



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Paula Florence Sampaio

**Nascer em hospital amigo da criança no Rio de Janeiro: um fator de  
proteção ao aleitamento materno?**

Rio de Janeiro  
2010

Paula Florence Sampaio

**Nascer em hospital amigo da criança no Rio de Janeiro:  
um fator de proteção ao aleitamento materno?**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Claudia Leite de Moraes

Rio de Janeiro  
2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S192 Sampaio, Paula Florence.

Nascer em hospital amigo da criança no Rio de Janeiro: um fator de proteção ao aleitamento materno? / Paula Florence Sampaio. – 2010.

91f.

Orientador: Claudia Leite Moraes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Amamentação – Aspectos sociais – Teses. 2. Nutrição – Aspectos psicológicos – Teses. 3. Serviços de saúde para a criança – Brasil – Teses. 4. Serviços de saúde para mulheres – Brasil – Teses. 5. Maternidade – Brasil – Teses. I. Moraes, Claudia Leite. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.63

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Paula Florence Sampaio

**Nascer em hospital amigo da criança no Rio de Janeiro: um fator de proteção ao aleitamento materno?**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia

Aprovada em 31 de março de 2010.

Orientadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Leite de Moraes  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anna Tereza Miranda Soares de Moura  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Couto de Oliveira  
Instituto da Saúde da Comunidade - UFF

Rio de Janeiro  
2010

## **AGRADECIMENTOS**

À Claudia Leite de Moraes, minha orientadora, pelo cuidado e dedicação ao ensinar.

Ao Michael Eduardo Reichenheim, pelas importantíssimas contribuições a esta pesquisa.

Aos meus pais, pelo incentivo e amor.

Ao meu querido Henrique, companheiro de todas as horas, pela paciência e compreensão.

Às amigas Janaína, Alice e Alessandra, pelo imenso apoio e troca de idéias.

Aos colegas do PIEVF, Tatiana, Jacqueline, Gustavo e Cadu, pela consideração e ajuda.

Aos Professores do Departamento de Pediatria da FCM-UERJ, pelo incentivo e inspiração.

## RESUMO

SAMPAIO, PAULA F. **Nascer em hospital amigo da criança no Rio de Janeiro: um fator de proteção ao aleitamento materno?** 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2010.

Apesar de existirem evidências suficientes sobre benefícios do aleitamento materno (AM), apenas 35% das crianças são amamentadas exclusivamente até o quarto mês de vida. Visando estender esta prática, OMS/UNICEF lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que estabelece sistema de credenciamento para maternidades de acordo com grau de incentivo ao AM. Esta dissertação pretende investigar a efetividade da IHAC na duração de dois tipos de aleitamento materno: exclusivo (AME) e predominante (AMP) entre crianças usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro. Trata-se de estudo transversal, sendo a população de estudo constituída de 811 mães de crianças menores de 5 meses de idade, selecionadas aleatoriamente em cinco UBS na cidade do Rio de Janeiro. A variável de exposição foi categorizada em local de nascimento ocorridos em HAC, naqueles em vias de receber titulação (EVHAC) e naqueles sem titulação. Os desfechos considerados foram duração do AME e do AMP, que inclui também crianças em AME (AMEP). Na análise dos dados, optou-se pelo modelo log-log complementar, que permitiu recompor experiência longitudinal da coorte através do recordatório alimentar de 7 dias e da informação da idade das mesmas, caracterizando abordagem tipo “*current status data*”. Mesmo após controle por variáveis sociodemográficas, relativas ao estilo de vida e aos aspectos psicossociais maternos, à utilização dos serviços de saúde, idade e saúde da criança, houve maior duração do AME e AMEP em crianças nascidas em HAC e EVHAC. As taxas de AME e de AMEP são mais de duas vezes maiores entre recém-nascidos que nasceram em HAC e EVHAC. Tal efeito diminui ao longo da idade da criança, mantendo-se evidente até quatro (EVHAC) e dois (HAC) meses de vida quando se considera AME e até dois (EVHAC) e cinco (HAC) meses quando se considera AMEP. Os resultados confirmam a efetividade da IHAC nesta clientela, especialmente na manutenção de AME e AMEP nos primeiros meses de vida. Estes também sugerem necessidade de fortalecimento da IHAC e maior integração entre maternidades e UBS, visando garantir aleitamento exclusivo até seis meses de vida.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Aleitamento materno predominante. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Current status data*.

## ABSTRACT

Although there are sufficient evidences about breastfeeding (BF) benefits, only 35% of infants worldwide are exclusively breastfed during the first four months of life. As an effort to extend BF duration, WHO/UNICEF launched the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI), which establishes hospitals' accreditation as Baby-Friendly Hospitals (BFH) when it meets the Ten Steps for Successful Breastfeeding. This dissertation aims to investigate the effectiveness of the BFHI on exclusive breastfeeding (EBF) and exclusive plus predominant breastfeeding (EPBF) duration. This is a cross-sectional study with collected information throughout interviews of 811 mothers of children under 5 months old, randomly selected at five health centers in Rio de Janeiro. Exposure variable was classified according to hospital's compliance with the Ten Steps. There were three possible status: accredited hospitals (BFH), working in becoming BFH or certified hospitals (CBFH) and hospitals without BFHI accreditation or certification. Outcomes were EBF and EPBF duration. Data was analyzed by complementary log-log transformation models, which allowed capture cohort longitudinal experience through 7-day feeding recordatory and infants' age ("*current status data*"). Even after adjusting analysis for sociodemographic, life style and psychological maternal factors, health service's use and babies' age and state of health, there was longer duration of EBF and EPBF of infants born in BFH and CBFH. EBF and EPBF rates were twice higher in newborns born in BFH and CBFH. This protective effect on EBF and EPBF decreases along child's age and it's noticed until four (CBFH) and two (BFH) months of age when EBF is considered and until two (CBFH) and five (EBF) months for EPBF. The finding indicates the effectiveness of BFHI in maintaining EBF and EPBF through the first months of life in this population. In order to extend BF duration until six months of life, as recommended by WHO, it would be necessary not only to strengthen the BFHI but also to develop and encourage more actions in favor of breastfeeding, focusing on primary health care facilities.

Keywords: Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Predominant breastfeeding. Baby-Friendly Hospital Initiative. Current status data.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Principais Estudos Internacionais de avaliação da efetividade da IHAC.....	23
Quadro 2	Principais estudos brasileiros de avaliação da efetividade da IHAC.....	29
Figura 1	Modelo Teórico-Conceitual.....	33
Gráfico 1	Razões de Taxas de AME entre crianças que nasceram em EVHAC <i>versus</i> crianças que nasceram em hospitais sem o título ao longo da idade da criança em dias.....	51
Gráfico 2	Razões de Taxas de AME entre crianças que nasceram em HAC <i>versus</i> crianças que nasceram em hospitais sem o título ao longo da idade da criança em dias.....	51
Gráfico 3	Prevalência dos tipos de Aleitamento Materno.....	63
Gráfico 4	Prevalência dos Tipos de Aleitamento Materno em crianças nascidas em Hospitais sem a Titulação (NHAC).....	64
Gráfico 5	Prevalência dos Tipos de Aleitamento Materno em crianças nascidas em Hospitais com a Titulação (HAC).....	65
Gráfico 6	Prevalência dos Tipos de Aleitamento Materno em crianças nascidas em Hospitais em vias de receber a Titulação (EVHAC).....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição da População de Estudo e Análise Bivariada.....	49
Tabela 2	Razões de Taxa (RT) e Intervalos de Confiança (95%) da Análise Multivariada.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMEP	Aleitamento Materno Exclusivo e Predominante
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AP	Área Programática
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
EVHAC	Hospital em vias de receber Titulação de Amigo da Criança
HAC	Hospital Amigo da Criança
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
MS	Ministério da Saúde
ÑAM	Não Amamentadas
NHAC	Hospital sem título de Amigo da Criança
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPAM	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal
PSF	Programa de Saúde da Família

RT	Razão de Taxa
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos
TWEAK	<i>Tolerance; Worry; Eye-Opened; Amnesia; C/Kut Down</i>

## Sumário

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	30
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	31
3	<b>MÉTODOS</b> .....	31
3.1	<b>Métodos referentes ao estudo principal</b> .....	32
3.1.1	<u>Desenho, População de Estudo e Coleta de Dados</u> .....	32
3.2	<b>Métodos Referentes ao Estudo Atual</b> .....	33
3.2.1	<u>Modelo Teórico e Operacionalização das Variáveis</u> .....	33
3.2.3	<u>Análise de Dados</u> .....	36
4	<b>ARTIGO</b> .....	38
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	62
6	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
	<b>ANEXO A – Questionário de Elegibilidade</b> .....	75
	<b>ANEXO B – Questionário Principal</b> .....	76
	<b>ANEXO C – Pareceres dos Comitês de Ética</b> .....	90

## INTRODUÇÃO

### Importância do Aleitamento Materno

O leite materno é o alimento natural dos recém-nascidos e proporciona nutrição de alta qualidade para criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento e consequente melhora de seu estado nutricional. Além disso, diminui a incidência de doenças infecciosas ao evitar a exposição a possíveis contaminantes ambientais e permitir a passagem de anticorpos maternos ao bebê (KLIEGMAN et al, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a criança em aleitamento materno exclusivo (AME) é aquela que recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de vitaminas, minerais e/ou medicamentos ou soro oral. Já aquelas em aleitamento materno predominante (AMP) recebem não só leite materno, mas também água, chás e sucos, não incluindo em sua alimentação leites artificiais e fórmulas infantis. Estão em aleitamento materno complementado (AMC) aquelas que recebem leite materno diretamente da mama ou extraído e também leite artificial e/ou qualquer outro alimento sólido ou líquido (OPAS, 1991; WHO, 2003; 2007).

Atualmente, existe evidência suficiente de que o aleitamento materno (AM) é capaz de reduzir a mortalidade infantil por doenças infecciosas em geral, especialmente por diarreia, pneumonia e sepse neonatal (VICTORA et al, 1987; WHO, 2000; JONES et al, 2003; TOMA; REA, 2008). Estas crianças amamentadas teriam riscos seis vezes menores de morrer por doenças infecciosas nos dois primeiros meses de vida (WHO, 2000). O aleitamento materno também é a intervenção isolada de maior capacidade de prevenção da mortalidade em crianças menores de cinco anos. Em países em desenvolvimento, estima-se que 1,3 milhão destas mortes poderiam ser evitadas com o aleitamento materno, principalmente aquele exclusivo até os seis meses de vida (JONES et al, 2003).

