês com uma aparência mais bonita. Muitas vezes devido à insegurança, no primeiro choro da criança, as mães ou avós podem oferecer o bico com o intuito de acalmá-las, muitas vezes desconhecendo os malefícios que a chupeta oferece.

Quanto à escolaridade materna, observamos que as mães com uma escolaridade inferior a 5 anos apresentavam um risco 1,64 vezes maior de não amamentarem os seus filhos no quarto mês de vida (IC 95%: 1,11 – 2,40) quando comparadas com aquelas com mais de 5 anos de estudo. Ainda não existe um consenso entre os diversos estudos

quanto à associação entre o grau de escolaridade e o AM. Estudos realizados por Vieira et al (32) e Chaves et al (25) não encontraram uma associação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade e o AM. Kolhuber et al (33) observou que mães com menor escolaridade apresentam uma maior chance de desmame no quarto mês de vida ($p < 0,001$). É possível que as mães com menor escolaridade sejam também mulheres mais novas e por consequência com maiores inseguranças e ansiedades na hora de amamentar acelerando o processo de desmame.

O baixo peso ao nascer também se mostrou associado independentemente com o maior risco de desmame no quarto mês de vida (RP = 1,58; IC 95%: 1,00 - 2,48) e, por último, o fumo materno aumentou em 1,56 vezes o risco de não amamentar no quarto mês de vida do bebê (IC 95%: 1,09 - 2,22 $p = 0,015$). Em estudo realizado por Vaconcelos et al (34), o peso ao nascer não se mostrou associado significativamente com o aleitamento materno. Já no estudo realizado também em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana, Bahia (32), observou-se uma associação entre o peso da criança < 2500 g e a menor duração do aleitamento materno (RP = 1,12; IC95%: 1,01 - 1,27). Crianças com baixo peso ao nascer, frequentemente ficam hospitalizadas por mais tempo e podem apresentar maior risco de sequelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento (35-38). Isso pode levar as mães a uma maior insegurança quanto ao ato de amamentar o seu filho, pois pode existir o medo de que somente o leite materno não seja suficiente para o desenvolvimento e um ganho de peso acelerado do bebê; como também as dúvidas sobre como ordenhar o leite e armazená-lo de forma adequada para depois ser transportado e oferecido ao bebê que ainda se encontra hospitalizado. Nesses casos, o apoio dos profissionais de saúde pode ser fundamental, pois eles têm o papel de esclarecer essas dúvidas e assim aumentar a confiança das mães sobre o papel da amamentação. Segundo a OMS, mães de bebês de baixo peso ao nascer amamentaram de maneira efetiva quando foi oferecido apoio psicológico e ajuda prática individual quanto à técnica de amamentação (39). No entanto, em muitos locais, a decisão entre leite materno ou fórmula ainda é complexa, tanto do ponto de vista nutricional, como por rotinas hospitalares, hábitos culturais e razões práticas (40).

Com relação ao fumo materno e o aleitamento materno, estudo de coorte realizado na Alemanha (33) também encontrou uma associação negativa entre o fumo

materno e o aleitamento até os quatro meses pós-parto (OR 4,38; IC 95% 2,66 - 7,21). No nosso estudo, o fumo na gravidez também se mostrou associado à menor incidência de aleitamento materno, porém perdeu significância após ajustes. A nossa hipótese é que o simples fato da mãe estar fumando demonstra uma atitude de descuido, tanto em relação a ela quanto em relação ao bebê, podendo levar a uma maior probabilidade de desmame precoce. Einarson et al (41) publicou recentemente uma revisão da literatura mostrando os diversos malefícios do fumo materno durante a gestação e na fase de aleitamento materno. Segundo os pesquisadores, o efeito da nicotina secretada no leite de mães fumantes na saúde das crianças a longo prazo ainda é desconhecida, mas eles relatam que mães fumantes apresentam níveis diminuídos de prolactina o que pode levar a uma menor produção de leite e consequente desmame precoce.

Além do uso de bico, o presente estudo demonstrou que, após análise multivariável, o trabalho e/ou estudo materno se manteve associado com a menor prevalência de AME no quarto mês de vida (RP= 1,12; IC 95% 1,03 – 1,21), as mães que não trabalhavam fora do lar tiveram uma proteção em relação ao aleitamento materno exclusivo. Um estudo realizado também na região Sul do Brasil revelou que as mães que não trabalhavam fora apresentaram uma chance 30% maior de amamentar exclusivamente quando comparadas às que trabalhavam fora (44). O fato das mães voltarem ao trabalho pode fazer com que outros alimentos sejam introduzidos precocemente na dieta da criança como mostra o nosso estudo. Um estudo realizado recentemente por Fein et al (45) nos EUA mostra os efeitos na duração da amamentação de quatro diferentes estratégias utilizadas pelas mães para alimentar as crianças durante o dia de trabalho: (1) alimentar a criança única e diretamente no peito; (2) dar o peito e ordenhar leite; (3) ordenhar o leite única e exclusivamente; (4) não dar o peito nem ordenhar leite durante o dia de trabalho. As duas estratégias que incluíam alimentar a criança diretamente no peito estiveram associadas a uma maior duração do aleitamento materno, seguida pela estratégia de somente ordenhar o leite. Entre as opções sugeridas pelos autores para tornar possível a amamentação no horário de trabalho estão as seguintes: creches no trabalho ou em locais próximos ao trabalho, manter a criança no trabalho com a mãe, intervalos para amamentar onde a mãe possa ir até o local onde a criança se encontra e por último, alguém responsável leva a criança ao local de trabalho para ser amamentada.

No entanto, deve ser considerado o grande esforço que estas medidas implicam, sendo que muitas das mulheres que participaram do nosso estudo não realizavam trabalhos formais, portanto careciam de benefícios como licença maternidade e não poderiam levar os filhos ao trabalho, impossibilitando a mãe de poder amamentar o seu filho durante o expediente. Nesses casos, uma opção para aumentar o tempo de aleitamento materno seria a ordenha de leite ou a disponibilização de creches comunitárias próximas ao local de trabalho.

A idade materna inferior a 19 anos se mostrou associada a uma menor prevalência de AME (RP = 1,17; IC 95%: 1,03 - 1,25). Não existe um consenso entre os diversos autores sobre a relação entre a idade materna e o AME até o dia de hoje. No estado de São Paulo, um estudo realizado em 84 municípios observou que mães adolescentes abandonaram o AME antes dos quatro meses pós-parto com maior frequência quando comparadas a mães mais velhas. No estado da Bahia, não foram detectadas diferenças na duração do AME e a idade materna (32). Existe a possibilidade que mães mais novas apresentem maiores incertezas inerentes da idade, muitas vezes são mães solteiras e que não recebem o apoio familiar e tudo isto pode fazer com que a duração do aleitamento materno exclusivo seja menor.

Como pode ser observado este é um dos primeiros estudos no Brasil a avaliar o efeito do ganho de peso gestacional sobre o AM e o AME. Com relação ao AM não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa; já em relação à amamentação exclusiva o ganho de peso gestacional insuficiente (RP = 1,09; IC 95%: 1,00 – 1,18) se mostrou negativamente associado com o AME no quarto mês pós-parto. Os achados referentes ao ganho de peso gestacional e o AME não condizem com os dados encontrados no estudo realizado por Gigante et al (44), no qual o ganho de peso gestacional não se mostrou associado ao AME. Estudo realizado nos EUA (44) relata que as mães que iniciaram a gestação com sobrepeso ou obesidade tenderam a ganhar peso insuficiente durante a gestação e amamentaram exclusivamente por menos tempo. Outra possibilidade é que as mães, conscientes de terem ganhado peso insuficiente durante a gestação, apresentassem inseguranças sobre a qualidade do leite produzido, inserindo então outros alimentos na dieta das crianças a fim de complementar a dieta dos bebês.

A depressão, a ansiedade materna e o IMC pré-gestacional não se mostraram significativamente associados ao AM nem ao AME.

O nosso estudo apresenta algumas limitações. A principal é não ser representativo das gestantes da cidade estudada, uma vez que todas as mulheres que compuseram a amostra pertenciam a uma mesma região da cidade. Por outro lado, sabemos que nada em particular difere as mulheres grávidas atendidas pelas UBS que participaram do nosso estudo e as gestantes atendidas em outras UBS da cidade. Outra limitação é o uso de diferentes fontes de dados secundários para obtenção dos dados referentes ao pré-natal e parto, o que pode prejudicar a qualidade do estudo. Por outro lado, obter essas informações de fontes primárias tornaria o estudo inviável do ponto de vista econômico.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo indicaram uma alta iniciação do Aleitamento Materno (AM). No entanto, está claro que as mães desconhecem a importância do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), pois desde o primeiro mês de vida da criança foram ofertados alimentos como água e outros tipos de leite que não o materno, o que leva a uma menor prevalência e duração do AME e, também, a um consequente desmame precoce. O uso de chupetas foi altamente prevalente na população estudada (60%) e pareceu influenciar em grande escala o desmame precoce. O ganho de peso gestacional afetou consideravelmente o AME.

Podemos observar que os fatores acima citados são fatores passíveis de modificação, portanto é de extrema importância, conscientizar os profissionais de saúde, principalmente os pertencentes à atenção primária à saúde, sobre o quão importante se tornam orientação e o estímulo ao aleitamento materno, principalmente em relação ao aleitamento exclusivo. Essa orientação poderá encorajar as mães a modificarem os seus comportamentos de risco. O desestímulo ao uso de chupetas e mamadeiras é fundamental, assim, como a orientação quanto a não introdução de alimentos nem líquidos na dieta das crianças nos primeiros seis meses de vida. As mulheres precisam ser melhor educadas a respeito do aleitamento materno, e essa é uma função que deve ser exercida pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Esta melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil pode ser considerada uma medida de extrema importância para o aumento nos índices de aleitamento materno.

Referências bibliográficas

- (1) American Academy of Pediatrics. Policy statement section on breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115: 496–506.
- (2) Van Rossum CTM, Buchner FL & Hoekstra J (2006) Quantification of health effects of breastfeeding. Review of the literature and model simulation. RIVM report 350040001/2005. Bilthoven: RIVM.
- (3) Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T & Lau J (2007) Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007.
- (4) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 3. Horta BL, Bahl R, Martines JC & Victora CG (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses Geneva: World Health Organization.
- (5) Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B & von Kries R (2004) Breastfeeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28, 1247–1256.
- (6) Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G & Plagemann A (2005) Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 162, 397–403.
- (7) World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. 55th World Health Assembly. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
- (8) Brasil, Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

- (9) Lamounier JA. Tendências do aleitamento materno no Brasil. *Rev Med Minas Gerais*. 1999;9:59-66.
- (10) Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.* [serial on the Internet]. 2006 Oct [cited 2009 Feb 27] ; 19(5):23-630.
- (11) Berquó, E.; Garcia, S.; Lago, T. (Coord.). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008. (Relatório final). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>.
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico/Ministério da Saúde. 2005.
- (13) World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held. 6–8 november 2007 in Washington, DC, Usa. Geneva, WHO, 2008.
- (14) INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. Washington: National Academy Press; 1992.
- (15) Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV III, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749–1756.
- (16) Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *J Affect Disord* 2006; 91:11–17.

- (17) Chhabra P, Grover VL, Aggarwal OP, Dubey KK. Breastfeeding patterns in an urban resettlement colony of Delhi. *Indian J Pediatr* 1998; 65:867-72.
- (18) Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005; 115:e31-7.
- (19) Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition* 2001; 4:631-45.
- (20) Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatr* 2003; 3:5.
- (21) Espírito Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. *Birth* 2007; 34: 212.
- (22) Venancio SI & Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition* 2006., 9 , pp 40-46
- (23) Cunha AJLA, Leite AM, Machado MMT. Breastfeeding and pacifier use in Brazil. *Indian J Pediatr* 2005;72:13–16.
- (24) Lamounier JA. The influence of nipples and pacifiers on breastfeeding duration. *J. Pediatr. (Rio J.)* [serial on the Internet]. 2003 Aug [cited 2009 Mar 09] ; 79(4): 284-286.
- (25) Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria - Vol. 83, Nº3, 2007.*

- (26) Scott JA., Binns CW., Oddy WH., Graham KI. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics* Volume 117, Number 4, April 2006.
- (27) Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólica e utilitária da chupeta na visão de mães. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 Apr; 39(2): 156-162.
- (28) Gonçalves AC, Bonilha ALL. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2005 dez;26(3):333-44.
- (29) World Health Organization and UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, World Health Organization, 1989.
- (30) Soares MEM, Giugliani ERJ , Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce. *Jornal de Pediatria - Vol. 79, Nº4*, 2003.
- (31) França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Espirito Santo LC, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):607-14.
- (32) Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Netto PVS. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4(2):143-50.
- (33) Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition* 2008, 99, 1127–1132.
- (34) Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [periódico na Internet]. 2006 Mar; 6(1): 99-105.