Apesar de algumas controvérsias, alguns autores estimam que a amamentação ocasiona menor incidência de alergias e intolerâncias relacionadas ao leite de vaca, assim como menor frequência de doenças alérgicas agudas e crônicas na vida mais tardia (KLIEGMAN et al, 2007; TOMA; REA, 2008).

Outras vantagens de longo prazo do aleitamento materno também foram estabelecidas. Recente meta-análise divulgada pela OMS revelou que adultos que foram amamentados

tenham menores níveis médios de colesterol e pressão arterial, além de menor prevalência de obesidade. Além disso, crianças amamentadas parecem apresentar melhor performance escolar e melhor desempenho cognitivo e intelectual do que aquelas não amamentadas (HORTA et al, 2007).

Também são muitos os benefícios da amamentação para a mãe. Esta pode estabelecer maior contato íntimo físico e emocional com seu filho, gerando satisfação e fortalecimento do vínculo com o bebê. Uma sensação de bem-estar pode ser propiciada pela capacidade de alimentar seu filho, fato que desempenha papel importante na auto-estima destas mães (KLIEGMAN et al, 2007; UNICEF, 2009).

Amamentar imediatamente após o parto também contribui para uma recuperação materna mais rápida, uma vez que a sucção do bebê estimula a liberação de ocitocina, hormônio responsável pela contração uterina. Esta, por sua vez, leva à diminuição na incidência de hemorragia no pós parto. O gasto energético materno também é aumentado neste período, podendo contribuir para recuperação mais rápida de seu peso anterior à gestação. Além disso, propicia diminuição de risco de certos tumores na pré-menopausa, como os de ovário e mama, e amplia o espaçamento entre os partos, contribuindo para saúde da mulher (KLIEGMAN et al, 2007; TOMA; REA, 2008; BRASIL, 2009a)

Segundo a OMS, enquanto governos de países em desenvolvimento não garantirem boas práticas de aleitamento, crescimento e desenvolvimento infantil, não será possível o desenvolvimento sustentável e redução da pobreza (WHO, 2003). A amamentação não só reduz os custos dos serviços de saúde como também os da própria família, que não precisará adquirir leite e utensílios relacionados ao aleitamento artificial. Estima-se que o custo com alimentação artificial do lactente é 75% maior do que aquele com alimentação complementar da nutriz carente, sendo mais eficaz garantir a complementação da alimentação desta do que distribuir fórmulas lácteas infantis para promoção da alimentação infantil (ARAUJO et al, 2004).

Baseada nestas evidências, a OMS preconiza o AME até seis meses de vida. Até esta idade, a criança não deve receber outros alimentos, nem mesmo água, chá ou suco. Após os seis meses, deve ser iniciada alimentação complementar, porém a criança deve continuar recebendo leite materno até dois anos de vida ou mais (WO, 2003). Estas recomendações são adotadas também pelo Ministério da Saúde (2002) e Sociedade Brasileira de Pediatria (2009).

## Magnitude do Desmame Precoce

Apesar das evidências científicas e recomendações mencionadas, em todo mundo, não mais do que 35% das crianças são amamentadas exclusivamente até o quarto mês de vida (WHO, 2003; UNICEF, 2009). As taxas de AME são bem mais baixas que as do aleitamento materno, declinando principalmente nos primeiros dias de pós parto (PÉREZ-ESCAMILLA et al, 1995; CARVALHO; TAMEZ, 2005). Alguns autores sugerem que a primeira semana de vida é um dos momentos mais críticos para o sucesso da amamentação. Neste período, 26% das mães descontinuam o aleitamento, sendo que 32% desmamam seus filhos entre a segunda semana e os dois meses de vida (ERTEM et al, 2001).

A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em capitais brasileiras, realizada em 1999, revelou prevalência de AME até quatro meses de vida também de 35%. Ainda, mostrou que apenas 47% das crianças são amamentadas exclusivamente no primeiro mês de vida, 18% aos quatro meses e somente 8% aos seis meses de vida. A região Sul apresentou a maior prevalência de AME (44%) e a Sudeste a menor (28%). A mediana da duração do AME foi de apenas 23 dias no Brasil. Esta também foi maior na região Sul (39 dias) e menor na Sudeste (13 dias). Já a prevalência do aleitamento materno não-exclusivo (AM) em crianças de 0 a 4 meses foi de 86% em todo Brasil (BRASIL, 2001).

Mesmo que as prevalências de AME e AM ainda estejam longe das almejadas, pode-se notar uma tendência mundial de aumento destes indicadores (MANASEKI-HOLLAND, 2001). Estudos mostram que esse aumento se deve principalmente ao incentivo de políticas públicas de proteção ao aleitamento e fortes campanhas sobre esta prática (PÉREZ-ESCAMILLA, 2003; ORIÁ et al, 2005).

No Brasil, esta tendência também vem sendo notada. Durante o período de 1980 a 2002, muitas políticas e programas em favor do aleitamento são identificadas e podem ser grandes responsáveis pelo aumento da mediana de duração da amamentação de 2,5 meses em 1980 para quase 10 meses em 2000 (REA, 2003).

Estudo desenvolvido com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo IBGE de 2002 a 2003, estimou uma prevalência de AM de 58% em crianças de 0 a 6 meses. Entretanto, constatou-se prevalência de apenas 35% naquelas de 7 a 12 meses. A região Norte apresentou maior prevalência nestes dois grupos etários. Já a região Sudeste obteve a menor prevalência dentre as crianças até 6 meses, sendo esta de 51%. No segundo

grupo de crianças, a menor prevalência encontrada foi a da região Centro-Oeste, que foi de 28% (WENZEL, 2008).

Já a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 no Brasil, evidenciou prevalência de AME de 45% entre crianças menores de 3 meses e de 11% entre as de 4 a 6 meses de idade. Considerando o aleitamento materno complementar, a prevalência foi de 32% das crianças entre 0 a 3 meses e de 56% naquelas de 4 a 6 meses. Além disso, apesar de 96% das crianças menores de 5 anos terem sido amamentadas alguma vez, apenas 43% das mães relataram ter amamentado seu filho na primeira hora após o parto (BRASIL, 2006).

Em 2008, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em capitais brasileiras, teve resultados semelhantes aos da PNDS. A prevalência de AME em menores de 6 meses foi de 41% nas capitais brasileiras. Já a de AM em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7%. A probabilidade das crianças estarem sendo amamentadas nos primeiros dias de vida supera 90%, havendo queda mais acentuada a partir do quarto mês em todas as regiões do país. A duração mediana do AME, que era de 23 dias em 1999, passou para 54 dias (1,8 meses) em 2008 (Brasil, 2008a). Estes resultados, apesar de longe das metas desejadas, corroboram com a hipótese de ascensão destes indicadores no Brasil.

### **Fatores Relacionados ao Desmame Precoce**

Mesmo com a constatação desta tendência mundial de aumento na duração e prevalência de AM, diversos fatores relacionados à mãe e ao bebê assim como ao contexto em que vivem ainda dificultam a amamentação, o que propicia altas taxas de desmame precoce .

Segundo a OMS, o ato de amamentar deve ser aprendido e desejado pelas mães. De fato, toda mãe é capaz de amamentar seu filho, principalmente se esta for orientada e se sentir apoiada não só pelos profissionais de saúde, mas também por sua família (WHO, 2003).

Muitas mães ainda justificam a necessidade de parar de amamentar por sentirem dor ou acharem que têm leite insuficiente, mostrando a falta de orientação existente por parte de profissionais de saúde (PHILIPP; RADFORD, 2006). Mães que não se sentem apoiadas não só pelo serviço de saúde, mas também pelos membros de sua família, têm maiores dificuldades em amamentar (MORGADO, 2009), podendo haver desmame precoce, principalmente após a primeira semana de vida (BUXTON et al, 1991). Essa falta de apoio social pode diminuir o tempo de aleitamento e também contribuir para diminuição da auto-

estima materna, que é um outro fator de papel importante no desmame precoce (OLIVEIRA, 2008). A experiência anterior bem sucedida da mãe com a amamentação e o apoio do pai da criança podem tornar a mãe mais segura, estando associados tanto com a iniciação quanto com a duração da amamentação (SCOTT et al, 2001).

Outros fatores psicológicos maternos como estresse, depressão e ansiedade, assim como uso de álcool, também influenciam a duração da amamentação de forma negativa (TAVERAS et al, 2003; VASCONCELOS et al, 2006; CHAVES et al, 2007). Uma má qualidade da relação com seu parceiro, principalmente a existência de violência entre os mesmos também vem sendo aventada como fator dificultador da amamentação (OLIVEIRA, 2008).

Fatores sociodemográficos relacionados à mãe como baixa escolaridade, adolescência e primiparidade constituem risco para interrupção precoce do AME. Já o trabalho informal e desemprego maternos parecem apresentar maior importância no desmame dos menores de um ano. Outras características, tais como a baixa renda e pequeno número de consultas pré-natais também podem influenciar o tempo de amamentação (VENANCIO et al, 2002; VASCONCELOS et al, 2006). Também são descritos fatores preditores de interrupção do aleitamento materno relacionados aos serviços de saúde, como início tardio de amamentação e ausência de alojamento conjunto (BUXTON et al, 1991).

Dentre os fatores relacionados ao recém-nascido, aqueles que contribuem para maior dificuldade da amamentação parecem ser prematuridade, baixo peso ao nascer e aumento do tempo de internação hospitalar (VENANCIO et al, 2002; VASCONCELOS et al, 2006). O uso de chupeta também parece favorecer o desmame precoce (CHAVES et al, 2007).

### **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**

No século XX, a comercialização de fórmulas lácteas tornou-se um grande sucesso, sendo agressivamente direcionada ao público e aos profissionais de saúde, especialmente aos pediatras. Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, ocorreu um crescimento ainda maior da demanda por estes produtos alimentícios comerciais. Não só as fórmulas lácteas passaram a ser consideradas modernas por estas mulheres, como por muitas vezes o pediatra trazia mais informações sobre estas do que sobre as técnicas de amamentação. Logo, percebeu-se que tanto os profissionais de saúde como as próprias mulheres não apresentavam

mais habilidades para o sucesso do aleitamento materno, contribuindo dessa forma para altas taxas de desmame (REA, 2003; LABBOK, 2007).