- (35) Institute of Medicine. Improving birth outcomes: meeting the challenge in the developing world. Washington DC: Institute of Medicine; 2003.
- (36) Goldenberg RL, Hoffman HJ, Cliver SP. Neurodevelopmental outcome of small-for-gestational-age infants. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52 Suppl 1:S54-8.
- (37) Eriksson JG, Forsén T, Tuomilehto J, Winter PD, Osmond C, Barker DJ. Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ* 1999; 318:427-31.
- (38) Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Ritcher L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371:340-57.
- (39) OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização Panamericana da Saúde), Ministério da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília (DF): O Ministério; 2001.
- (40) Vieira GO. Método Canguru. In: Moreira LMO, organizador. Manual de atenção ao recém-nascido. Salvador: Secretária de Saúde do Estado da Bahia; 2000.
- (41) Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol* (2009) 65:325–330.
- (42) Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

- (43) Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, et al. Frequency and determinants of breastfeeding in the state of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2002;36:313–318.
- (44) Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas. *Rev Saude Publ.* 2000; 34:259-65.
- (45) Fein SB, Grummer-Strawn LMT, Raju NK. Infant feeding and Care Practices in the United State: Results from the Infant Feeding Practices Study II. *Pediatrics*. Vol. 122 Supplement October 2008, pp. S25-S27 (doi:10.1542/peds.2008-1315b)
- (46) Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Excessive Weight Gain during Pregnancy Is Associated with Earlier Termination of Breast-Feeding among White Women. *The Journal of Nutrition* 2006. 136: 140–146, 200

Tabela 1. Características demográficas e relacionadas ao aleitamento materno em Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, RS: ECCAGe (N= 370)

Variável	M (DP)	n (%)
Idade materna média (anos)	25,0 (6,2)	-
Renda média familiar (SM)	2,2 (1,6)	
Escolaridade média, (anos completos)	7,6 (2,8)	
Situação conjugal com o pai da criança (%)		
Mora com o pai da criança	-	253 (68,4)
Ocupação materna (%)		
Trabalha e estuda		139 (37,6)
Não trabalha nem estuda		231 (62,4)
Índice de massa corporal pré-gestacional (kg)(n=357)	24,3 (4,7)	
Tipo de Parto (%) (n=360)		
Normal		256 (71,1)
Cesárea		104 (28,9)
Gestação planejada (%)		146 (39,5)
Número de consultas de pré-natal (n= 356)	7,3(2,6)	
Ganho de peso gestacional (%) (n= 356)		
Insuficiente		97 (27,2)
Adequado		96 (27,0)
Excessivo		163 (45,8)
Peso do recém nascido (kg) (n= 368)	3,2 (5,6)	
Aleitamento Materno no pós-parto imediato (%)		311 (92,6)
Aleitamento Materno no quarto mês (%)		293 (79,2)
Aleitamento Materno Exclusivo no quarto mês (%)		59 (16,0)
Uso de bico (%)		222 (60,0)
Fumo materno no quarto mês pós-parto(%)		115 (31,1)
Transtorno depressivo no quarto mês pós-parto (%)		113 (30,5)
Transtorno de ansiedade materna no quarto mês pós-parto (%)		64 (17,3)

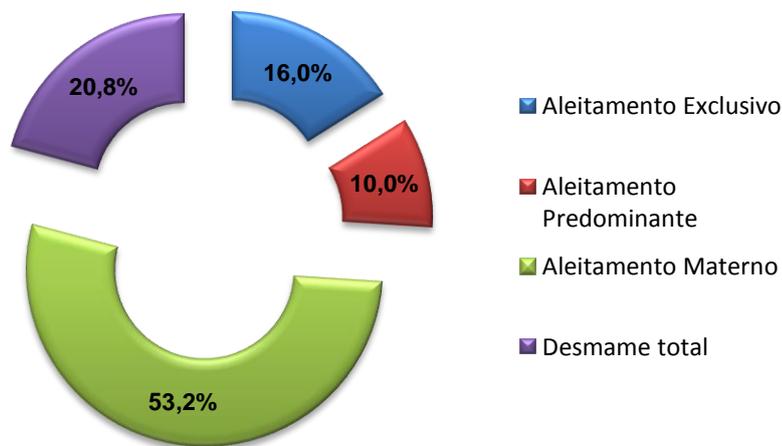


Figura 1. Prevalência das categorias de aleitamento materno no quarto mês de vida de crianças atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Porto Alegre, RS.

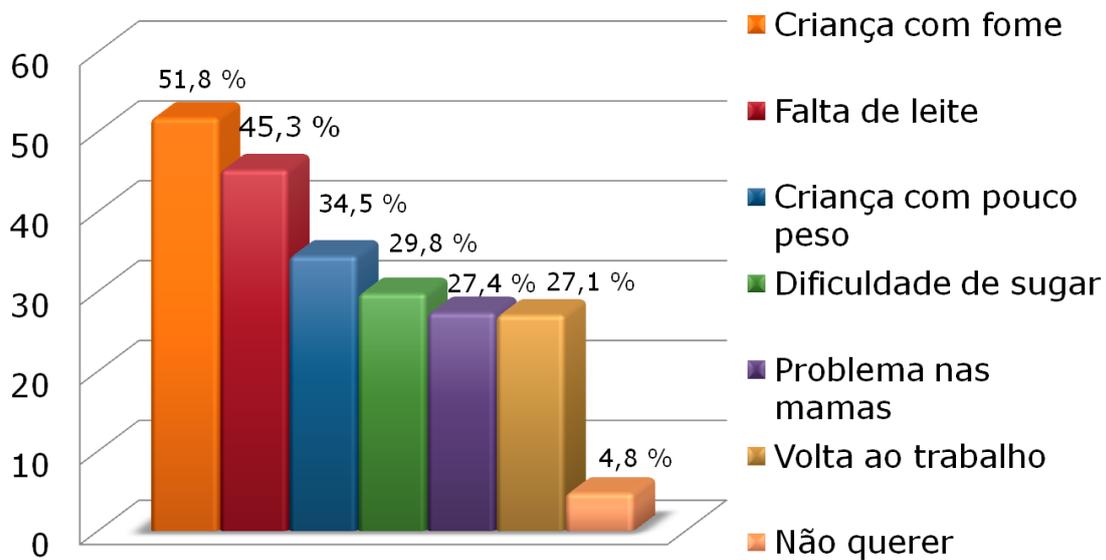


Figura 2. Motivos de desmame precoce referido por mulheres atendidas em UBS de Porto Alegre, RS

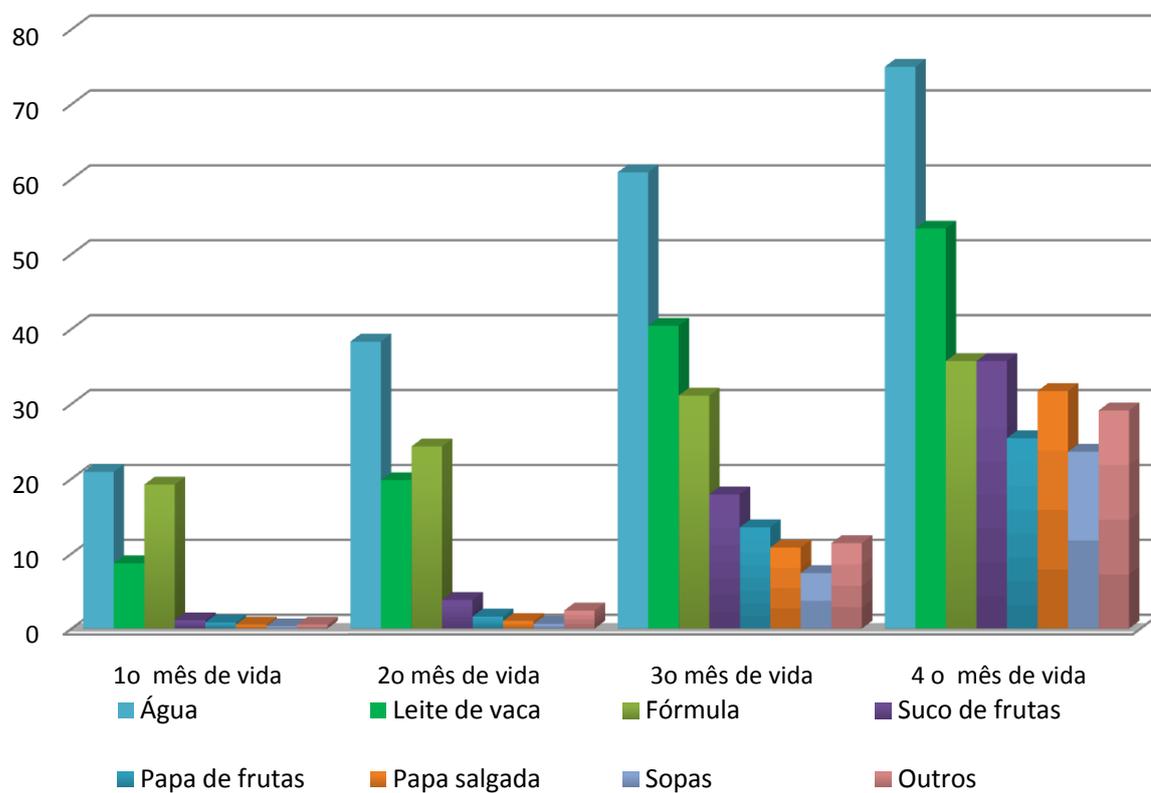


Figura 3. Percentual de alimentos na dieta do bebê do primeiro ao quarto mês de vida em Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, RS.

Tabela 2. Prevalência de AM e de AE no 4º mês de vida segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, nutricionais e comportamentais em UBS de Porto Alegre, RS

	ALEITAMENTO MATERNO		ALEITAMENTO EXCLUSIVO	
	Sim	p	Sim	p
	n (%)		n (%)	
Idade Materna (anos)				
<19 anos	56(71,8)		8(10,3)	
20 a 29 anos	159(80,3)	0,17	29(14,6)	0,05
30 ou mais	78(83,0)		22(23,4)	
Escolaridade Materna (anos completos)				
<5 anos	34(65,4)		10(19,2)	
5-8 anos	140(78,2)	0,01	24(13,4)	0,48
> 8 anos	119(85,6)		24(17,3)	
Renda Familiar(SM)				
< 1 SM	57(72,2)		10(12,7)	
1,01-3,00 SM	163(81,1)	0,22	35(17,4)	0,62
> 3,01 SM	73(81,1)		14(15,6)	
Ocupação materna				
Não trabalha/estuda	188(81,4)		45(19,5)	
Trabalha ou estuda	105(75,5)	0,18	14(10,1)	0,02
Situação com o pai da criança				
Mora com o pai	203(80,2)		48(19,0)	
Não mora com o pai	90(76,9)	0,47	11(9,4)	0,02
IMC pré-gestacional				
Baixo peso	45(80,4)		6(10,7)	
Eutrofia	165(81,7)	0,35	39(19,3)	0,32
Sobrepeso	30(73,2)		6(14,6)	
Obesidade	42(72,4)		7(12,1)	
Gestação prévia	194(78,2)	0,52	43(17,6)	0,22
Planejamento da gestação				
Sim	110(75,3)		24(16,4)	
Não	183(81,7)	0,14	35(15,6)	0,84

Tabela 2. Prevalência de AM e de AE no 4^o mês de vida segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, nutricionais e comportamentais em UBS de Porto Alegre, RS

	ALEITAMENTO MATERNO		ALEITAMENTO EXCLUSIVO	
	Sim	p	Sim	p
	n (%)		n (%)	
Nº de consultas de pré-natal				
Inadequado	144(81,8)	0,28	32(18,2)	0,34
Adequado	139(77,2)		26(14,4)	
Ganho de peso gestacional				
Insuficiente	76(77,6)		9(9,2)	0,03
Adequado + Excess	217(79,8)	0,64	50(18,4)	
Tipo de parto				
Cesárea	87(83,7)		17(16,3)	0,79
Normal	198(77,3)	0,18	39(15,2)	
Prematuridade				
Sim	29(72,5)	0,27	5(12,5)	0,53
Não	264(80,0)		54(16,4)	
Baixo peso ao nascer				
Sim	24(64,9)		4(10,8)	0,38
Não	268(81,0)	0,02	54(16,3)	
Bico				
Sim	150(67,6)	<0,00	25(11,3)	0,00
Não	143(96,6)		34(23,0)	
Fumo materno no quarto mês				
Sim	82(71,4)	0,01	13(11,3)	0,10
Não	211(82,7)		46(18,0)	
Transtorno depressivo				
Sim	84(74,3)	0,13	15(13,3)	0,35
Não	209(81,3)		44(17,1)	
Transtorno de ansiedade				
Sim	45(70, 3)	0,05	9(14,1)	0,65
Não	248(81,0)		50(16,3)	

Tabela 3 - Análise Bruta do efeito das variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais sobre a prevalência de amamentação e do AE aos quatro meses de idade. Porto Alegre, RS.