Nesse contexto, em 1990, foi realizado em Florença, Itália, um encontro organizado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que contava com a presença de representantes de todo o mundo, inclusive do Brasil. Deste encontro, surgiu um conjunto de metas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, denominado *Declaração de Innocenti*.

Esta declaração, baseada em evidências científicas sobre aleitamento materno, indicava que as mães deveriam ser conscientizadas e apoiadas por profissionais de saúde capacitados, evitando assim o desmame precoce. Além disso, que todos os países deveriam desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de curto e longo prazo a fim de aumentar a iniciação e duração do AM (WHO, 1990).

Para cumprimento das metas da declaração, propõem-se os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, proposta esta que, posteriormente, vai basear a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Segundo esta, as ações a serem desenvolvidas pelas maternidades no apoio ao Aleitamento Materno seriam: (1) ter uma norma escrita sobre aleitamento materno; (2) treinar a equipe de cuidados de saúde para implementação desta norma; (3) informar as gestantes sobre vantagens e manejo do aleitamento materno; (4) ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; (5) mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas de seus filhos; (6) não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que haja indicação médica para tal<sup>1</sup>; (7) praticar o alojamento conjunto; (8) encorajar o aleitamento sob livre demanda; (9) não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito e (10) encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas após a alta (WHO/UNICEF, 2006).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), também idealizada em Florença, objetiva o cumprimento destes passos e do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno <sup>2</sup> (WHO/UNICEF, 2006). Os hospitais que cumprirem estes requisitos são, então,

---

<sup>1</sup> As indicações médicas para uso de leite artificial incluem, por exemplo, recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (<1500g), prematuros menores que 32 semanas de idade gestacional e aqueles em risco de hipoglicemia (WHO, 2009).

<sup>2</sup> O Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno foi adotado em 1981 pela Assembléia Mundial de Saúde (AMS). Este regulamenta a proibição de algumas ações que possam prejudicar o AM, não permitindo que os hospitais sejam usados para promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras ou chupetas ou para distribuição de fórmulas infantis gratuitas. Além disto, o código não permite propagandas de substitutos do leite materno ou outros produtos para o público, oferta de amostras grátis destes para as mães ou contato de funcionários de empresas comerciais com as mesmas. Também são vetadas doações de suprimentos gratuitos ou subsidiados de substitutos do leite materno ou outros produtos em qualquer parte do

titulados como Amigos da Criança, sendo reconhecidos pelo trabalho desenvolvido e tornando-se referência para comunidade e outros hospitais (LAMOUNIER, 1998).

Em 1998, após extensa revisão bibliográfica, a OMS assume haver evidências científicas suficientes a favor da efetividade dos Dez Passos, o que justificaria a expansão da IHAC para todas as maternidades. Além da orientação de expansão da Iniciativa ao conjunto de maternidades, reforça-se que os Passos deveriam ser implementados em conjunto, não havendo tanto benefício se cumpridos isoladamente (WHO, 1998).

Mais recentemente, a partir da experiência dos diversos países que aderiram à IHAC, a OMS revisou os Critérios Globais, os instrumentos de avaliação e o Curso de 18 horas sobre Aleitamento Materno oferecido aos profissionais de saúde durante a implantação da Iniciativa nas unidades, visando o fortalecimento desta em todo o mundo (WHO/UNICEF, 2006).

Determinou-se então que novos tópicos opcionais fossem incluídos no processo de credenciamento dos hospitais. Recomenda-se que as autoridades nacionais pertinentes determinem a forma de avaliação das novas orientações. Devido ao aumento na incidência de HIV entre mulheres em idade reprodutiva em muitos países e ao conseqüente nascimento de maior número de crianças expostas a este vírus, tornou-se importante a orientação e o apoio destas mães no âmbito da IHAC. Assim, conteúdos sobre HIV e alimentação artificial de lactentes expostos passaram a ser incluídos tanto nos Critérios Globais de Avaliação para credenciamento, como no Curso de Manejo em Aleitamento Materno oferecido aos profissionais da maternidade a ser credenciada (BRASIL, 2008b). De acordo com a OMS, a inclusão deste componente em relação ao HIV deve ocorrer se a maternidade possuir um Programa de Transmissão Vertical ou tiver prevalência de HIV de 20% ou mais entre grávidas e puérperas. Caso a incidência chegue a 10%, a inclusão do critério é fortemente aconselhada (WHO/UNICEF, 2006).

Outros critérios opcionais recentemente acrescentados são aqueles denominados “amigos da mãe”. Estes garantem que sejam respeitadas as práticas de “trabalho de parto amigo da mãe”, tais como permitir a presença de acompanhantes durante o parto e permitir que as mulheres comam ou bebam alimentos leves e andem durante o trabalho de parto. Além disso, incentivá-las a escolher a melhor posição para o parto, se não houver contra-indicação médica para tal, e não envolver procedimentos invasivos como a episiotomia e a aceleração do trabalho de parto. Em alguns países, tais inovações tiveram como conseqüência a mudança

---

sistema de saúde, presentes ou amostras para profissionais de saúde e fotografias de lactentes ou outras imagens ou textos que idealizem a alimentação artificial nos rótulos dos produtos (WHO/UNICEF, 2006).

na nomenclatura da Iniciativa para “Hospital Amigo da Mãe e da Criança” (WHO/UNICEF, 2006).

No sentido de criar e apoiar novas iniciativas em várias partes do mundo, diferentes propostas e ações capazes de incentivar a formação de Unidades de saúde e Comunidades Amigas da Mãe e do Bebê além de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e de Pediatria Amigas da Criança foram estabelecidas (WHO/UNICEF, 2006).

A IHAC parece tão fundamental para a iniciação e manutenção do aleitamento materno exclusivo que autores sugerem que, em termos de relação custo-benefício, esta iniciativa seja comparável à das vacinas, suplementação de vitamina A e tratamento precoce da tuberculose (PÉREZ-ESCAMILLA, 2007). Entretanto, como será visto na seção 1.6, alguns estudos têm questionado a efetividade absoluta da Iniciativa, especialmente no que concerne à extensão da duração do AM.

### **Implantação da Iniciativa no Brasil**

No Brasil, a IHAC foi implantada pelo Ministério da Saúde em 1992, por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (LAMOUNIER, 1998). Em 2004, visando melhorar a qualidade de outras ações de proteção à criança e reduzir outros problemas relativos ao atendimento à mãe e ao recém-nascido nas maternidades, o Ministério da Saúde aproveita a oportunidade e acrescenta outros dez critérios para titulação dos hospitais em território nacional. São estes: (1) comprovar cadastramento da unidade de saúde no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); (2) comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância; (3) não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde (SUS); (4) não ter sido condenado judicialmente nos últimos dois anos em processos relativos à assistência ao pré-parto, parto, puerpério e unidades neonatais; (5) dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto; (6) garantir que 70% dos recém-nascidos saiam do hospital com Registro de Nascimento Civil; (7) possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais; (8) manter taxa percentual de cesarianas conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde; (9) apresentar permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e 48 horas para cesárea; e (10) permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto (BRASIL, 2004b).

Considerando a necessidade da ampliação e fortalecimento da IHAC no Brasil, em 2008, modificou-se o critério nº 8, passando-se a exigir apenas a redução das taxas de cesarianas no último ano, comparando-se ao ano anterior, devendo o hospital estar adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2008c).

Outra diferença entre a nossa regulamentação para titulação e a dos outros países é que os hospitais credenciados em nosso país recebem maior remuneração para alguns procedimentos perinatais. No caso de partos vaginais, por exemplo, o pagamento que é de aproximadamente R\$ 290 em hospitais sem a titulação, chega a R\$ 306 naqueles que são credenciados, computando um ganho de 5% na remuneração de cada parto normal realizado. Já no caso de cesáreas, a titulação representa um ganho de 8% para o hospital por cada procedimento cesáreo realizado (BRASIL, 2004a).

O credenciamento de hospitais por sua vez é bastante parecido com o fluxo sugerido pela OMS (WHO/UNICEF, 2006). Para o credenciamento, os hospitais devem preencher um questionário de auto-avaliação padronizado pelo Ministério da Saúde e encaminhá-lo à área competente da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esta faz a pré-avaliação do hospital por meio de avaliadores locais e solicita a documentação para os dez critérios adicionais. Se na pré-avaliação o estabelecimento de saúde não atender integralmente aos Dez Passos originais, a SES estabelece prazo para adequação ao cumprimento dos passos pendentes e posterior reavaliação (BRASIL, 2008b).

Se este atender aos requisitos necessários na pré-avaliação, a SES solicita uma avaliação global pelo Ministério da Saúde (MS). Esta é realizada por dois avaliadores credenciados, sendo apenas um do próprio estado. Se cada passo é cumprido em pelo menos 80% dos Critérios Globais estabelecidos pela OMS, a instituição recebe o título de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial. Caso o hospital não atinja esta meta, o MS fornece um Certificado de Compromisso válido por 6 meses, quando ocorrerá nova avaliação. Este é então considerado como “em vias de receber a titulação” (BRASIL, 2008b).

As reavaliações são realizadas a cada três anos ou quando houver denúncia de irregularidades, podendo o hospital perder o título caso seja constatado o não cumprimento de cinco ou mais dos dez passos (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008b).

Tanto a avaliação inicial como as reavaliações são feitas mediante questionários próprios, estabelecidos pela OMS. Estes permitem a caracterização de locais onde as mães e bebês permanecem em alojamento conjunto, centros de cuidados de recém-nascidos, enfermarias e locais de realização do parto. Além disso, apresentam itens de avaliação de

conhecimento sobre amamentação, tanto dos profissionais de saúde como das mulheres grávidas e puérperas do hospital. Vale ressaltar, que os tópicos “HIV e alimentação de lactentes” e “cuidado amigo da mãe”, citados na seção anterior, ainda não fazem parte dos critérios de avaliação para credenciamento das maternidades no Brasil (BRASIL, 2008b).

As informações obtidas por meio dos questionários fornecem indicadores para a própria instituição que está sendo avaliada, funcionando como uma ferramenta para o aprimoramento das ações não só de apoio ao aleitamento, mas também das demais ações voltadas à atenção perinatal (WHO/UNICEF, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, dos aproximadamente 20 mil hospitais credenciados em todo mundo, apenas 322 estão no Brasil, o que correspondia a uma cobertura de 28% dos nascimentos no país em 2007. Na região Sudeste, dos 76 hospitais credenciados, 48 (63%) são de administração pública, 23 (30,5%) de entidades beneficentes e 5 (6,5%) de administração privada. Destes 76 hospitais, apenas 17 (22%) se situam no Estado do Rio de Janeiro, sendo 9 na capital, 7 no interior e 1 na Baixada (BRASIL, 2009b).