Variável	n	Não amamenta		Não amamenta exclusivamente	
		RR (IC 95%)	valor p	RR (IC 95%)	valor p
Idade Materna					
>30 anos	94	1		1	
20 a 29 anos	198	1,16 (0,68 – 1,96)	0,59	1,11 (0,98 – 1,26)	0,09
<19 anos	78	1,66 (0,94 - 2,93)	0,08	1,17 (1,02 – 1,34)	0,02
Escolaridade Materna (anos completos)					
>8 anos	139	1		1	
5 a 8 anos	179	1,51 (0,92 – 2,48)	0,09	1,05 (0,95 – 1,16)	0,34
<5 anos	52	2,41 (1,39 – 4,18)	0,00	1,01 (0,87 – 1,17)	0,91
Renda Familiar					
> 3,01 SM	90	1		1	
1,01 a 3 SM	201	1,00 (0,60 – 1,68)	0,99	0,98 (0,88 – 1,09)	0,70
<1 SM	79	1,47 (0,85 – 2,57)	0,17	1,03 (0,92 – 1,17)	0,59
Ocupação materna					
Não trabalha/estuda	139	1		1	
Trabalha e/ou estuda	231	1,31 (0,88 – 1,96)	0,18	1,12 (1,03 – 1,22)	0,01
Situação conjugal com o pai da criança					
Mora com o pai	253	1		1	
Não mora com o pai	117	1,17 (0,77 – 1,77)	0,46	1,12 (1,03 – 1,22)	0,01
IMC Pré-gestacional					
Eutrofia	201	1		1	
Baixo peso	54	0,99 (0,53 – 1,87)	0,98	1,10 (0,99 – 1,24)	0,13
Sobrepeso	41	1,47 (0,82 – 2,63)	0,20	1,06 (0,92 – 1,22)	0,44
Obesidade	59	1,57 (0,96 – 2,58)	0,07	1,09 (0,97 – 1,23)	0,16
Planejamento da gestação					
Sim	146	1		1	
Não	224	0,74 (0,50 – 1,10)	0,14	1,01 (0,92 – 1,11)	0,84
Nº de consultas de pré-natal ajustado					
Adequado	176	1		1	
Inadequado	180	0,80 (0,53 – 1,21)	0,29	0,96 (0,87 – 1,05)	0,34

Tabela 3 - Análise bruta do efeito das variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais sobre a incidência de amamentação e do AE aos quatro meses de idade. Porto Alegre, RS.

Variável	n	Não amamenta		Não amamenta exclusivamente	
		RR (IC 95%)	valor p	RR (IC 95%)	valor p
Gestação prévia					
Sim	244	1		1	
Não	126	0,88 (0,57 - 1,35)	0,55	1,06 (0,97 - 1,16)	0,19
Ganho de peso gestacional					
Adequado + Excess	272	1		1	
Insuficiente	98	1,11 (0,72 - 1,72)	0,64	1,11 (1,02 - 1,21)	0,01
Tipo de parto					
Normal	256	1		1	
Cesárea	104	0,72 (0,44 - 1,18)	0,17	0,99 (0,89 - 1,09)	0,80
Prematuridade					
Sim	38	1,03 (0,54 - 1,98)	0,93	1,04 (0,91 - 1,19)	0,54
Não	318	1		1	
Peso ao nascer					
<2500g	37	1,85 (1,13 - 3,02)	0,01	1,07 (0,94 - 1,20)	0,31
>2500g	331	1		1	
Uso de bico					
Sim	222	9,60 (3,97 - 23,20)	<0,00	1,15 (1,04 - 1,27)	0,00
Não	148	1		1	
Fumo materno					
Sim	115	1,66 (1,12 - 2,47)	0,01	1,08 (0,99 - 1,18)	0,08
Não	255	1		1	
Transtorno depressivo					
Sim	113	1,37 (0,92 - 2,06)	0,12	1,05 (0,96 - 1,15)	0,33
Não	257	1		1	
Transtorno de ansiedade					
Sim	64	1,57 (1,01 - 2,44)	0,05	1,03 (0,92 - 1,15)	0,64
Não	306	1		1	

Tabela 4. - Análise ajustada do efeito das variáveis socioeconômicas, demográficas e nutricionais sobre a incidência de amamentação e do aleitamento exclusivo aos quatro meses de idade. Porto Alegre, RS.

Variável	Não amamenta		Não amamenta exclusivamente	
	RR (IC 95%)	Valor p	RR (IC 95%)	Valor p
Idade materna				
>30 anos	-	-	1	
20 a 29 anos	-	-	1,12 (0,99 – 1,26)	0,08
<19 anos	-	-	1,17 (1,03 – 1, 25)	0,02
Escolaridade Materna (anos completos)				
>5 anos	1		-	-
<5 anos	1,64 (1,11 – 2,40)	0,01	-	-
Ocupação materna				
Trabalha/Estuda	-	-	1,12 (1,03 – 1,21)	0,01
Não trabalha/ estuda	-	-	1	
Baixo peso ao nascer				
Sim	1,58 (1,00 – 2,48)	0,04	-	-
Não	1		-	-
Ganho de Peso Gestacional				
Insuficiente	-	-	1,09 (1,00 – 1,18)	0,04
Adequado/Excessivo	-	-	1	
Uso de bico				
Sim	9,38 (3,90 – 22,59)	<0,00	1,14 (1,03 – 1,25)	0,01
Não	1		1	
Fumo materno				
Sim	1,56 (1,09 – 2, 22)	0,02	-	-
Não	1		-	-

Considerações Finais

O presente estudo descreveu as prevalências do Aleitamento Materno (AM) e do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no quarto mês de vida de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do sul. Observou-se que a menor escolaridade materna, o baixo peso ao nascer, o uso de bico e o fumo materno encontram-se negativamente associados com o AM no quarto mês pós-parto. Com relação ao AME, as variáveis que mostraram associação após ajustes foram o uso de bico, a ocupação materna, a idade materna menor que 19 anos e o ganho de peso gestacional insuficiente.

Conhecer as prevalências de AM e AME, e determinar quais variáveis encontram-se associadas, podem ser de grande valia para o planejamento de ações que possam melhorar as taxas de aleitamento materno, principalmente do AME, que apresenta uma prevalência extremamente baixa, tanto neste quanto em diversos outros estudos. A determinação dos indicadores e das variáveis relacionados ao tempo de aleitamento materno, exclusivo ou total, pode ser um valioso instrumento no planejamento de ações e políticas locais no sentido de melhorar os índices de aleitamento materno. O estudo nos revela que as principais variáveis relacionadas negativamente ao tempo de AM e AME podem ser modificadas através de intervenções

Espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para o desenvolvimento de ações de proteção, promoção e apoio à amamentação nos postos de saúde de Porto Alegre.

Anexos

Anexo I. Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Aleitamento Materno e Fatores Associados em Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil. – Estudo do Consumo e do Comportamento Alimentar na Gestação – ECCAGe

Silvia Giselle Ibarra Ozcariz

Orientadora: Prof. Suzi Comey

Co-orientadora: Prof. Maria Angélica Antunes Nunes

Introdução:

Este Projeto é parte de um estudo mais amplo denominado “Projeto ECCAGe - Medida do Padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes”. O Projeto ECCAGe teve início em 2006 e é dividido em 4 fases distintas. São elas:

- Fase I: Validação do Questionário de Frequência Alimentar para uso em gestantes.
- Fase II: Estudo transversal para avaliar consumo e comportamento alimentar e quantificar transtornos mentais e violência na gestação.
- Fase III: Dados do parto e do bebê obtidos através de entrevista telefônica com a puérpera, prontuário da UBS e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).
- Fase IV: Seguimento no 4º mês do bebê. Entrevista realizada com a mulher, coletando dados sobre ela e seu bebê.

“A partir de questionários validados, estudar o consumo e comportamento alimentares e estimar a ocorrência de violência e de transtornos mentais comuns em gestantes oriundas do Sistema Único de Saúde.”

Para isso, foram aplicados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico.
- Aferição de peso e altura da gestante.
- Questionário de Frequência Alimentar.
- *Questionário para diagnóstico de transtornos alimentares (“Eating Disorders Examination Questionnaire EDE-Q”).*
- *Instrumento de Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The primary care evaluation of mental disorders PRIME. MD)*
- Questionário sobre Violência
- Questionário sobre cuidados com o bebê
- Questionário com questões específicas do bebê

1. **Questão de pesquisa:**

Aleitamento Materno e Fatores Associados em Unidades Básicas de Saúde do Sul do Brasil. – Estudo do Consumo e do Comportamento Alimentar na Gestação – ECCAGe

2. **Justificativa/objetivo:**

A amamentação é uma forma de proporcionar um alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis; com repercussões importantes na saúde das mães (OMS., 2003).

Nos últimos anos, o foco nas pesquisas sobre nutrição infantil ganhou importância devido ao aumento das evidências, tanto em animais quanto em humanos, que mostram que a nutrição precoce tem importantes conseqüências e efeitos biológicos na saúde a curto e a longo prazo. (Fewtrell et al., 2007). Diversas pesquisas comprovam os benefícios do aleitamento materno (Li et al., 2005; American Academy of Pediatrics., 2005; Nicoll & Williams., 2002), entre eles, a promoção do crescimento ideal da criança (WHO Multicentre Growth Reference Study Group., 2006), ser um fator de proteção contra doenças infecciosas (Victora et al., 1987); (World Health Organization (WHO) Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality., 2000), propiciar um melhor desenvolvimento intelectual, assim como a prevenção de diversas doenças crônicas na vida adulta (Horta BL., 2007).

Outra grande vantagem do aleitamento materno, principalmente para as famílias de baixa renda é o fator econômico. No ano de 1996 levantamento realizado pela Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostrou que o gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo (Toma., 1996). Esses gastos aumentam ainda mais devido a compra de mamadeiras, chupetas e, alimentos acrescentados precocemente na dieta da criança que podem inclusive desencadear doenças, que são freqüentes em crianças não amamentadas.

A busca de variáveis socioeconômicas e demográficas e de fatores relacionados aos cuidados de saúde e aos hábitos de mães e crianças que freqüentam as Unidades

Básicas de Porto Alegre podem ser de grande utilidade para identificarmos os fatores relacionados ao desmame precoce e à pouca prevalência de aleitamento materno exclusivo nessa população. Este conhecimento pode fornecer ferramentas úteis para realizar intervenções que promovam o aleitamento materno nessa população de risco, aumentando assim, as taxas e a duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo.

O objetivo do presente estudo é descrever a prevalência do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo no quarto mês de vida e a sua associação com variáveis sócio-demográficas, comportamentais, nutricionais da mãe e peso ao nascer do bebê numa população freqüentadora dos postos de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

3. Planejamento da Pesquisa:

I. Delineamento:

Trata-se de um estudo longitudinal para identificar fatores associados com a prevalência do aleitamento materno no quarto mês pós-parto.

II. Sujeitos:

- Critérios de inclusão: As participantes foram gestantes, com idade gestacional entre 16^a e a 36^a semana.
- Procedimento de Seleção: As gestantes foram arroladas consecutivamente em sala de espera para consulta de pré-natal, em duas cidades, Bento Gonçalves e Porto Alegre, nas Unidades Básicas de Saúde.

III. Amostragem:

A amostra foi consecutiva.

O Eccage finalizou sua coleta de dados com 712 gestantes entrevistadas, mas por questões orçamentárias o acompanhamento até o quarto mês pós-parto foi somente realizado na população pertencente aos postos de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, totalizando 370 mulheres.

- Análise dos dados:

Para identificar as prevalências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo com seus respectivos fatores associados, será utilizado o software SPSS versão 16.0.

IV. Medidas:

Idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda, IMC pré-gestacional, ganho de peso gestacional, introdução de alimentos complementares, fumo materno, uso de bico, peso do RN, planejamento da gestação, número de consultas de pré-natal, depressão e ansiedade materna.

V. Logística:

Foi realizada uma entrevista, com entrevistador treinado para a função, antes ou após a consulta pré-natal. Foram aferidos peso e altura da gestante e aplicados um questionário estruturado para variáveis sócio-demográficas e relacionadas à gestação e um questionário de frequência alimentar.

Na data provável do parto, foi realizado um contato telefônico com as mães. A data provável do parto era calculada a partir da idade gestacional, verificada na Linha de base e através dessa data o contato era efetuado. Nesta fase da pesquisa foram coletados dados como data do parto, local de nascimento do bebê, sexo da criança, tipo de parto, se a criança estava mamando no peito, entre outras questões. Quando o contato telefônico não se tornava possível, essas informações eram obtidas através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Tendo-se a data do parto e o hospital onde o nascimento ocorreu foram revisados os registros oficiais dos dados do pré-natal de cada gestante nas UBS e/ou nos hospitais para os quais algumas gestantes foram referenciadas. Foram computados os dados referentes a todas as consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, que incluíam o peso, a pressão arterial, a altura uterina, a idade gestacional, as ultra-sonografias e as intercorrências durante a gestação.

Finalmente, no quarto mês de vida da criança, era realizado contato telefônico por rastreadora treinada que agendava a entrevista com a mãe e a criança no posto de saúde. Após três tentativas em dias diferentes sem sucesso ou quando as participantes trocavam de telefone sem prévio aviso, a rastreadora se deslocava até o domicílio para tentar agendar uma entrevista. Caso as mães não comparecessem à entrevista marcada, eram realizadas mais duas

tentativas de agendamento. Após três vezes sem a mãe comparecer à entrevista, era realizado um último agendamento, desta vez no domicílio da participante, se a participante se recusasse a participar ou não se encontrasse em casa no dia marcado, ela e o filho eram considerados como recusa. Muitas entrevistadas realizaram a entrevista somente no terceiro agendamento e às vezes somente quando a entrevista era marcada no domicílio, isto fez com que algumas crianças fossem entrevistadas já durante o quinto e até início do sexto mês de vida. No follow-up, as informações foram coletadas por entrevistadoras previamente treinadas. Além das questões perguntadas também na linha de base, dados como: tempo de amamentação, cuidados do bebê, introdução de alimentos que não o leite materno, número de hospitalizações do bebê, esquema vacinal, entre outros, foram solicitados na entrevista do quarto mês.

4. Questões éticas:

Na sala de espera do posto de saúde a gestante foi convidada a participar de pesquisa quando lhe foi assinalado que sua participação é livre e, garantido que as informações fornecidas seriam estritamente sigilosas. Em local reservado, após a leitura, compreensão e assinatura do consentimento informado em 2 (duas) vias foi iniciada a entrevista. Caso a gestante não soubesse ler, o entrevistador faria a leitura para que a mesma avaliasse se realmente queria participar. Os pais/responsável deveriam assinar o termo de consentimento informado quando a gestante tivesse idade inferior a 14 anos.

Dados do prontuário das gestantes como peso, altura e nome poderão ser consultados pelos entrevistadores e coordenadores da pesquisa.

A análise dos dados será feita sem os nomes e outros identificadores pessoais, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com as informações individuais. Da mesma forma, nenhuma informação individual será repassada a nenhum profissional da unidade básica de saúde ou da Universidade Federal de Rio Grande do Sul.

A participação foi voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade. Garantiu-se a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e abandono do estudo, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

O estudo, por ser apenas de entrevistas e revisão de prontuários, não gera risco às gestantes. A única inconveniência será o maior tempo de permanência das mesmas na unidade básica de saúde. Os benefícios deste trabalho poderão ser revertidos a todas as gestantes de modo indireto.

O projeto foi submetido aos responsáveis pelo Centro de Saúde Escola Murialdo e Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre e Bento Gonçalves), além do comitê de ética da UFRGS, tendo sido aceito em todos os locais.

5. Cronograma:

Atividade/ Mês	2007		2008			
	3º Trim	4º Trim	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim
Revisão da Literatura	X	X	X			
Análise dos dados			X	X		
Apresentações/ Publicações					X	X

6. Recursos necessários:

Recurso	Descrição	Valor Aproximado
Material de Escritório	Folhas para impressão de artigos	R\$ 100,00
Equipamentos	Cartuchos de impressão	R\$200,00
Referências	Aquisição de artigos	R\$300,00
		<i>TOTAL = R\$600,00</i>

Referências:

Organização Mundial da Saúde. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

Fewtrell et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *Am J Clin Nutr* 2007; 85(suppl):635S–8S.

Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005; 115:e31-7.

American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115:496-506.

Nicoll A, Williams A. Breastfeeding. *Arch Dis Child* 2002; 87:91-2.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl* 2006; 450:76-85.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22. 2.

World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva, World Health Organization, 2001.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.

Toma TS. Violando a Norma 1996: Relatório Nacional das Violações à Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes. São Paulo: IBFAN/UNICEF; 1996.

Anexo II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2400 2º andar Fone: (51) 3316-5620
CEP: 91003-003 - POA - RS ppgepid@ufrgs.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO “Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes”.

A gestação é um período importante para as mulheres. Estamos interessados em estudar o consumo alimentar das gestantes e verificar se problemas de ordem emocional e, tipos de violência sofridos interferem na evolução da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê.

1. A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, RS.

2. Participar do estudo é responder perguntas que, por vezes serão íntimas, sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, e tipos de violência sofridos. O tempo médio da entrevista é de 50 minutos. Faremos sua medida de peso e altura.

3. Os pesquisadores, no final da sua gestação, revisarão dados do seu prontuário como data do parto, peso e altura no final da gestação, peso e comprimento do bebê, intercorrências perinatais, para conhecimento do término da sua gestação.

4. Suas informações serão sigilosas. Os dados serão examinados sem os nomes, cada pessoa identificada por um número. Os resultados serão considerados no conjunto e não individuais. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras. Caso seja detectado em você algum problema a coordenadora do estudo fará contato para lhe esclarecer sobre o mesmo e informar-lhe locais de ajuda.

5. Será feito um cadastro com o seu nome, endereço e telefone, para um possível contato após o parto. A participação nesta primeira etapa não obriga a participação no segundo contato.

6. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

7. É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A equipe do estudo está à disposição para dúvidas e esclarecimentos - Prof. Maria Angélica Nunes (51) (32316306).

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claras para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura da participante

Data _____/_____/_____

Assinatura do responsável
para gestantes com idade inferior a 14anos

Data _____/_____/_____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta gestante para a participação neste estudo

Assinatura do responsável pela entrevista

Data _____/_____/_____

Anexo III. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2007695

Título : Saúde Mental e violência durante a gravidez: fatores associados e repercussões até um ano após o parto.

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
MARIA ANGÉLICA ANTUNES NUNES	PESQ RESPONSÁVEL	maanunes@gmail.com	
BRUCE BARTHOLOW DUNCAN	PESQUISADOR	bbduncan@orion.ufrgs.br	33085620
CAROLINE BUSS	PESQUISADOR	pracarol@terra.com.br	
JULIANA FELICIATI HOFFMANN	PESQUISADOR	juliana.f.hoffmann@gmail.com	
MARIA INES SCHMIDT	PESQUISADOR	bbduncan@vortex.ufrgs.br	33085591
MICHELE DREHMER	PESQUISADOR	mlgdrehmer@ig.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 9 ,
ata nº 89 , de 28/6/2007 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo
com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 4 de julho de 2007


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP UFRGS

Anexo IV. Manual de Instruções da linha de base



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes

ESTUDO ECCAGe

Junho de 2006

1. Projeto de Pesquisa

O estudo do consumo e comportamento alimentar de gestantes (ECCAGE) será realizado pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGEPIDEMIO) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

As entrevistas serão aplicadas em 5 Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Referência Materno Infantil da cidade de Bento Gonçalves e em 8 Unidades Básicas do Centro de Saúde - Escola Murialdo de Porto Alegre.

2. Equipe do projeto

O projeto tem como coordenadora a Dra. Maria Angélica Antunes Nunes, Médica Psiquiatra e pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, os mestrandos Rafael Marques Soares, Andressa Giacometti e Patricia Manzolli e os pesquisadores Prof^a. Dra. Maria Inês Schmidt e Prof Dr. Bruce Bartholow Duncan. Além destes, atuam no projeto Vanussa Mattiello como supervisora de campo na cidade de Bento Gonçalves, Carlo Manenti como supervisor em Porto Alegre e uma equipe de entrevistadores em cada cidade.

O endereço do Programa (PPGEPIDEMIO)

Porto Alegre: Rua Ramiro Barcelos, 2600, 4º Andar – Santana

O endereço de contato em Bento Gonçalves

Bento Gonçalves: Rua Olavo Bilac, 633 – Cidade Alta

3. Orientações Gerais

3.1. Rotina de Trabalho

As entrevistadoras terão uma reunião a cada três (3) dias com o supervisor do trabalho de campo, com duração de aproximadamente 1h:30 min. As entrevistadoras de Porto Alegre deverão entregar diariamente os questionários preenchidos, no 4º andar do prédio do Círculo Básico na UFRGS, na sala.....do PPGEPI diretamente ao supervisor e revisar junto com ele possíveis problemas. As entrevistadoras de Bento Gonçalves entregarão os questionários preenchidos a supervisora nas Unidades Básicas de Saúde.

As atividades se concentrarão na realização das entrevistas, nas unidades básicas de saúde, em Porto Alegre no turno da tarde das 13h30min às 17h: 30min. Nas unidades de Bento Gonçalves os horários de funcionamento das unidades são das 7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min.

Para cada entrevistadora serão definidas unidade e turnos para realização das entrevistas. A entrevistadora deverá permanecer na unidade durante todo o expediente de atendimento, para evitar que alguma gestante deixe de ser entrevistada.

3.2. Entrevista

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são **IMPORTANTÍSSIMAS**, norteiam a conduta da entrevistadora durante todo o trabalho. Informações específicas são apresentadas adiante no manual.

- **Nunca esqueça:** A realização do nosso trabalho fornecerá resultados que propiciarão melhoria na qualidade da assistência da própria e de outras gestantes. **Refleta sobre a importância disso.** Seja interessada. A oportunidade de trabalhar como entrevistadora é única e muito rica. Seja sempre gentil e educada, pois as gestantes não têm obrigação de participar da pesquisa. A primeira impressão despertada na pessoa é **MUITO IMPORTANTE** para a realização do trabalho.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **NEM PENSE EM FUMAR** quando estiver fazendo contato ou entrevistando uma gestante.
- Esteja sempre vestida com o **jaleco**, e porte sempre o seu **crachá de identificação**. Se necessário mostre sua **carta de apresentação**, ou ainda forneça o número do telefone do **PPGE** para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.
- Trate as entrevistadas adultas por **Sra.** sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame a entrevistada **sempre** pelo nome (p.ex., **Dona Joana**). Jamais chame por mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, com algum intervalo de tempo, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da entrevistada. Por exemplo: "Dona Joana, agora vamos falar sobre..." e não simplesmente "Agora vamos falar sobre..."
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não julgar, transmitir ensinamentos ou

Influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **NEUTRA** em relação às respostas. Deixe a surpresa e a própria inquietude frente às respostas para discutir com o supervisor.

- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.
- É essencial que você conheça **profundamente** o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem o direito de hesitar.
- Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário. **NÃO INVENTE**. Caso a entrevistada não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ela seja entendida.
- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Siga com rigor as instruções que constam no **MANUAL**: quando ler as alternativas, quando não ler as alternativas. Tenha **MUITA ATENÇÃO** com os **PULOS e SAÍDAS** em algumas questões.
- Se a gestante for menor de 14 anos de idade ela deverá concordar em responder as questões mas é **OBRIGATÓRIO** que um responsável assine também. Se ela não souber escrever seu nome deverá ser utilizada a impressão digital do dedo polegar utilizando almofada de tinta. Se a gestante menor de 14 anos estiver sozinha ela terá que vir acompanhada pelo familiar responsável em outro dia. Ela não poderá responder aos questionários sem que o responsável concorde.
- Se a gestante estiver acompanhada você gentilmente deve assinalar que a entrevista é individual. Em caso de insistência do familiar para participar, seja gentil e procure mostrar que se trata de um questionário de questões privadas.
- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As **SUAS DÚVIDAS** são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!
- **Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

3.3. Preenchimento dos questionários e formulários

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários e formulários de controle devem ser preenchidos a caneta, sempre de cor azul ou preta e com muita atenção.
- As questões serão formuladas no feminino pois a amostra é de mulheres.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas e **ABSOLUTAMENTE** dentro do quadrado para cada item. Isso é **MUITO** importante para a utilização do aparelho que irá scanear os dados.
- Note que poderemos ter vários □□□ e as respostas podem ser uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo 1 2 3 ; o mais provável é que seja dezena 0 1 2 ou mesmo unidade 0 0 5. Então preencha dentro de cada quadrado respeitando a ordem de frequência da esquerda para a direita- exemplo 0 1 2; exemplo 0 0 4.
- Use letra de forma. As letras deverão ser todas maiúsculas e obedecendo ao padrão Arial do Word:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0. Em especial, o 1 não tem pé. Quanto mais a gente capricha no 1, mais parecido ele fica com o 2... Não se corta o 7. Faça um 5 bem diferente do 9!
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você poderá ter que localizar a entrevistada.
- Há duas codificações especiais muito importantes: **NÃO SE APLICA E IGNORADO**.
 - **NÃO SE APLICA (NSA)** = 88, 888 ou 8888. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Exemplo, se a pessoa não fuma, **não se aplica** perguntar quantos cigarros fuma/dia. Preencher com 88,888 ou 8888.
 - Todos os campos relativos a um bloco em que houve **PULO** devem ser sempre codificados com **8's**.

- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.
 - **IGNORADO (IGN)** = 99, 999 ou 9999. Este código deve ser usado quando a informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso, no verso do questionário, e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorada somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- Todas as frases que estiverem **SUBLINHADAS** servem para orientá-las e **NÃO** devem ser lidas para a entrevistada
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: **dia - mês - ano** e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessária peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** segura de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.
- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo no verso da página. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pela entrevistada, ou pelo fato dela ter se mostrado particularmente insegura ou hesitante ao responder.
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com a entrevistada, e se necessário, anote a resposta por extenso no verso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.

4. Trabalho de Campo

As gestantes serão entrevistadas nas unidades básicas de saúde, **após** (ou antes) de suas consultas de pré-natal. Em cada unidade será previamente combinado um local para a realização da entrevista. Quando a paciente for liberada do atendimento de pré-natal, a entrevistadora deverá convidar a gestante a participar da pesquisa.

- **CRITÉRIO DE INCLUSÃO – SOMENTE** participará do estudo a gestante que estiver entre a 16ª semana gestacional (última semana do 4º mês) e a 32ª semana gestacional (última semana do 8º mês).
- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que a entrevistada não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar.
- Na situação que a gestante tiver ido embora antes que a entrevistadora possa convidá-la para participar da pesquisa anotar sempre na planilha de campo no item **"EM FALTA"** significando que aquela gestante deverá ser convidada para participar na sua próxima visita ao posto. Anote alguns dados que possam identificar a gestante e dessa forma possa ser incluída em uma outra vinda ao posto de saúde.
- As **RECUSAS** são consideradas **sério problema** do ponto de vista da qualidade do trabalho de pesquisa. É quando a gestante não concordar em participar. Não devemos concordar rapidamente. Gentilmente conversar sobre o motivo da recusa, se necessário oferecer outro dia, outro horário que lhe fique mais conveniente. Como não fazemos substituições, uma recusa significa menos informação.
- Em caso de recusa, anotar na planilha os dados referentes a paciente para que possamos posteriormente pesquisar no prontuário e passe a informação para seu supervisor.

4.1. Abordagem e consentimento Informado

A primeira abordagem ocorrerá na sala de espera. Aproxime-se da gestante dizendo *"Boa tarde, qual seu nome? Eu me chamo XXXXX e faço parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobre a saúde da gestante. Posso dar uma olhada no seu cartão de gestante? A entrevistadora deverá buscar o selo de identificação, se a gestante já participou da pesquisa e confirmar a idade gestacional. Se for a primeira consulta da gestante aguarde o término da consulta pré - gestacional para confirmar a idade gestacional para apenas*

neste momento decidir se ela será ou não entrevistada. Caso ela não esteja no final do 4º mês diga - *Ok no momento estamos entrevistando apenas gestantes a partir do 4º mes sendo assim vamos aguardar a sra estar no tempo gestacional para conversarmos. obrigada*”.

Outra possibilidade : *Ok, você disse que está com 5 meses de gestação então a sua colaboração é muito importante, pois, através disso conheceremos mais a saúde das gestantes, ajudando, assim, a melhorá-la”. Após sua consulta de pré natal eu estarei aguardando-a para entrevistá-la caso a sr^a. aceite em participar.*

Não esquecer que se ela tiver com menos de 4 meses de gravidez será entrevistada em um momento posterior. Caso esteja com mais de 8 meses de gravidez está fora dos nossos critérios de inclusão.

- Havendo a disposição da gestante em participar, a etapa seguinte é muito importante. A entrevistadora deverá permanecer atenta a saída da gestante da consulta pré-natal.
- Em alguns postos talvez o médico oriente a gestante para o local da entrevista da pesquisa. Já no local reservado para a entrevista antes de tudo você deve obter consentimento informado, que será em duas vias, uma que ficará com a entrevistada e a outra que ficará com o material da entrevistada. É necessário que a entrevistadora leia os itens da primeira página do consentimento e quando terminar a leitura oferecer a gestante que ela mesma faça a leitura da segunda página do consentimento e então assine, se concordar.

Primeira página (ler)

A gestação é um período importante para as mulheres. Estamos interessados em estudar o consumo alimentar das gestantes e verificar se problemas de ordem emocional e, tipos de violência sofridos interferem na evolução da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê.

1. A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, RS.
2. Participar do estudo é responder perguntas que, por vezes serão íntimas, sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, e tipos de violência sofridos. O tempo médio da entrevista é de 50 minutos. Faremos sua medida de peso e altura.
3. Os pesquisadores, no final da sua gestação, revisarão dados do seu prontuário como data do parto, peso e altura no final da gestação, peso e comprimento do bebê, intercorrências pré-natais, para conhecimento do término da sua gestação.

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia / mês/ ano. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Colocar o ano com 4 dígitos.

Cidade Porto Alegre
 Bento Gonçalves

Assinalar com um X exatamente dentro do quadrado a cidade onde esta ocorrendo a entrevista.

UBS

Preencher com o código da unidade de saúde na qual está trabalhando

Porto Alegre serão as UBS de **02 a 08**

Bento Gonçalves serão as UBS de **09 a 19**

Nome do paciente

Número da identidade

Solicitar a carteira de identidade da gestante e anotar o nome completo e o número do RG. Preencher com letra de forma e legível. Caso a gestante não esteja com o documento **você deve procurar, no final da entrevista, o número no prontuário da paciente.**

SEMPRE leia o texto que estiver **dentro das caixas**. Esses textos têm a finalidade de auxiliar a entrevistadora a introduzir um novo tópico com a gestante.

Gostaríamos de preencher um cadastro com seu endereço, caso seja necessário entrar em contato com você novamente.

Questões 1, 2 e 3: Referem-se os dados de localização da gestante, e contatos como sua mãe e alguém próximo para que seja possível localizar essa gestante em estudos futuros. É importante que você registre de forma clara e detalhada. Não esquecendo o número da casa e possíveis telefones para contato. Caso a entrevistada não souber informar, por exemplo o CEP, deixe em branco.

Questão 4: Preencher o dia e o mês sempre com dois dígitos - se menor que 10, colocar um zero na frente. Nos quatro últimos espaços anotar o ano sempre com quatro dígitos.

Questão 5: Nessa questão existe a frase LER AS ALTERNATIVAS. Ela está SUBLINHADA então você não deve ler essa frase em voz alta. Você deve ler todas as alternativas para a gestante, e assinalar apenas com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 6: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, PULAR PARA A Q.12. Novamente ela está SUBLINHADA então você lê silenciosamente essa frase. Preencha todas as questões puladas com a alternativa **NSA= 888**

Se a resposta for **SIM** siga fazendo as perguntas em seqüência.

Questão 7: Marque **SIM** ou **NÃO**. com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 8: Anotar a idade em anos completos. Se a gestante não souber a idade colocar 999, em caso de não ter companheiro colocar **888 =NSA**.

Questão 9: Leia todas as alternativas para a gestante, frisando que elas se referem ao seu companheiro e assinale com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 10: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, PULAR PARA A Q. 12.

No caso da entrevistada responder às vezes considere **SIM**.

SE SIM, ler as alternativas.

Questão 11: Faça a pergunta e aguarde um tempo para ela responder, caso ela não saiba informar, leia as alternativas e peça para que ela informe em qual situação o companheiro se enquadra. Caso a gestante não entenda a palavra ALTERADO explique dizendo embriagado, bêbado, (tchucu). Assinale com um X exatamente dentro do quadrado

Questão 12: Registrar os anos completos de estudo.

Exemplo:

Esta cursando a 7ª série. Anos completos 006.

Entrevistada parou no 2º ano do 2º grau, no meio do ano. Anos completos 009.

Caso a gestante diga que nunca estudou complete com 000. E se ela não souber informar com 999.

Questão 13: Você deve ler todas as alternativas para a gestante, e assinalar apenas uma. Caso ela apenas estude, ou não trabalhe, PULAR PARA A Q. 15.

Questão 14: Caso a gestante trabalhe, registre o tipo de trabalho que ela faz. Exemplo: SECRETÁRIA, PROFESSORA, FAXINEIRA, etc... Sempre usando letras de forma, conforme o treinamento.

Questão 15: Registre o número de pessoas que moram na mesma casa que a gestante, incluindo a gestante no total.

São consideradas pessoas da mesma casa, todos os que usam a mesma cozinha. Assim, por exemplo, se a gestante referir que mora em uma "peça" ao lado da casa dos pais esta só será considerado um domicílio se tiver uma cozinha. Caso a gestante use a cozinha na casa da mãe, deve-se considerar o número de pessoas incluindo as das duas "peças".

Questão 16: Peça que ela informe se moram crianças menores de cinco na mesma casa que ela, podem ser outros filhos, irmãos, sobrinhos ou outras crianças. Registre o número total.

Questão 17: Registre o número total de pessoas que trabalham, não importando a tarefa que fazem.

Questão 18: Registre a renda de cada pessoa que trabalha, com os valores em reais. Pergunte quem teve a maior renda. Se a gestante não souber informar renda preencher com o código de IGN (9999)

Questão 19: Refere-se ao uso de cigarros, somente pular para a questão 20 se a gestante nunca fumou. Caso contrário você deve registrar em qual das alternativas 1, 2 ou 3 a entrevistada encontra-se. E para qualquer uma delas preencha o número de cigarros fumados por dia. Lembre-se que há 20 unidades num maço ou carteira de cigarros. Há uma forte tendência para as pessoas responderem em termos de maços – tente obter o número mais preciso possível. Caso ela não lembre registre 999. Caso a gestante afirme que fuma somente nos finais de semana, divida a quantidade de cigarros fumados por sete.

Questão 20: Refere-se ao uso de drogas pela gestante, somente **PULAR PARA A Q. 21** se ela nunca usou. Se **SIM**, ler as alternativas dos tipos de drogas e se usou alguma das drogas você deve perguntar quantas vezes usou nos últimos 3 meses.