Doze anos após o início da IHAC no Brasil, alguns autores constataram uma tendência de desaceleração no credenciamento dos hospitais, com número médio de apenas seis hospitais credenciados por ano no período estudado, sendo a maior queda registrada em 2004. O processo administrativo mais complexo em nosso país (incluindo aí a necessidade de cumprimento dos dez critérios adicionais aos Dez Passos) e a suspensão de cursos da IHAC para capacitação de gestores de hospitais são possíveis justificativas colocadas pelos autores para tal desaceleração. Estes resultados sugerem um baixo desempenho da política voltada para implementação da IHAC, frente ao potencial de hospitais com leitos obstétricos do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007b).

Outra questão a ser discutida é que nem todos os hospitais com a titulação de Amigo da Criança aderem integralmente a todos os Passos. Segundo recente avaliação destes hospitais, as maiores dificuldades dos hospitais são treinar a equipe de saúde para implementação da norma escrita sobre amamentação, mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo se separadas de seus filhos e encorajar a formação de grupos de apoio ao AM para onde as mães devem ser encaminhadas após a alta (Passos 2, 5 e 10; respectivamente) (ARAÚJO; SCHMITZ, 2007a).

Como uma tentativa de superar as limitações da IHAC e visando a instrumentalização da rede básica de saúde em nosso estado, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro lançou em 1999 a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Esta tem seus princípios baseados em uma revisão sistemática extensa que avaliou quais intervenções

realizadas no pré e pós-natal foram capazes de aumentar a duração do aleitamento materno (DE OLIVEIRA et al, 2005).

Assim como a IHAC, a IUBAAM também estabelece critérios para credenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no que concerne ao seu grau de promoção do AM, dentre os quais se ressalta: treinar a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao AM; ações de orientação de gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do AM; a escuta das preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança; e implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares (RIO DE JANEIRO, 2005).

Parece que esta Iniciativa tem dado bons resultados no Rio de Janeiro. Avaliação de uma unidade básica de saúde após credenciamento desta como UBAAM revelou impacto positivo nas taxas de aleitamento materno. Nos menores de 4 meses, a prevalência de AME passou de 68% para 88%, enquanto que entre as crianças com idade entre 4 e 6 meses, esta dobrou (de 41% para 82%) (CARDOSO et al, 2008).

### **Efetividade da Iniciativa no Brasil e no Mundo**

Dada a extrema importância das ações propostas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), não só a efetividade desta, mas também a de intervenções em seus moldes vêm sendo avaliadas em diversos países. Sem a pretensão de fazer uma revisão sistemática sobre as publicações a este respeito, esta subseção tentará fazer uma breve síntese dos principais estudos sobre o tema. A busca bibliográfica foi realizada inicialmente nas bases eletrônicas de dados *Pubmed/Medline e Scielo*, através das palavras *baby-friendly hospital*, digitadas em campo livre. Artigos sobre implantação ou avaliação da IHAC foram selecionados e suas referências também consideradas.

Como pode ser visto no Quadro 1, grande parte dos estudos foi realizada nos últimos dez anos, especialmente na Europa e nos Estados Unidos. De modo geral, ao se considerar os estudos melhor conduzidos em termos metodológicos (elevados tamanhos amostrais e controle de principais variáveis de confusão), pode se perceber que a maior parte deles traz evidências que reforçam a efetividade da Iniciativa, especialmente em termos de iniciação da amamentação.

Entretanto, ao se debruçar sobre cada uma das pesquisas, percebe-se que tanto os objetivos, como as opções metodológicas desenvolvidas pelos autores são extremamente variados, dificultando a comparabilidade de seus resultados e conclusões. O estudo PROBIT (*Promotion of Breastfeeding Intervention Trial*), por exemplo, foi um grande ensaio clínico multicêntrico, randomizado, realizado na Bielorrússia, país do leste europeu, cuja intervenção consistiu no treinamento de parteiras, enfermeiras e médicos de hospitais e policlínicas, nos moldes do curso de amamentação da OMS, necessário para obtenção do título de HAC. Segundo os autores, o efeito protetor destas práticas pró-aleitamento foi visível, pois, como descrito no Quadro 1, enquanto que no grupo de intervenção a prevalência de aleitamento chegou a 73% aos 3 meses de vida da criança, no grupo controle, apenas 60% das mães estavam amamentando neste período. Quando considerado o AME, a prevalência foi 7 vezes maior aos 3 meses de vida no grupo submetido à intervenção e 12 vezes maior aos 6 meses, quando comparado ao grupo controle (KRAMER et al, 2001).

**Quadro 1- Principais Estudos Internacionais de avaliação da efetividade da IHAC.**

Autor, Ano e Local	Objetivos	Aspectos relativos ao Desenho do Estudo	Principais Resultados
<b>Ensaios de Intervenção</b>			
(Kramer et al, 2001); Bielorrússia	Avaliar os efeitos de ações promotoras do AM na duração do AM e AME e em doenças respiratórias, gastrointestinais e atópicas	Ensaio Clínico Randomizado por Clusters - Multicêntrico; n= 17.046 pares de mãe e bebê e 31 hospitais; Dados colhidos ao nascer e aos 1,2,3,6,9,12 meses de vida; Fatores de Confusão considerados: peso de nascimento, idade materna e história prévia de amamentação por mais de 3 meses	60% das mães estavam amamentando aos 3 meses no grupo controle e 73% no de intervenção; AME no grupo experimento foi 7x maior aos 3 meses e 12x maior aos 6 meses; redução de 40% das doenças gastrointestinais e de 46% dos ezemas atópicos, não houve diferença para infecções respiratórias agudas
<b>Estudos Antes - e - Depois</b>			
(Camurdan et al, 2007); Turquia	Determinar os efeitos da IHAC nas taxas de AME aos 6 meses de vida e de AM até os 24 meses de vida	Comparação de Coortes; sendo a 1ª de 2001-02 (antes da IHAC, n= 258) e a 2ª de 2002-03 (depois IHAC, n=297); Dados de consultas aos 15d, 2m, 4m, 6m, 9m, 12m, 18m e 24 meses de vida.;Fatores de Confusão: Profissão materna, escolaridade e idade maternas, tipo de parto, paridade, idade gestacional, peso de nascimento.	Idade materna, nascimento a termo e ocupação formal materna aumentam duração AME. Mediana de AM passou de 17 meses para 21 meses após IHAC. Taxas de AME aumentaram aos 15d, 2m e 4 meses de vida após IHAC.
(Bosnjak et al, 2004); Croácia	Avaliar os efeitos da implementação da IHAC e de suporte pós natal nas taxas de amamentação	Comparação de Coortes; sendo a 1ª de 1990-93 (antes da IHAC, n= 2818), a 2ª de 1994-95 (depois da IHAC, n=2257) e a 3ª de 1999-2000 (após implementação de suporte pós-natal); Dados coletados de prontuários e do Child Health Card (amamentação aos 1,3,6,9 e 12 meses de vida); Fatores de confusão não considerados.	Prevalência AM aos 3, 6 e 9 meses de vida dobrou após IHAC. Aumento ainda maior quando implementou-se acompanhamento pós-natal em 1997-98;de 11,5% (antes IHAC) para 49% aos 6 meses de vida e de 6,1% para 34% aos 9 meses e de 2,2% para 22,8% aos 11-12 meses de vida.
(Philipp et al, 2001); EUA	Comparar as taxas de AM em um hospital em Boston, antes (1995), durante (1998) e depois (1999) do credenciamento como HAC	Transversal; n=600 (200 em cada ano); Revisão de prontuários selecionados aleatoriamente	Iniciação de AM de 58% (1995) para 77,5% (1998) e 86,5% (1999); AME de 5,5% (1995) para 28,5% (1998) e 33,5% (1999) Aumento maior da iniciação especialmente em mulheres negras: de 34% (1995) para 64% (1998) e 74% (1999)

**Quadro 1 - Principais Estudos Internacionais (Continuação).**

Autor, Ano e Local	Objetivos	Aspectos relativos ao Desenho do Estudo	Principais Resultados
<b>Estudos de Coorte</b>			
(Pincombe et al, 2008); Austrália	Avaliar se a aderência aos Passos 1, 2, 3, 4, 9 e 10 está associada com aumento da duração do AM em mães primíparas de bebês a termo	Coorte, n=317; Dados coletados por telefone aos 7d, 6 sem, 3m e 6m de vida. Usada <i>Breast feeding Self Efficacy Scale</i> (BSES) - Dennis e Faux (1999); Fatores de Confusão: Escolaridade materna, país de nascimento, se possuía casa própria ou não, tabagismo, duração pela qual intencionava amamentar, gravidez de risco ou não, uso de anestesia epidural, tipo de parto, tempo de internação da mãe e do bebê.	Associação da duração do AM somente com Passos 1, 2 e 10.
(Broadfoot et al, 2005); Escócia	Avaliar o efeito da IHAC nas taxas de AM aos 7 dias de vida em maternidades escocesas	Coorte; n=445.623; <i>Guthrie</i> dataset (de 1995 a 2000) - informação sobre alimentação da criança em cartão para "teste do pezinho"; coletada por volta dos 7 dias de vida; Fatores de Confusão: status sócio-econômico; idade materna; "tamanho" do hospital; ano de nascimento.	A probabilidade de estar sendo amamentado aos 7 dias de vida foi 28% maior em crianças nascidas em HAC; Taxa Média de Amamentação aumentou em 11% para nascidos em HAC e 8% para não-HAC ao longo do período estudado.
<b>Estudos Transversais</b>			
(Rosenberg et al, 2008); EUA	Determinar se a implementação de qualquer um ou de todos os Passos influencia a taxa de AM	Transversal (survey); n= 57 hospitais; Dados sobre amamentação (Recordatório de 24h) aos 2 dias e 2 semanas de vida coletados do 1997 Oregon NBS program e agregados para cada hospital; Fatores de Confusão: Variáveis Demográficas do Hospital (local (urbano ou rural), tamanho, número de partos e "grau de risco").	Associação positiva entre "escala de adesão aos passos" e AM. Esta foi mais forte quando estratificação por local hospital, tamanho e número de partos. IHAC promove AM até 2 semanas de vida, apesar de somente Passo 1 ter se mantido associado ao AM na segunda semana de vida.
(Bartington et al, 2006); Reino Unido	Determinar se as taxas de AM eram maiores entre mães que tiveram seus filhos em HAC	Transversal; n= 17.359; Dados coletados aos 9 meses de idade da criança, dos participantes do Millennium Cohort Study; entrevistas em casa com perguntas sobre gestação e parto e alimentação criança desde o nascimento; Fatores de Confusão: Planejamento gravidez; pré natal; acompanhante no parto; tipo de parto; duração internação materna; complicações neonatais; país de residência; status socioeconômico; raça; idade materna; escolaridade; estado civil; primiparidade.	Probabilidade 10% maior de iniciar AM em HAC do que em não HAC; não evidenciou associação de nascimento em HAC com AM no 1º mês de vida.
(Abolyan, 2006); Rússia	Avaliar a implementação dos Dez Passos em oito maternidades e conhecer prevalências do AM nos hospitais e por áreas do país	Transversal; n=741; Dados maternos colhidos ao nascimento do bebê e Dados oficiais do Ministério de Saúde russo de 1999 a 2003 sobre aleitamento; não foram considerados fatores de confusão.	Em ambos os tipos de hospitais, a maioria das mulheres mostrou intenção de continuar amamentando em casa (95% naqueles com a titulação e 89% naqueles sem esta). Aumento de 50% na prevalência do AM em áreas com HAC e de 24% nas sem HAC de 1999 a 2003.