Nova caixa ler para introduzir novo assunto

Questão 21: Leia as alternativas para a entrevistada. Assinale com um X exatamente dentro do quadrado. No caso da resposta outro, coloque onde escrevendo por extenso ao lado.

Questão 22: Se a resposta for acompanhada, registre quem escrevendo com letra de forma exatamente uma letra dentro de cada quadrado

Questão 23: Peça para a gestante informar o total de refeições que ela faz durante o dia, incluindo os lanches e registre o número total exatamente

Questão 24: Caso a gestante não entenda a pergunta, reformule-a dizendo "Você costuma comer fora de hora?"

Questão 25: Caso a gestante não entenda, explique "alguém já lhe falou quais alimentos você deveria comer e quais que não deveria?"

Se responder **NÃO**, **PULAR PARA QUESTÃO 27**, se responder **SIM**, pergunte quando isso ocorreu, e marcar apenas uma alternativa.

Questão 26: ler as alternativas, e caso a resposta seja outros, escrever o motivo por extenso ao lado do quadrado assinalado.

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃO DENTRO DAS CAIXAS.

Agora, gostaria de saber algumas informações sobre sua gravidez

Questão 27 : Registrar o número de meses inteiro. Se ela informar 3 meses e meio, registre 3 meses

Questão 28: Marque **SIM** ou **NÃO**.

Questão 29: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO PULAR PARA QUESTÃO 32**

Questão 30: Nesta pergunta leve em consideração a gestação atual, e gestações anteriores incluindo abortos.

Questão 31: Esta pergunta se refere ao número de filhos vivos.

Questão 32: Marque **SIM** ou **NÃO**. E **IGN** caso a gestante não saiba

Questão 33: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu.

- Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.
- Registrar o peso no questionário.

Procedimentos para medir altura.

A estatura da gestante deve ser obtida através do antropômetro vertical da balança.

- Posicionar a gestante com a cabeça livre de adereços no centro da balança, em pé, ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede.
- Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés fazendo um ângulo reto com as pernas.
- Movimentar o antropômetro, fixando-o contra a cabeça com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- Retirar a gestante do equipamento.
- Realizar a leitura da estatura.
- Registrar no questionário

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃO DENTRO DAS CAIXAS.

AGORA GOSTARIA DE VER SEU CARTÃO DE GESTANTE PARA COPIAR ALGUNS DADOS

Nas questões de 44 a 49, você deve copiar os dados que estão na cartelinha da gestante. Caso a gestante não esteja com sua cartelinha de pré-natal, pergunte se ela sabe informar data da última menstruação.

Na questão 44, 45, 47 e 49 caso a gestante não tenha feito a ecografia ou não saiba informar a data, registre os códigos para IGN (01/01/1980).

Na questão 48 caso a gestante não tenha realizado a ecografia, ela não terá na cartelinha a idade gestacional pela ecografia, registre os códigos para IGN (99).

COLE UM DOS ADESIVOS COLORIDOS NO CANTO SUPERIOR DIREITO DA CAPA

Anexo V. Questionário da linha de base

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA	Nº do Quest □□□□
Pesquisa: <u>ECCAGe</u> <u>MEDIDA DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR, PREVALÊNCIA DE</u> <u>TRANSTORNOS MENTAIS E VIOLÊNCIA EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES</u>		
Questionário de Pesquisa		
Entrevistador □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	Cod □□	Data □□ / □□ / □□□□
Cidade <input type="checkbox"/> Porto Alegre <input type="checkbox"/> Bento Gonçalves	UBS □□	
Nome do Paciente □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
Número da Identidade □□□□□□□□□□		
Gostaríamos de preencher um cadastro com seu endereço, caso seja necessário entrar em contato com você novamente.		
1) Onde você mora?		
Rua/Av: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
Nº: □□□□	Complemento □□□□□□	Bairro □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Cidade □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	CEP: □□□□□□	□□□□
Telefone □□ □□□□□□□□□□	Celular □□ □□□□□□□□□□	
2) Qual o Nome da sua mãe?		
Nome □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
Qual o endereço dela?		
Rua/Av: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
Nº: □□□□	Complemento □□□□□□	Bairro □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Cidade □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	CEP: □□□□□□	□□□□
Telefone □□ □□□□□□□□□□	Celular □□ □□□□□□□□□□	
1 / 24		
3978496826		

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO42) Peso atual: , Kg43) altura: cm**AGORA GOSTARIA DE VER SEU CARTÃO DE GESTANTE PARA COPIAR
ALGUNS DADOS**44) Data da primeira consulta de pré-natal. / / (01/01/1980 IGN)45) Data da última menstruação. / / (01/01/1980 IGN)46) Idade gestacional pela última menstruação 47) Data da Ecografia. / / (01/01/1980 IGN)48) Idade gestacional pela Ecografia (99 IGN)49) Data provável de parto. / / (01/01/1980 IGN)

Anexo VI. Manual de instruções da Ficha de registros oficiais dos dados do pré-natal.



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



MANUAL DE INSTRUÇÕES: Fase II - Follow up - Pré-natal

Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes.

ESTUDO ECCAGe

Outubro de 2006

Esta fase consiste da revisão dos prontuários e/ou carteira da gestante de todas as mulheres arroladas na Fase I do estudo.

Orientações Gerais para Coleta dos Dados do Pré-natal:

Rotina de Trabalho

- 1) Verificar na sua pasta (na sala da supervisão) se há fichas de pré-natal para coletar.
- 2) As fichas serão colocadas na pasta de cada entrevistadora dependendo de onde for a UBS para buscar esses dados.
- 3) Parte do cabeçalho da ficha do pré-natal já estará preenchido com: nome da gestante; DN; endereço; telefone; nome da mãe; data do parto; UBS.

No posto:

- 1) A entrevistadora irá buscar os prontuários nas UBS quando estiver esperando pela gestante ("tempo livre").
- 2) Funcionamento dos prontuários nas UBS:
 - Os prontuários estão separados por endereço (exceto na UBS 8 - POA)
 - Através do endereço irá encontrar o "envelope" onde estão todos os prontuários dos integrantes daquela família. Daí procura-se pelo nome da gestante.

Se não encontrar o prontuário da gestante, é possível que o mesmo ainda esteja separado junto com os demais prontuários de pré-natal (eles ficam em gavetas de arquivos separadas).
- 3) Se ainda não encontrar o prontuário, anote o endereço e o nome completo da gestante e peça auxílio para algum funcionário do posto que está acostumado a procurar prontuários fora de ordem, etc.

Cabeçalho da ficha:

- 1) N^o do questionário, nome da gestante, data de nascimento, endereço, telefone, nome da mãe e UBS já estarão preenchidos.
- 2) Revisão do Pré-natal (Variáveis a buscar):
 - Importante:** Procurar no prontuário as consultas do último pré-natal da gestante. (o qual confere com a gestante entrevistada na Fase I)
 - a) Data da última menstruação (DUM).

b) Idade gestacional pela ECO: verificada até a 20ª semana da gestação e data da ECO anotada.

c) Comorbidades: verificar se a gestante possui algum tipo de doença (conferir siglas no quadro em anexo deste manual).

d) Os dados a seguir correspondem ao acompanhamento da gestante durante seu pré-natal no posto. Anote as datas das consultas em ordem cronológica (dia e mês com dois dígitos cada e ano com 4). Anotar para cada consulta: peso da gestante (Kg), pressão arterial (PA), altura uterina (aparecimento a partir do segundo trimestre, normalmente), idade gestacional na data da consulta (priorizar a que for determinada pela ECO, e se constar os dias também, arredondar: até 3 dias deixar mesma semana, se for de 4 a 6 acrescentar 1 semana, exemplo no quadro em anexo) e intercorrências.

e) Se gestante tiver abortado, marque na grade de intercorrências e complete com a data do aborto (pode ser anotada ao lado ou atrás da folha).

6) A ficha consta de 12 consultas de pré-natal. Se faltar espaço, continue anotando atrás da folha o restante das consultas, porém faça uma indicação.

7) UBS 8-POA: A organização dos prontuários é um pouco diferente. Primeiramente, através do endereço, se descobre em um mapa qual é o bloco em que a gestante mora. Sabendo o bloco, procura-se o prontuário em uma estante dividida por blocos pelo nome da gestante ou pelo nome de sua mãe.

Não esqueça de conferir se foi o último acompanhamento de pré-natal realizado pela paciente! Conferir com a data do parto.

Variáveis:	Como se encontram nos prontuários:
Data da última menstruação	DUM
Idade gestacional pela ECO até 20ª semana	IG ECO
Data da ECO	dd/mm/aaaa
Comorbidades:	
- Hipertensão arterial	- HAS
- Diabetes	- DM
- Tabagismo	
- Uso de drogas	

- Doença cardiovascular	- DCV, Doença arterial coronariana (DAC), infarto agudo do miocárdio (IAM), cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), cardiopatia isquêmica (CI), insuficiência cardíaca congestiva (ICC).
- Doença renal	- IRC (insuficiência renal crônica), IRA (insuficiência renal aguda).
Data da consulta de pré-natal	dd/mm/aaaa
Peso da gestante na consulta	Kg
Pressão Arterial	PA/TA (mm/Hg)
Altura Uterina	AU (cm)
Idade gestacional na consulta	IG (semanas). Se houver informação dos dias, fazer arredondamento da semana gestacional. Por exemplo: até 3 dias deixar o mesmo valor registrado no prontuário (35 s 3 dias = 35 semanas), de 4 a 6 dias, adicionar 1 semana ao valor que está descrito (34 s 5 dias = 35 semanas).
Intercorrências:	
- Pré-eclâmpsia	- PE
- Diabetes Gestacional	- DMG
- Anemia	
- Edema	- Pode vir acompanhado de cruzinhas: +; ++; +++.
- Infecção	Exemplos:
	- ITU ou IU (infecção do trato urinário)
	- Vulvovaginite
	- Rubéola
	- HIV positivo
	- VDRL positivo – sífilis
	- HCV positivo – hepatite C
	- Toxoplasmose
	- HbsAg positivo – hepatite B
- Aborto	Marcar a data da ocorrência: dd/mm/aaaa (atrás da folha).

Observações Finais:

- 1) Sabe-se das limitações enfrentadas pelos postos em relação à organização dos prontuários. No entanto, esforce-se ao máximo para encontrá-lo, pois às vezes, o mesmo encontra-se fora de ordem. Se realmente não encontrá-lo, peça auxílio. O posto de saúde estará ciente do trabalho de vocês.
- 2) Essa ficha representa a Fase II do estudo, ou seja, é de extrema importância para a continuação desse trabalho. Então, informe sempre ao seu supervisor os problemas encontrados tanto no preenchimento da ficha quanto para encontrar o prontuário.
- 3) Sempre confirme se a gestante do prontuário é a mesma que foi entrevistada na Fase I da pesquisa: confirme nome da mãe, data de nascimento, endereço.
- 4) O preenchimento do prontuário, por vezes, é ilegível. Peça auxílio se realmente não conseguir entender os dados essenciais que precisa buscar para preencher a ficha.
- 5) **Ande sempre com este manual para auxiliar no preenchimento em relação às siglas, às comorbidades apresentadas e às infecções.**

Anexo VII. Ficha de registros oficiais dos dados do pré-natal

1822418992


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 FACULDADE DE MEDICINA
 INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
 Pesquisa ECCaGe - MEDIDA DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR, PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E
 VIOLÊNCIA EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES
Ficha do Pré-Natal

Nº do Quest:

Nome da Gestante: Data de Nascimento: / /

Endereço: Nº: Complemento:

Telefone: Nome da Mãe:

Data da Última Menstruação: / / IG ECO 20: Data da ECO 20: / / Data do Parto: / / UBS:

Comorbidades:
 HAS DM Tabagismo Outras
 DCV ou renal Uso de drogas NSA IGN

Data das consultas de pré-natais:	Peso da Gestante: (Kg)	PA: (mmHg):	Altura Uterina: (cm)	Idade Gestacional: (semanas)	Interferências: <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>

2437418999

Nº do Quest:

Data das consultas de pré-natais:	Peso da Gestante: (Kg)	PA: (mmHg):	Altura Uterina: (cm)	Idade Gestacional: (semanas)	Interferências: <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/>

Anexo IX. Manual de Instruções Follow up quarto mês pós-parto.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Estudo do consumo e comportamento alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência

em gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde

ECCAGe

FASE 3 – Acompanhamento do seguimento 4 meses pós-parto

Novembro de 2006

1. Projeto de Pesquisa

O estudo do consumo e comportamento alimentar de gestantes (ECCAGE) atendidas no Sistema Único de Saúde está sendo realizado pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGEPIDEMIO) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

As entrevistas estão sendo aplicadas nas Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Referência Materno Infantil da cidade de Bento Gonçalves; no Centro de Saúde - Escola Murialdo, e Postos de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre.

Esta fase do projeto (Fase 3) contemplará o acompanhamento das gestantes, agora mães, entrevistadas na Fase 2 (estudo transversal).

2. Equipe do projeto

O projeto tem como coordenadora a Dra. Maria Angélica Antunes Nunes, Médica Psiquiatra e pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. São pesquisadores do projeto os professores Dra. Maria Inês Schmidt e Dr. Bruce Bartholow Duncan, e os mestrandos Rafael Marques Soares, Andressa Giacomello, Patricia Manzolli, Michele Drehmer e Caroline Buss.

Além destes, atuam no projeto Vanusa Mattiello como supervisora de campo na cidade de Bento Gonçalves e Carlo Manenti como supervisor em Porto Alegre e uma equipe de entrevistadores em cada cidade.

O endereço do Escritório do ECCAGE (PPG EPIDEMIO):

Porto Alegre: Rua Ramiro Barcelos, 2600, 4º Andar - Sala 414B – Santana

O endereço de contato em Bento Gonçalves:

Bento Gonçalves: Rua Olavo Bilac, 633 – Cidade Alta

3. Orientações Gerais

3.1. Rotina de Trabalho

As entrevistadoras terão uma reunião a cada três (3) dias com o supervisor do trabalho de campo, com duração de aproximadamente 1 a 2 horas. As entrevistadoras de Porto Alegre deverão entregar diariamente os questionários preenchidos, no 4º andar do prédio do Ciclo Básico na UFRGS (Instituto de Psicologia), na sala 414B do PPGEPI diretamente ao supervisor e revisar junto com ele possíveis problemas. As entrevistadoras de Bento Gonçalves entregarão os questionários preenchidos à supervisora nas Unidades Básicas de Saúde.

As atividades se concentrarão na realização das entrevistas, nas unidades básicas de saúde, em Porto Alegre no turno da tarde das 13h30min às 17h30min. Nas unidades de Bento Gonçalves os horários de funcionamento das unidades são das 7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min.

Para cada entrevistadora serão definidos unidade e turno para realização das entrevistas. A entrevistadora deverá permanecer na unidade durante todo o expediente de atendimento, para evitar que alguma mulher deixe de ser entrevistada.

3.2. Entrevista

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são **IMPORTANTÍSSIMAS**, norteiam a conduta da entrevistadora durante todo o trabalho. Informações específicas são apresentadas adiante no manual.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **NEM PENSE EM FUMAR** quando estiver fazendo contato ou entrevistando. Esteja sempre vestida com o **jaleco**, e porte sempre o seu **crachá de identificação**. Se necessário mostre sua **carta de apresentação**, ou ainda forneça o **número do telefone do PPGEPI** para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.
- **Nunca esqueça:** A realização do nosso trabalho fornecerá resultados que propiciará melhora na qualidade da assistência da própria mulher e das demais mulheres. **Reflita sobre a**

importância disso. Seja interessada. A oportunidade de trabalhar como entrevistadora é única e muito rica. Seja sempre gentil e educada, pois as mulheres não têm obrigação de participar da pesquisa. A primeira impressão despertada na pessoa é **MUITO IMPORTANTE** para a realização do trabalho.

- No segundo contato **inicie** dizendo que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e que quer apenas fazer algumas perguntas.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate as entrevistadas adultas por Senhora, sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame a entrevistada **sempre** pelo nome (**p. ex., Dona Joana**). Jamais chame por mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, com algum intervalo de tempo, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da entrevistada. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não julgar, transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **NEUTRA** em relação às respostas. Deixe a surpresa e a própria inquietude frente às respostas para discutir com o supervisor.
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.
- É essencial que você conheça **profundamente** o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem o direito de hesitar.

- Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário. **NÃO INVENTE**. Caso a entrevistada não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ela seja entendida.
- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo à entrevistada para que reflita e encontre a resposta com suas próprias palavras. Leia **todas** as alternativas antes de deixar que a entrevistada responda. Assim ela não vai escolher logo a primeira possibilidade que for oferecida.
- Em casos específicos, as alternativas **devem** ser lidas. Isto estará claramente indicado no questionário.
- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As SUAS DÚVIDAS são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!
- **Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

3.3. Preenchimento dos questionários e formulários

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários e formulários de controle devem ser preenchidos a caneta, sempre de cor azul ou preta e com muita atenção.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma!

- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0. Em especial, o “1” não tem aba, nem pé. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com o dois... Não se corta o sete. Faça um cinco (5) bem diferente do nove (9)!
- As letras deverão ser todas maiúsculas e obedecendo ao padrão Arial do Word:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você poderá ter que localizar a entrevistada.

Há duas codificações especiais muito importantes: NÃO SE APLICA E IGNORADO.

- **NÃO SE APLICA (NSA)** = 88 888 ou 8888. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Por exemplo, se a pessoa não fuma, **não se aplica** perguntar quantos cigarros fuma por dia.
- Todos os campos relativos a um bloco que foi pulado devem ser sempre codificados com oitos (8).
- **IGNORADO (IGN)** = 99, 999 ou 9999. Este código deve ser usado quando a informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso, no verso do questionário, e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorada somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: **dia - mês - ano** e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de zero (0). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** segura de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.
- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo no verso da página. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pela entrevistada, ou pelo fato dela ter se mostrado particularmente insegura ou hesitante ao responder.

- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com a respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso no verso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.
- Procurem preencher os números **sem encostar-se às bordas das caixas de respostas**
- Lembre-se de anotar quaisquer observações apenas no verso da folha. **Nunca na frente**

4. Trabalho de Campo

As mulheres serão entrevistadas nas unidades básicas de saúde, após (ou antes) das consultas de puericultura.

A cada mês será gerada uma lista das mulheres a serem entrevistadas em cada UBS. Com 15 dias de antecedência, a entrevistadora deverá identificar a próxima consulta em que a mãe levará o bebê até a UBS (4º mês pós-parto), para, neste momento, convidá-la a realizar a entrevista. Em cada unidade será previamente combinado um local para a realização da entrevista, que ocorrerá no momento do convite ou com horário marcado.

No caso de mães que ainda não tiverem marcado a consulta de puericultura para o 4º mês pós-parto será realizado contato telefônico para buscar sua localização e agendamento de consulta.

Se, ainda, não se conseguir o contato com alguma participante, uma batidora irá até sua residência para tentar localizar a participante e agendar um horário de entrevista no posto de saúde com a entrevistadora, deixando um lembrete com a data marcada para a mesma. Caso a participante não compareça no horário marcado, a batidora fará um segundo contato e agendará a entrevista no domicílio. A entrevistadora será sempre acompanhada na realização da entrevista domiciliar.

IMPORTANTE: Todas estas alternativas foram pensadas para que se atinja o número máximo de acompanhamento. Esta é a segunda fase de um estudo de grande importância, e **todas as participantes** da 1ª fase devem ser entrevistadas novamente.

Uma única perda significa um grande prejuízo para o resultado do estudo, portanto devem-se esgotar todas as alternativas na busca da localização e agendamento da entrevista com as participantes.

- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que a entrevistada não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, ou a mulher tiver ido embora antes que a entrevistadora possa convidá-la para a segunda entrevista. Nesses casos sempre lembrar de **anotar na planilha de perdas**, os dados que possam identificar a mulher dessa forma possa ser incluída em uma outra vinda ao posto de saúde.
- As **RECUSAS** são um problema muito grande do ponto de vista da qualidade do trabalho de pesquisa. Como não fazemos substituições, uma recusa significa menos informação.
- Em caso de recusa, anotar na planilha os dados referentes à mulher para que possamos posteriormente pesquisar no prontuário e passe a informação para seu supervisor.

4.1. Abordagem e consentimento Informado

Na abordagem você deverá explicar que faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – e que estamos interessados em estudar a saúde da

mulher no que diz respeito ao seu consumo e comportamento alimentar bem como problemas emocionais que podem interferir na evolução do período pós-parto tanto para a mulher quanto para o bebê. Você deve ressaltar que é muito importante a colaboração dela na continuidade deste trabalho, pois, através dele poderemos conhecer mais sobre a saúde das mulheres e seus bebês, ajudando, assim, a melhorá-la.

- Havendo a disposição da mulher em participar, a etapa seguinte é muito importante – obter o **consentimento informado**. É necessário explicar os itens a seguir a cada uma das mulheres que vai responder o questionário e fazer com que ela assine o termo de consentimento. Explicar que:

1. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo e Prefeitura de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, RS.

2. Participar do estudo significa responder questionários com perguntas sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, comportamentos relacionados à alimentação e tipos de violência sofridos. Três questionários serão aplicados por um entrevistador e outros dois você mesma preencherá. Caso você tenha dificuldade de ler o entrevistador lhe auxiliará. Também faremos sua medida de peso e altura.

3. Dados do prontuário das mulheres como peso, altura, nome, peso do bebê, data do parto, poderão ser consultados pelos entrevistadores e coordenadores da pesquisa.

4. Todas as informações fornecidas são estritamente sigilosas. A análise dos dados será feita sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com informações individuais. Caso seja detectado em você algum problema a coordenadora do estudo fará contato para lhe esclarecer sobre o mesmo e informar-lhe locais de ajuda. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras.

5. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

6. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e abandono do estudo, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

- Após estas explicações, se colocar à disposição para responder qualquer outra pergunta da entrevistada. Só então pedir que ela assine o termo, junto com o entrevistador.
- Em caso de menores de idade, o consentimento deve ser obtido junto ao responsável.

5. Questionários

5.1. Questionário Sociodemográfico

A parte inicial deste questionário corresponde aos dados de identificação da mulher e é importante que você preencha de forma detalhada e clara, para que possamos localizá-la futuramente.

Cód

--	--

Completar com o seu código de identificação que tem dois dígitos.

Data:

--	--	--	--	--	--	--	--

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia / mês/ ano. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Colocar o ano com quatro (4) dígitos.

Cidade: Porto Alegre Bento Gonçalves

Assinalar a cidade onde esta ocorrendo a entrevista.

Nome da entrevistada:

Nome completo do bebê:

Data de nascimento do bebê: /

Solicitar a carteira de identidade da entrevistada e anotar o nome completo. Anotar a data de nascimento da criança, especificando dia / mês/ ano. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Colocar o ano com quatro (4) dígitos

SEMPRE leia o texto que estiver **dentro das caixas**. Esses textos têm a finalidade de auxiliar a introduzir um novo tópico com a entrevistada.

Gostaríamos de preencher um cadastro com seu endereço, caso seja necessário entrar em contato com você novamente.

Questões 1, 2, 3 e 4: Referem-se os dados de localização da entrevistada, e contatos como sua mãe e alguém próximo para que seja possível localizar essa entrevistada em estudos futuros. É importante que você registre de forma clara e detalhada. Não esquecendo o número da casa e possíveis telefones para contato.

Questão 5: Você deve ler todas as alternativas para a entrevistada, e assinalar apenas uma. Nos casos de pulo para a questão 09, preencha todas as questões puladas com a alternativa NSA.

.

Questão 6: Registrar a ocupação referida pela entrevistada, o tipo de trabalho que ela faz. Exemplo: SECRETÁRIA, PROFESSORA, FAXINEIRA, etc... Sempre usando letras maiúsculas, conforme o treinamento.

Questão 7: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 09, e preencha a questão pulada com NSA (88).

.

Questão 8: Registrar horas que a mulher permanece no trabalho.

Questão 9 e 10: Você deve **ler todas as alternativas** para a entrevistada, e **assinalar apenas uma**.

.

Questão 11: Registre a idade do companheiro. IGN = 99 caso a entrevistada não saiba ou NSA = 88.