**Quadro 1 - Principais Estudos Internacionais (Continuação).**

Autor, Ano e Local	Objetivos	Aspectos relativos ao Desenho do Estudo	Principais Resultados
<b>Estudos Transversais</b>			
(Merten et al., 2005); Suíça	Investigar mudanças na prevalência e duração do AME e AM desde 1994 e sua associação com práticas hospitalares da IHAC	Transversal; n=2.861; Amostra aleatória de mães que tiveram bebês nos últimos 9 meses, recrutadas a partir de 183 serviços e 2 hospitais; questionário auto-preenchido com recordatório alimentar de 24h e informação detalhada sobre introdução de alimentos; Fatores de Confusão: problemas médicos antes, durante e depois do parto; tipo de parto; saúde da mãe; idade materna; tabagismo e IMC maternos; nacionalidade; escolaridade; trabalho e renda.	Maior prevalência e mediana de duração do AM e AME nos nascidos em HAC; sendo maior efeito naqueles hospitais com mais adesão aos Dez Passos.
(Merten; Ackermann-Liebrich, 2004); Suíça	Investigar a prevalência de AME no início do monitoramento dos HACs na Suíça e determinar se este é capaz de aumentar adesão aos Passos	Transversal; n= 4.351; Questionários aplicados em todos os 28 hospitais HAC na Suíça, entre agosto e dezembro de 1999 (4 anos após IHAC); Fatores de Confusão: peso de nascimento, idade gestacional, gemelaridade, tipo de parto, idade materna, nacionalidade, escolaridade e paridade, tipo de hospital.	97% das mães iniciaram AM, mas apenas 37% estavam em AME durante estadia no hospital. Na alta, 92% em AM. Taxas menores de AME em mãe com grau superior após estratificação por escolaridade materna. Maioria das maternidades não cumpria todos os critérios dos HAC apesar de terem a titulação. Risco de não estar em AME declina com monitoração mensal e anual de aderência aos Passos.
(Weng et al., 2003); Taiwan	Avaliar o efeito da IHAC nas taxas de AM e analisar fatores que levaram à creditação como HAC	Transversal; n=7038 (6 hospitais); Dados coletados pelo questionário da OMS de credenciamento de hospitais à IHAC; Fatores de confusão não considerados.	Prevalência de AME, AMP e AM foi maior nos hospitais que conseguiram o título de Amigo da Criança. Naqueles que falharam a taxa de AME, AMP e AM eram de 23%, 54% e 78% ao nascer e de 18%, 40% e 59% ao 1º mês de vida. Já naqueles com título, estas foram de 31%, 56% e 88% ao nascer e de 26%, 42% e 67% ao 1º mês de vida.
(Philipp et al., 2003); EUA	Estabelecer se HACs conseguem manter suas taxas de aleitamento nos três anos seguintes de sua titulação	Transversal; n=600; Revisão de prontuários selecionados aleatoriamente nos anos de 1999, 2000 e 2001 de um HAC	Prevalência de iniciação AM: 86,5% em 1999, 81,5% em 2000 e 87% em 2001; Taxa de AME diminuiu, mas não de forma estatisticamente significativa.

A pesquisa conduzida em Boston, EUA, também indicou a efetividade da IHAC após a sua implementação e nos três anos posteriores (PHILIPP et al, 2001). Achado semelhante foi encontrado em estudo realizado na Rússia, onde após implantação da IHAC, houve aumento em 50% na prevalência do aleitamento nas áreas de HAC e apenas em 24% nas áreas sem HAC (ABOLYAN, 2006).

Como apontado no referido Quadro, estudo realizado na Escócia, que estimou taxas médias de amamentação aos sete dias de vida, antes e depois da implementação da IHAC, também sugeriu a efetividade desta. Entretanto, segundo os autores, o aumento das taxas de amamentação não ocorreu somente em hospitais com a titulação, mostrando que muitas outras políticas de incentivo ao aleitamento materno ainda podem ser responsáveis por este aumento, sendo difícil atribuí-lo apenas à IHAC (BROADFOOT et al, 2005).

Por outro lado, estudo da Suíça indica que apesar de 97% das mães iniciarem amamentação em HAC, apenas 39% das crianças aí nascidas estavam sendo amamentadas exclusivamente durante sua estadia hospitalar. Além disso, estas taxas variaram de 8 a 86% entre as 28 maternidades com a titulação, sendo questionado o significado do título e o procedimento de reavaliação de aderência aos Passos (MERTEN; ACKERMANN-LIEBRICH, 2004).

Outro estudo transversal conduzido pelos mesmos autores detectou maior prevalência e duração do AM e AME nos HAC; sendo o efeito maior naqueles hospitais com melhor adesão aos Dez Passos, mostrando mais uma vez que não basta só a titulação e sim o real cumprimento destes. Crianças nascidas em HAC com alta adesão aos Passos apresentaram mediana de AME de 12 semanas, já aquelas nascidas em hospitais sem o título, tiveram mediana de AME de 6 semanas (MERTEN et al, 2005).

Apesar de resultados animadores sobre a iniciação do AM, a manutenção deste após alta hospitalar parece não estar sendo alcançada, mesmo com a IHAC, em algumas regiões. Estudo transversal, inserido em um estudo de coorte, realizado na Inglaterra detectou probabilidade 10% maior de iniciar AM em HAC; porém não houve associação do nascimento em HAC ou em hospitais em vias de receber titulação com AM no primeiro mês de vida. Este resultado sugere que a duração do aleitamento materno pode ser curta se não houver acompanhamento destas mães e fortalecimento da amamentação em unidades de atenção primária, ou seja, deve-se atentar para o cumprimento do importante décimo passo (BARTINGTON et al, 2006).

Como pode ser observado no Quadro 2, no Brasil, poucos estudos que tiveram como objetivo avaliar a efetividade da Iniciativa ou de propostas baseadas na mesma foram

publicados. O primeiro estudo com a proposta de avaliar o efeito da promoção ao AM em hospitais foi feito em Santos, em 1997. Neste, foram acompanhadas mães que tiveram seus filhos em hospital com práticas incentivadoras do aleitamento materno e mães que não os tiveram em hospitais com estas características. A mediana de AME foi de 75 dias naqueles com promoção à amamentação e de 22 dias nos demais, mostrando a importância da promoção desta prática (LUTTER et al, 1997).

Os dois estudos de Coutinho e colaboradores realizados em Pernambuco também merecem comentário. Após treinamento dos profissionais de saúde de dois hospitais nos moldes da IHAC, detectou-se maior proporção de crianças em AME no segundo dia de vida quando comparadas à coorte histórica de controle (COUTINHO et al, 2005). Entretanto, mesmo que nascidas em maternidades promotoras de aleitamento, esta prevalência chegava a apenas 30% aos dez dias de vida. Em acompanhamento subsequente, estas crianças nascidas em HAC foram alocadas aleatoriamente em dois grupos. O primeiro grupo recebeu visitas domiciliares no período do pós parto, enquanto que o segundo não. Segundo os autores, houve uma maior prevalência média de AME entre as que foram alvo de visitas domiciliares, evidenciando-se novamente a importância do cumprimento do décimo passo, que preconiza acompanhamento e suporte destas puérperas e crianças após alta hospitalar (COUTINHO et al, 2005).

Mais recentemente, estudo realizado em Pelotas mostrou que crianças nascidas em HAC tiveram maior índice de AME no primeiro mês de vida, porém esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa. Os autores sugerem que provavelmente os resultados seriam mais promissores caso a adesão aos Dez Passos fosse total, o que não ocorreu na ocasião da coleta de dados (SILVA et al, 2008).

Apesar dos estudos aqui mostrados sugerirem efetividade da Iniciativa, é importante notar que há ainda algumas lacunas a serem preenchidas no que tange aos estudos sobre o tema em nosso país, a começar pela escassez de pesquisas e a restrição dos estudos a poucos cenários. Poucas pesquisas foram identificadas no Brasil. Destas, duas no estado de Pernambuco, duas no estado do Rio Grande do Sul e apenas uma em São Paulo e Minas Gerais.

Em termos metodológicos, também é preciso avançar. Nota-se, por exemplo, que em parte dos estudos não houve um controle adequado dos possíveis fatores de confusão, já que os autores apenas comparam as prevalências de aleitamento antes e depois da IHAC, o que enfraquece a hipótese de relação causal entre a Iniciativa e o aumento da iniciação e duração do aleitamento materno. Outro aspecto metodológico questionável dos estudos antes-e-depois

e da utilização de coortes históricas como grupo controle é que não se pode garantir que as modificações nas taxas de aleitamento sejam exclusivamente devido à implantação da Iniciativa, já que várias outras estratégias de apoio ao aleitamento materno também foram desenvolvidas paralelamente à implantação da IHAC.

**Quadro 2 – Principais estudos brasileiros de avaliação da efetividade da IHAC.**

Autor, Ano e Local	Objetivos	Aspectos relativos ao Desenho do Estudo	Principais Resultados
<b>Ensaios de Intervenção</b>			
(Silva et al, 2008); Rio Grande do Sul	Avaliar o impacto da implantação da IHAC no HUSFP (Pelotas) nas taxas de AME no primeiro mês de vida	Estudo quase-experimental, inserido em uma coorte, n=973; seleção aleatória, Entrevistas realizadas na maternidade e em visita domiciliar com um mês de vida; Fatores de confusão considerados: renda familiar, escolaridade e idade dos pais, cor materna, primiparidade, tabagismo na gravidez, trabalho materno, tipo de parto, sexo e peso do bebê, número de consultas pré-natal, tempo de gestação, parto em HAC e uso de chupeta.	Apenas uso de chupeta mostrou associação estatisticamente significativa (risco 71% maior de não estar em AME). Crianças nascidas em HAC tiveram maior índice de AME quando comparadas àquelas nascidas em não HAC, porém essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ( $p=0,08$ ) no primeiro mês de vida.
(Coutinho et al, 2005); Pernambuco	Avaliar impacto do treinamento hospitalar promotor do AM em duas maternidades de Palmares	Ensaio de Intervenção; n= 384; Entrevistas realizadas com mães nas maternidades que receberam intervenção (capacitação baseada na IHAC) aos dois dias de vida do RN e em casa no décimo dia de vida; grupo controle foi uma coorte histórica; Fatores de Confusão considerados: Idade materna; número de gestações; renda per capita; escolaridade; se vive com o pai do bebê; pré-natal; tipo de parto.	Maior proporção de crianças em AME no segundo dia de vida após intervenção nas duas maternidades (56% e 79%) quando comparadas ao controle (21%); Maior prevalência AME aos 10, 60, 90, 120 e 150 dias nas crianças nascidas nestas maternidades quando comparadas ao grupo controle.
(Coutinho et al, 2005); Pernambuco	Comparar Intervenção Hospitalar x Intervenção Comunitária	Ensaio de Intervenção Comunitária Randomizado; n= 350; grupo de intervenção recebeu dez visitas domiciliares do 1º ao 6º mês de vida; mesmos fatores de confusão citados no estudo acima.	Prevalência média agregada do AME de 10-180 dias de vida da criança foi de 4,5% naquelas mães acompanhadas no pós-natal e de 13% nas não acompanhadas.
(Lutter et al, 1997); São Paulo	Avaliar a efetividade de um programa hospitalar promotor de AME em Santos	Ensaio de Intervenção; n=442; Dados coletados dos prontuários e entrevistas com as mães realizadas antes da alta e em casa aos 30 e 90 dias de ida da criança; Fatores de Confusão: peso de nascimento, parto cesáreo, informação sobre AM pré e pós natal.	Mediana de duração de AME de 75 dias nos com programa e de 22 dias nos sem programa; 64% de probabilidade de AME no primeiro mês de vida nos hospitais com programa e 39% nos sem programa.
<b>Estudos Antes-e-Depois</b>			
(Caldeira; Gonçalves, 2007); Minas Gerais	Avaliar o impacto da IHAC para toda área urbana do município de Montes Claros, através de reavaliação dos indicadores de AM	Comparação prevalências de dois estudos transversais realizados antes e depois da IHAC no município (todos hospitais do município foram credenciados); n= 602 (1º n=1526(2º), inquérito domiciliar no 1º estudo e entrevistas em postos de saúde no 2º, não foram considerados fatores de confusão.	Duração mediana AME passou de 27 dias (1996) para 3,5 meses (2004) e do AM de 4 meses para 5 meses.
(Braun et al, 2003); Rio Grande do Sul	Avaliar se houve modificação de duração do AM e AME após mudança de status do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Comparação de duas coortes de bebês nascidos no HCPA sendo a 1ª coorte de 1994 (antes da IHAC) e a 2ª coorte de 1999 (2 anos após IHAC no hospital); n=437; mães entrevistadas na maternidade e em casa (1, 2, 4 e 6 meses de vida); Fatores de Confusão considerados: idade e estado civil materno, renda per capita.	Maior mediana de duração AME quando nascidas em HAC (2 meses) quando comparadas a não HAC (1 mês); Maior efetividade para AM naquelas de baixa renda (modificação de efeito).

## 1. JUSTIFICATIVA

Apesar das recomendações das diferentes instituições internacionais que visam garantir o bem-estar da criança sobre o aleitamento materno exclusivo e complementado, a duração do aleitamento materno no mundo todo, inclusive no Brasil, ainda está longe das metas preconizadas.

A partir do pressuposto de que a promoção da amamentação nas maternidades, desde o pré-natal, seguido pelo momento da internação para o nascimento da criança até a alta hospitalar da mãe e do bebê, é uma estratégia efetiva para o aumento da iniciação e duração do aleitamento materno, OMS e UNICEF propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Como descrito na Introdução, a Iniciativa é relativamente recente e, apesar dos avanços que parecem ter sido obtidos com a proposta, ainda há um número reduzido de estudos que avaliam de forma sistemática os seus efeitos no perfil do aleitamento no Brasil e no mundo. Ao se avaliar os poucos estudos já realizados, percebe-se que a maioria dos mesmos sugere que o cumprimento dos Dez Passos é capaz de aumentar as taxas de aleitamento materno, especialmente as que se referem à iniciação da amamentação. Entretanto, como apontado anteriormente, algumas pesquisas vêm indicando que não bastam os Passos realizados durante a internação na maternidade. A Iniciativa parece ter maior sucesso quando se garante a sequência deste apoio após a alta hospitalar.

Uma análise crítica dos procedimentos e métodos utilizados nestas pesquisas também deixa clara a necessidade de ampliação deste programa de investigação, tendo em vista certas limitações. Dentre estas, destaca-se o fato de que parte dos estudos apenas compara indicadores antes e depois da implantação da Iniciativa, sem que se considerem os possíveis fatores de confusão.

Dada a importância do aleitamento materno, a magnitude do desmame precoce e os custos financeiros e operacionais que envolvem a Iniciativa, parece de extrema relevância não só a implantação da mesma, mas o seu contínuo monitoramento, tanto no âmbito de seus processos nas unidades de saúde, como no de seu impacto no perfil de iniciação e duração do aleitamento materno.

## 2. OBJETIVOS

- **Geral:**

Avaliar o papel da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no processo de proteção ao aleitamento materno exclusivo e predominante em crianças que frequentam Unidades Básicas de Saúde no município do Rio de Janeiro.

- **Específicos:**

- Descrever o perfil do aleitamento materno de crianças até 5 meses de idade, atendidas em cinco Unidades Básicas de Saúde no Rio de Janeiro.
- Descrever o perfil de duração do aleitamento materno exclusivo e exclusivo + predominante entre mulheres que tiveram seus filhos em maternidades com, sem e em vias de receber a titulação de HAC.
- Avaliar se nascer em Hospital Amigo da Criança evita e/ou posterga a interrupção do aleitamento materno exclusivo e exclusivo + predominante em crianças desta faixa etária.

## 3. MÉTODOS

Este estudo é aninhado a um projeto maior do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) que tem como principais objetivos avaliar se a Violência entre Parceiros Íntimos é um fator de risco para o desmame precoce e para a depressão pós-parto. Assim, a seção será dividida em duas partes. A primeira apresenta aspectos metodológicos mais gerais do estudo principal que se fazem necessários para uma avaliação crítica do presente estudo e a segunda expõe as decisões metodológicas e os procedimentos específicos deste estudo.

### 3.1 Métodos referentes ao estudo principal

#### 3.1.1 Desenho, População de Estudo e Coleta de Dados

Trata-se de um estudo transversal, que tem como população de estudo mães de crianças menores de 5 meses de idade que aguardavam atendimento nos setores da pediatria, puericultura e /ou vacinação em cinco Centros Municipais de Saúde (CMS)<sup>3</sup>, localizados em diferentes Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro.

Estas unidades foram selecionadas por se adequarem melhor às necessidades da pesquisa, com melhor infra-estrutura, fácil acesso e número significativo de atendimentos em pediatria e/ou puericultura. As unidades tinham perfil semelhante quanto à promoção do aleitamento materno, limitando-se apenas à presença de cartazes nas paredes, e não possuíam título de Unidades Básicas Amigas da Amamentação.

Dada a abordagem do estudo de fundo, foram consideradas elegíveis apenas as crianças acompanhadas pela própria mãe no momento da entrevista, sendo que esta deveria relatar ter tido pelo menos uma relação amorosa por mais de um mês durante a gestação.

Foram excluídos casos de crianças gêmeas e as que possuíam alguma contra-indicação formal, materna ou da própria criança, ao aleitamento materno (mãe HIV positiva, em tratamento oncológico ou fazendo uso de medicação que contra-indicasse o aleitamento, crianças com problemas metabólicos que impedissem a amamentação ou que apresentassem lábio leporino com má formação bilateral). Das 853 mães convidadas a participar, 2,11% não eram elegíveis e 2,81% se recusaram a responder à entrevista.

A coleta de dados ocorreu durante cinco meses, de janeiro a junho de 2007, sendo a seleção de respondentes feita por meio de sorteio enquanto aguardavam atendimento. As entrevistas foram realizadas por equipe formada apenas por mulheres, face a face com as mães, em local reservado, sem a presença do acompanhante, dado que abordavam questões de foro íntimo.

Para a coleta de dados utilizou-se questionário multidimensional composto pelos seguintes módulos: (1) identificação da mãe e do bebê, contemplando dados sobre o pré-natal

---

<sup>3</sup> CMS Silveira Martins (Catete - AP 2.1), CMS Heitor Beltrão (Tijuca - AP 2.2), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Engenho da Rainha - AP 3.2), CMS Marcolino Candau (Praça XI - AP 1.0) e CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello (Jacarepaguá - AP 4.0).