Questão 12: Você deve ler todas as alternativas para a entrevistada, e assinalar apenas uma.

Questão 13: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 15, e preencha todas as questões puladas com a alternativa NSA.

Se a resposta for **SIM** siga fazendo as perguntas em seqüência.

Questão 14: Faça a pergunta e aguarde um tempo para ela responder, caso ela não saiba informar, **leia as alternativas** e peça para que ela informe em qual situação o companheiro se enquadra.

Questão 15: Registre o número de pessoas (incluindo crianças) que moram na mesma casa que a entrevistada, incluindo a mesma no total.

São consideradas pessoas da mesma casa, todos os que usam a mesma cozinha. Assim, por exemplo, se a mulher referir que mora em uma “peça” ao lado da casa dos pais esta só será considerado um domicílio se tiver uma cozinha. Caso a mulher use a cozinha na casa da mãe, deve-se considerar o número de pessoas incluindo as das duas “peças”.

Questão 16: Peça que ela informe se moram crianças menores de cinco na mesma casa que ela, podem ser outros filhos, irmãos, sobrinhos ou outras crianças. Registre o número total.

Questão 17: Registre o número total de pessoas que trabalham, não importando a tarefa que fazem.

Questão 18: Registre a renda de cada pessoa que trabalha, com os valores em reais. Na entrega dos questionários ao supervisor, o valor registrado será transformado em salários mínimos.

Na renda familiar devem ser incluídas todas as rendas que as pessoas da casa recebem incluindo pensões, aposentadorias, mesadas e outros tipos de benefícios como bolsa família e/ou bolsa escola.

Questão 19: Peça que a entrevistada informe quem sustenta ela e o bebê. (Companheiro mora com ela; “Outro” pode ser pai do bebê)

Questão 20: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 21, e preencha a alternativa NSA.

Questão 21: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 22, e preencha a alternativa NSA.

Questão 22: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 23, e preencha a alternativa NSA.

Questão 23: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre o nome do(s) medicamento(s).

Questão 24: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre o número de cigarros/dia e há quanto tempo fuma. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 25, e preencha as caselas com NSA.

Questão 25: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 26, e preencha a alternativa NSA. Se a resposta for **SIM**, pergunte o tipo de droga usada (**leia as alternativas**) e com que frequência.

Questão 26: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 27, e preencha as alternativas NSA. Se a resposta for **SIM**, pergunte quais problemas de saúde e de quem (**ler alternativas**).

Questão 27: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 28, e preencha as alternativas NSA. Se a resposta for **SIM**, pergunte quais doenças e quem as tem (**ler alternativas**).

AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE SUA GRAVIDEZ
--

Questão 28: Pergunte quantos quilos ela ganhou na gravidez do (a) (cite o nome do bebê).

Questão 29: Pergunte se após o parto ela perdeu peso. Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre quantos quilos, pule para a questão 32, e preencha as questões puladas com NSA.

Questão 30: Pergunte se após o parto ela manteve algum peso ganho durante a gravidez. Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre quantos quilos, pule para a questão 32, e preencha a questão pulada com NSA.

Questão 31: Pergunte se após o parto ela ganhou peso. Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre quantos quilos.

Questão 32: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 33, e preencha a alternativa NSA. Se a resposta for **SIM**, pergunte o quê (leia as alternativas).

Questão 33: Pergunte como a entrevistada se sente, leia as alternativas.

Convidar para aferição do peso e altura (altura somente se a entrevistada tiver menos de 20 anos) e registrar os dados.

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃO DENTRO DAS CAIXAS.

5.5. QUESTÕES SOBRE O BEBÊ

SEMPRE leia o texto que estiver **dentro das caixas**. Esses textos têm a finalidade de auxiliar a introduzir um novo tópico com a entrevistada.

Agora gostaria de fazer algumas perguntas referentes ao (nome do bebê)

Questão 1: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 2, e preencha todas as alternativas com NSA.

Se a resposta for **SIM** leia as alternativas sobre a amamentação, registre e **pule para a questão 4**, e preencha todas as questões puladas com a alternativa NSA.

Questão 2: Registre quantos dias ele mamou no peito.

Questão 3: Registre o(s) motivo(s) pelo(s) qual (is) o bebê parou de mamar no peito.

Questão 4: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 6, e preencha todas as alternativas com NSA. Se a resposta for **SIM**, registre com quantos meses o bebê começou a receber outros alimentos.

Questão 5: Pergunte o tipo de alimentação que o bebê está recebendo. Marque **SIM** ou **NÃO** em cada alternativa.

Questão 6: Marque **SIM** ou **NÃO**.

Questão 7: Marque **SIM** ou **NÃO** em cada alternativa. Se a resposta for **SIM**, registre frequência quando aplicável.

Questão 8: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO**, pule para a questão 10. Se a resposta for **SIM**, registre a frequência e o motivo das hospitalizações.

Questão 9: Registre quantos dias o bebê permaneceu hospitalizado em cada vez.

.

Questão 10: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre o problema de saúde do bebê.

Questão 11: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **SIM**, registre quantas vezes a mãe trouxe o bebê para consultar.

Questão 12: **Leia as alternativas.** Marque **SIM** ou **NÃO** em cada alternativa. (Firmar cabeça é o mesmo que ter pescoço durinho).

Questão 13: **Leia as alternativas.** Marque **SIM** ou **NÃO** em cada alternativa.

Questão 14: Pergunte sobre o sono. Registre quantas horas o bebê dorme **em 24hs**.

Questão 15: Solicitar a carteirinha do bebê e marcar as vacinas efetuadas.

Questão 16: Anotar os dados de peso e comprimento para todas as consultas de puericultura.

Questão 17: Marque **SIM** ou **NÃO** em cada alternativa, de acordo com sua observação.

Agora vamos pesar e medir o(a) (nome do bebê)
--

PROCEDIMENTOS:

COMPRIMENTO

1. Deitar a criança em uma superfície plana (sem colchonete), de barriga para cima, sem fraldas, calçados e meias.
2. Ajustar a superfície fixa do antropômetro à cabeça da criança, formando com a mesma um ângulo de 90°.
3. Com uma das mãos sobre os joelhos da criança, estender os membros inferiores de forma a ficarem bem encostados à superfície da mesa, próxima à marcação métrica. Com a outra mão, ajustar a parte móvel do antropômetro à planta dos pés da criança, verificando se a mesma está em posição vertical, de modo a formar um ângulo de 90° com a superfície móvel do antropômetro.
4. Anotar os centímetros e os milímetros na ficha.

PESO

1. A criança deve estar sem roupas (fraldas, camiseta, meias) e descalça.
2. Colocar a balança em local plano, afastada da parede, em um ponto que permita boa visualização.
3. Orientar que a mãe suba na balança com a criança no colo. Registrar o peso total.

4. Solicitar que a mãe suba sozinha na balança. Diminuir o peso da mãe do peso total e registrar o peso do bebê no questionário.

--	--	--	--

26) Na sua família alguém tem problema de saúde, como: (ver as alternativas)

Problema de saúde	País	Imãica	Outros parentes	NSA
<input type="checkbox"/> Apicamotique (diabetes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Pressão Alta (hipertensão)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Doença do coração	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000

27) E doença dos nervos, como: (ver as alternativas)

Doença	Compartilhado	País	Imãica	Outros parentes	NSA
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Surto Psicótico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Uso de drogas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000
<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 000

AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE SUA GRAVIDEZ

28) Quantos quilos você ganhou na gravidez do(a) (NOME DO BEBÊ)? , kg

Então, qual era o seu peso no final da gestação? , kg

29) Após o parto, você perdeu peso? Sim Não IGN

SE SIM, quanto? , kg (88,8 = NSA, 99,9 = IGN)

30) Desde o parto até este momento você ganhou mais peso? Sim Não IGN

SE SIM, quanto? , kg (88,8 = NSA, 99,9 = IGN)

31) Você está fazendo alguma coisa para perder peso?

Sim Não PULAR PARA Q32

SE SIM, o quê? (ler as alternativas)

Diminuir quantidade de alimentos Atividade Física Remédio para emagrecer
 Outro NSA

32) Como você se sente? (ler as alternativas)

Acima do peso
 No peso adequado
 Abaixo do peso

33) Você sabe dizer quanto pesa? , kg (999,99 = IGN)

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO
(Perguntar a idade e medir a altura somente se a mãe tiver menos de 20 anos)

34) Peso atual: , kg

35) Altura: cm (999 = NSA)

Agora gostaríamos de fazer algumas perguntas referentes ao
(NOME DO BEBÊ)

1) Ele(a) está mamando no peito? Sim PULAR PARA Q4 Não

2) Durante quantos dias ele(a) mamou: dias (BBB=NBA)

3) Por que ele parou de mamar no peito?

Falta de Leite Sim Não NBA

Médico de que ficasse com fome Sim Não NBA

Acher que o bebê estava com pouco ganho de peso Sim Não NBA

O bebê tinha dificuldade para sugar Sim Não NBA

Problema relacionado com as mamas (mamilo doído, rachadura, trauma mamilar ou infecções) Sim Não NBA

Não querer dar o peito Sim Não NBA

Voltar a trabalhar Sim Não NBA

Outra

4) Dos alimentos que vou ler, gostaria de saber se (nome do bebê) já recebeu ou está recebendo:

Alimento	1ª mês	2ª mês	3ª mês	4ª mês	NBA
<input type="checkbox"/> Leite de vaca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Fórmula infantil (NAN, Nestogeno, Aptamil)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Água, chá, água de arroz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Soco de frutas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Papa de frutas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Papas ou geladas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Sopas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> BBB
<input type="checkbox"/> NBA					

5) O seu bebê chupa bico? Sim Não

6) O seu bebê tem alguma doença? Sim Não

SE SIM, qual?

7) Ele(a) está em tratamento médico? Sim Não

SE SIM: Qual é o problema?

8) Ele teve algum problema de saúde nesses 4 meses, como: (ver as alternativas)Fezes líquidas: Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)Desidratação, perda exagerada de água ("murchinho"): Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)Regurgitação e vômitos: Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)Problemas de pele: Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)Dor de ouvido: Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)Problemas respiratórios agudos (gripe, bronquite, pneumonia): Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)Assaduras frequentes: Sim NãoSE SIM, Quantas vezes? vezes (88 =NSA, 99 = IGN)9) Ele(a) precisou ser hospitalizado nesses 4 meses? Sim Não **PULAR PARA Q11**SE SIM: Quantas vezes? (88 =NSA, 99 = IGN) Qual o motivo?

1)

2)

3)

10) Quantos dias ele esteve hospitalizado?

1ª vez: dias 2ª vez: dias 3ª vez: dias (88 =NSA, 99 = IGN)11) Você está trazendo seu bebê para consultas (pneufutura)? Sim NãoSE SIM, quantas vezes você já trouxe? vezes (88 = NSA, 99 =IGN)12) Você saberia dizer se o seu bebê... (ver as alternativas)Firma a cabeça: Sim NãoSegue com os olhos um objeto Sim NãoConsegue virar sem auxílio Sim NãoEscuta quando chamam Sim NãoBrinca com as mãos: Sim NãoReconhece as pessoas Sim Não

13) E o sono? Quantas horas seu bebê dorme em 24 horas? horas (SE=IGN)

14) E as vacinas? (Solicitar a carteirinha do bebê e anotar as datas das vacinas.)

Hepatite B:

1- / / 2- / /

BCG (tuberculosa):

1- / / 2- / /

Poliomielite:

1- / / 2- / /

DTP (difteria, coqueluche e tétano) + Hib (hemófilos influenza b):

1- / / 2- / /

15) Vamos anotar os dados de peso e comprimento do bebê que consta no cartão do bebê. (Anotar os dados de peso e comprimento da carteira para todas as consultas de puericultura)

Data: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Comprimento: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Perímetro Cefálico: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Data: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Comprimento: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Perímetro Cefálico: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Data: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Comprimento: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Perímetro Cefálico: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Data: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Comprimento: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Perímetro Cefálico: <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm

16) Observação do bebê: (A entrevistadora observa o bebê)

Soni: Sim Não

Vira a cabeça: Sim Não

Atende estímulo de ruído: Sim Não

Fixa o olhar: Sim Não

Agora vamos medir e pesar o bebê

Peso: , kg Comprimento: , cm Perímetro Cefálico: , cm