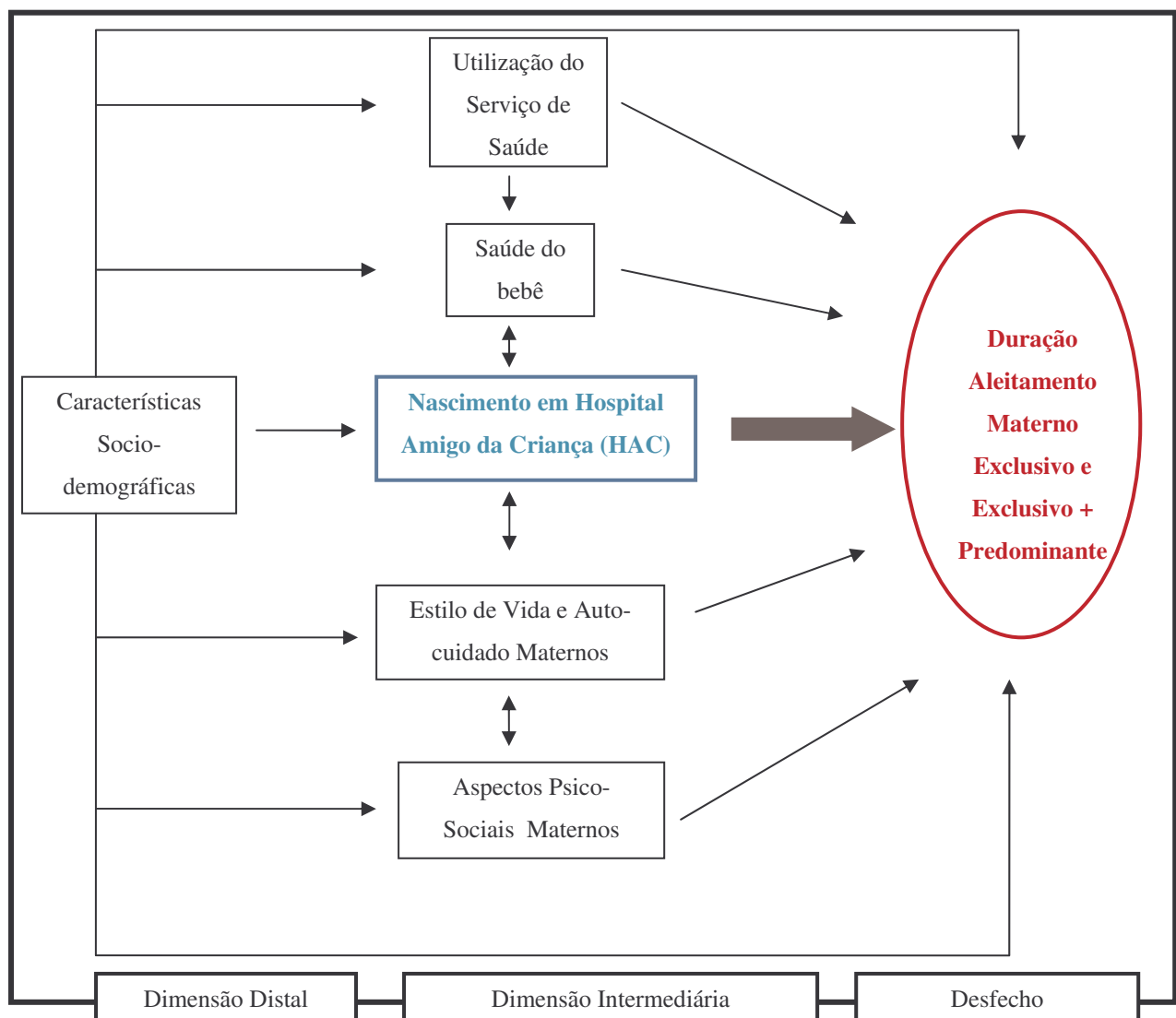
e nascimento; (2) saúde mental materna; (3) eventos de estresse na vida durante a gestação e após o parto; (4) alimentação do bebê, (5) violência entre parceiros íntimos; (6) depressão pós-parto; (7) hábitos de vida da mulher e do companheiro; (8) autoestima; (9) apoio social e (10) situação socioeconômica.

### 3.2 Métodos Referentes ao Estudo Atual

#### 3.2.1 Modelo Teórico e Operacionalização das Variáveis

O modelo teórico-conceitual do estudo contemplou as dimensões mais usualmente citadas como protetoras ou ameaçadoras do aleitamento materno (Figura 1).

**Figura 1– Modelo Teórico-Conceitual**



A dimensão distal do modelo é composta pelas *características sociodemográficas*. Estas são representadas pelas condições econômicas da família e ambientais do domicílio, pela idade, cor e escolaridade da mãe, trabalho materno no pós-parto e situação conjugal desta.

Para caracterizar a situação socioeconômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Este foi produzido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa e estima o potencial de compra das famílias, assim segmentando o mercado em classes econômicas a partir de informações sobre escolaridade do chefe de família, posse de bens duráveis e existência de empregado doméstico no domicílio (MATTAR, 1995; ABEP, 2003).

Já na caracterização da situação ambiental do domicílio considerou-se o número de pessoas por cômodo do domicílio, tipo de material que constitui a maior parte do piso da casa, esgotamento sanitário e recolhimento do lixo, que compunham um escore de classificação, sendo possível a separação em duas categorias: ruim e regular/boa (ponto de corte >4) (REICHENHEIM; HARPHAM, 1990).

Para fins de descrição da amostra, a variável idade materna foi operacionalizada em três categorias: menos de 20 anos, de 20 a 35 anos e mais de 35 anos, porém nas análises bivariada e multivariada, a forma contínua foi priorizada. Quando considerada a cor da mãe, se optou por categorizar esta variável de forma binária em Brancas x Outras (incluindo negras, pardas/mulatas, indígenas e asiáticas), dado o pequeno número de mães em determinadas categorias. Já a escolaridade materna foi operacionalizada conforme a seguir: 1º grau incompleto, 1º grau completo ou 2º grau incompleto, 2º grau completo e 3º grau incompleto ou mais. A situação conjugal da mulher foi operacionalizada em casada (tem companheiro atual) e solteira, separada ou viúva (não tem companheiro atual).

Na dimensão intermediária, encontram-se a *saúde da criança*, representada pela percepção materna desta e pela idade gestacional de nascimento do bebê; a *utilização de serviços de saúde*, retratada pelas variáveis idade gestacional no início do acompanhamento pré-natal e número de consultas pré-natais; *estilo de vida e autocuidado da mulher*, representados pelo consumo de álcool e cigarro; e os *aspectos psicossociais maternos*, dimensão representada pelo grau de autoestima materna e nível de apoio social.

A percepção materna sobre a saúde da criança foi captada adaptando-se a abordagem da OMS sobre autopercepção de saúde, categorizada em excelente, muito boa, boa, regular e ruim (SZWARCOWALD et al, 2005). A idade gestacional do bebê ao nascimento foi utilizada na forma contínua e também operacionalizada de forma dicótoma, classificando o bebê em

premature (idade gestacional menor que 37 semanas) e a termo (maior que 37 semanas). A idade gestacional no início do acompanhamento pré-natal (primeiro trimestre x após primeiro trimestre) permitiu a operacionalização da utilização dos serviços de saúde assim como o número de consultas pré-natais (menos de seis consultas x seis ou mais).

A suspeição de uso inadequado de álcool pela mãe foi avaliada pela versão em português do instrumento TWEAK (*Tolerance; Worry; Eye-Opened; Amnesia; C/Kut Down*) (MASUR; MONTEIRO, 1983; MORAES et al, 2005). Os casos suspeitos de uso inadequado de álcool foram os indivíduos que obtiveram um escore de dois ou mais (EWING, 1984; SOKOL et al, 1989; RUSSEL et al, 1994).

A autoestima materna foi avaliada através da escala de Rosenberg, utilizada no mundo todo por suas ótimas propriedades psicométricas e fácil aplicabilidade (ROSENBERG, 1989). Esta já foi traduzida para mais de 20 idiomas e aplicada em mais de 50 países (ASSIS et al, 2003; SCHMITT; ALLIK, 2005), incluindo Brasil. Para caracterização da amostra, categorizou-se o escore em tercís (autoestima elevada, moderada e baixa). Nas análises bi e multivariadas, o escore foi utilizado em sua forma contínua.

O nível de apoio social percebido pela mulher foi captado utilizando-se a versão nacional (GRIEP et al, 2003; GRIEP et al, 2005) da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991), composta pelas subdimensões apoio material, afetivo, emocional, de informação e interação social positiva. Para caracterização da amostra, categorizou-se o escore total com base em quintis, sendo sua forma contínua priorizada nas análises bi e multivariadas.

A exposição de interesse central (perfil da maternidade) foi caracterizada de acordo com o incentivo ao aleitamento materno, havendo três possibilidades de classificação: Hospitais Amigos da Criança, aqueles com Certificado de Compromisso, ou seja, em vias de receber esta titulação e aqueles sem a titulação.

As variáveis de desfecho foram: 1) Duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), caracterizado, segundo a OMS, pela criança que recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de vitaminas, minerais e/ou medicamentos ou soro oral; e 2) Duração do Aleitamento Materno Exclusivo e Predominante (AMEP), caracterizado por crianças em AME e crianças em Aleitamento Materno Predominante (AMP), que são aquelas que recebem não só leite materno, diretamente da mama ou extraído, mas também água, chá ou sucos, não incluindo leites artificiais e fórmulas infantis (OPAS, 1991; WHO, 2003; 2007). A avaliação da alimentação da criança foi feita através do recordatório alimentar, por parte da mãe, nos últimos 7 dias.

Apesar de ser comum avaliar hábitos alimentares apenas nas últimas 24 horas, optou-se pelo recordatório mais prolongado, uma vez que a população de estudo era constituída de crianças que procuraram o CMS por alguma doença aguda, podendo estar aceitando apenas leite materno naquele momento, mesmo que já introduzidos alguns alimentos complementares.

### 3.2.2 Análise de Dados

Para análise de dados, inicialmente, fez-se necessária uma abordagem multinível, a fim de detectar possíveis efeitos de cluster/contexto, já que a variável de interesse (titulação do hospital de Amigo da Criança) não é uma característica do indivíduo. Esta análise evidenciou que apenas 1% da variabilidade entre indivíduos poderia ser explicada por um segundo nível “hospitalar”, ou seja, por fatores contextuais relacionados ao hospital de nascimento. Nesse sentido, foi feita uma abordagem para detecção deste efeito quanto ao local da entrevista, que também não evidenciou variabilidade significativa. Portanto, não foi necessária implementação de modelos multiníveis neste banco de dados.

Utilizou-se então uma abordagem do tipo “*current status*” tradicional, considerando AME e AMEP como variáveis dependentes (GRUMMER-STRAWN, 1993; AARTS et al, 2000). O método permite recompor via modelagem a experiência longitudinal da coorte subjacente de crianças a partir do recordatório alimentar dos últimos 7 dias e da informação da idade da criança na data de entrevista. Dentre vários modelos propostos (GRUMMER-STRAWN, 1993), optou-se pelo modelo log-log complementar por ser este capaz de estimar a função *hazard* cumulativa equivalente à estimada pelo modelo de sobrevivência de Weibull (SELVIN, 2004).

No contexto do presente estudo, o modelo log-log complementar pode ser especificado como  $\ln(-\ln(S(i))) = \alpha + p \ln(x_i) + x_v \beta_v + x_k \beta_k$ , o que fornece  $S(i) = \exp(-e^\alpha x_i^p e^{x_v \beta_v} e^{x_k \beta_k})$ , a proporção ainda amamentando na idade  $i$ . Denotando  $\lambda = e^{\alpha/p}$  e apontando que no modelo log-log complementar  $\alpha$  e  $p$  são, respectivamente, o intercepto e coeficiente de regressão relativo ao logaritmo da idade da criança, é possível reescrever  $S(i) = \exp(-(\lambda x_i)^p e^{x_v \beta_v} e^{x_k \beta_k})$ . Pode-se constatar que o primeiro componente da exponencial  $(-\lambda x_i)^p$  corresponde à função *hazard* cumulativa de uma Weibull, conforme anunciado (SELVIN, 2004).

Em se tratando de uma análise de *current status*, o tempo de sobrevivência do aleitamento exclusivo da Weibull é aproximado pelo logaritmo da idade da criança mediante os termos  $x_i$

e  $p$  contemplados no modelo log-log complementar acima. Por extensão e de interesse central, deve ser notado também que o segundo componente envolve  $X_v\beta_v$ , o que significa ser possível estimar as razões de taxas (*hazard-ratio*) do aleitamento materno entre crianças nascidas e não nascidas em HAC. O último termo  $X_k\beta_k$  referente à  $k$  covariadas indica que se trata de um contexto multivariado com vista ao controle de variáveis de confusão.

Entretanto, é importante lembrar que a premissa para tal análise é a de estacionariedade das características da população. Como as razões de taxas (*hazard-ratios*) tanto do AME como do AMEP não eram constantes ao longo do tempo, fez-se necessária a introdução de um termo de interação no modelo, composto pela variável de exposição e pelo logaritmo da idade da criança. Além disso, estas razões de taxas foram estimadas para cada momento no tempo, tendo a idade da criança como referência, com intervalos de 15 dias, até os 5 meses de vida.

As variáveis com p-valor  $\leq 0,2$  na análise univariada foram selecionadas e introduzidas ao modelo multivariado, sequencialmente, conforme a orientação do modelo teórico, sendo o início com as representantes das dimensões mais distais aos desfechos. Inicialmente, permaneceram no modelo as variáveis com p-valor  $\leq 0,05$  e aquelas que eram as representantes exclusivas das dimensões do modelo teórico, se estas tivessem p-valor  $\leq 0,1$ . Assumindo-se o princípio da parcimônia, o modelo final contemplou apenas uma representante de cada dimensão do modelo teórico, priorizando-se as variáveis de maior relevância epidemiológica e de maior significância estatística.

#### 4. ARTIGO

##### Resumo

**Introdução:** São vários os benefícios do aleitamento materno (AM) para mãe e bebê. Apesar disso, não mais do que 35% das crianças são amamentadas exclusivamente até o quarto mês de vida em todo mundo. Em 1990, OMS e UNICEF lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a fim de estender a prática do AM. Desde então, alguns estudos têm sido realizados para avaliar a efetividade da proposta. No Brasil, estas pesquisas são escassas e restritas a certos cenários. Visando oferecer informações que subsidiem os processos de decisão com relação às estratégias de estímulo ao AM no Rio de Janeiro, o presente artigo pretende avaliar o efeito desta Iniciativa na duração de dois tipos de aleitamento materno: exclusivo (AME) e predominante (AMP). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, inserido no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), sendo a população de estudo constituída de 811 mães de crianças menores de 5 meses de idade, selecionadas aleatoriamente nos serviços de vacinação e puericultura de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade do Rio de Janeiro. A variável de exposição de interesse central foi local de nascimento, ocorridos em Hospital Amigo da Criança (HAC), naqueles em vias de receber titulação (EVHAC) e naqueles sem a titulação. Os desfechos considerados foram duração de AME e de AMP, que inclui também crianças em AME (AMEP). Na análise dos dados, optou-se pelo modelo de análise de sobrevivência log-log complementar, que permitiu recompor a experiência longitudinal da coorte através do recordatório alimentar de 7 dias e da informação da idade das mesmas, caracterizando uma abordagem do tipo “*current status data*”. **Resultados:** Mesmo após o controle por variáveis sociodemográficas, relativas ao estilo de vida e aos aspectos psicossociais maternos, à utilização dos serviços de saúde, idade e saúde da criança, houve maior duração do AME e do AMEP em crianças nascidas em HAC e EVHAC. A taxa de AME e de AMEP é mais de duas vezes maior entre os recém-nascidos que nasceram em HAC e EVHAC. Tal efeito diminuiu ao longo da idade da criança, mantendo-se evidente até os quatro (EVHAC) e dois (HAC) meses de vida quando se considera o AME e até os dois (EVHAC) e cinco (HAC) meses quando se considera o AMEP. **Discussão/Conclusão:** Os resultados confirmam a efetividade da IHAC nesta clientela, especialmente na manutenção de AME e AMEP nos primeiros meses de vida. Estes também sugerem necessidade de fortalecimento da IHAC e maior integração entre maternidades e UBS, visando garantir o aleitamento exclusivo até seis meses de vida.

**Palavras-chave:** aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, *current status data*

## Abstract

**Introduction:** Although there are sufficient evidences about breastfeeding (BF) benefits, only 35% of infants worldwide are exclusively breastfed during the first four months of life. As an effort to extend BF duration, WHO/UNICEF launched the Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI), which establishes hospitals' accreditation as Baby-Friendly Hospitals (BFH) when it meets the Ten Steps for Successful Breastfeeding. This article aims to investigate the effectiveness of the BFHI on exclusive breastfeeding (EBF) and exclusive plus predominant breastfeeding (EPBF) duration. **Methods:** This is a cross-sectional study with collected information throughout interviews of 811 mothers of children under 5 months old, randomly selected at five health centers in Rio de Janeiro. Exposure variable was classified according to hospital's compliance with the Ten Steps. There were three possible status: accredited hospitals (BFH), working in becoming BFH or certified hospitals (CBFH) and hospitals without BF accreditation or certification. Outcomes were EBF and EPBF duration. Data was analyzed by complementary log-log transformation models, which allowed to capture cohort longitudinal experience through 7-day feeding recordatory and infants' age ("*current status data*"). **Results:** Even after adjusting analysis for sociodemographic, life style and psychological maternal factors, health service's use and babies' age and state of health, there was longer duration of EBF and EPBF of infants born in BFH and CBFH. EBF and EPBF rates were twice higher in newborns born in BFH and CBFH. This protective effect on EBF and EPBF decreases along child's age and it's noticed until four (CBFH) and two (BFH) months of age when EBF is considered and until two (CBFH) and five (EBF) months for EPBF. **Discussion/Conclusion:** The finding indicates the effectiveness of BFHI in maintaining EBF and EPBF through the first months of life in this population. In order to extend BF duration until six months of life, as recommended by WHO, it would be necessary not only to strengthen the BFHI but also to develop and encourage more actions in favor of breastfeeding, focusing on primary health care facilities.

**Key-words:** breastfeeding, exclusive breastfeeding, predominant breastfeeding, Baby-Friendly Hospital Initiative, *current status data*

## Introdução

Os benefícios do aleitamento materno (AM) para mãe e bebê já foram amplamente estudados e, atualmente, existe evidência suficiente de que este é capaz de reduzir a mortalidade infantil por doenças infecciosas em geral, especialmente por diarreia, pneumonia e sepse neonatal (Victora et al, 1987; WHO, 2000; Kramer et al, 2001; Jones et al, 2003; Toma & Rea, 2008), diminuir a frequência de doenças alérgicas agudas e crônicas na vida mais tardia (Toma & Rea, 2008) e melhorar a performance escolar e desempenho cognitivo e intelectual das crianças. Além disso, na vida adulta, crianças amamentadas parecem apresentar menores níveis médios de colesterol e pressão arterial, além de menor prevalência de obesidade (Horta et al, 2007).

Para a mãe, o maior contato íntimo físico e emocional com seu filho durante amamentação gera satisfação e fortalecimento do vínculo com o bebê, propiciando sensação de bem estar pela capacidade de alimentar seu filho, fato que desempenha papel importante na autoestima destas mulheres (KLIEGMAN et al., 2007; UNICEF, 2009). Outros benefícios importantes são diminuição na incidência de hemorragia no pós parto, recuperação mais rápida de seu peso anterior à gestação, maior espaçamento entre os partos, contribuindo para saúde da mulher, e diminuição de risco de certos tumores, como os de ovário e mama. (KLIEGMAN et al., 2007; Toma & Rea, 2008; Ministério da Saúde, 2009).

Além destes benefícios individuais, taxas mais altas de amamentação podem contribuir para redução da desigualdade entre países. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto governos de países em desenvolvimento não garantirem boas práticas de aleitamento, crescimento e desenvolvimento infantil, não será possível o desenvolvimento sustentável e a redução da pobreza (WHO, 2003). A Organização das Nações Unidas (ONU) também participa do debate sugerindo que a redução da mortalidade infantil esteja entre os objetivos do milênio, sendo uma das estratégias de ação estimular as mães a amamentar seus filhos no mínimo por seis meses de vida (ONU, 2009).

Apesar das evidências científicas e recomendações de aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, em todo mundo, não mais do que 35% das crianças são amamentadas exclusivamente até o quarto mês de vida (WHO, 2003; UNICEF, 2009). No Brasil, apesar da mediana do AME ter aumentado de 23 dias (1999) para 54 dias (2008), a situação ainda preocupa, na medida em que, segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM) em capitais brasileiras, apenas 41% das crianças menores de 6 meses estavam em AME. Quando consideradas crianças de até 4 meses, esta prevalência foi de 51,2%. Ainda que a probabilidade das crianças estarem sendo amamentadas nos primeiros

dias de vida tenha superado os 90%, há uma queda progressiva do AME ao longo dos primeiros meses de vida da criança, sendo esta mais acentuada a partir do quarto mês em todas as regiões do país (Brasil, 2008a).

Frente às dificuldades em prolongar o tempo de AM após a introdução e comercialização exitosa das fórmulas lácteas em todo o mundo, em 1990, na cidade de Florença, OMS e UNICEF propõem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Esta tem como objetivo garantir que as maternidades apoiem o AM através de ações concretas realizadas durante o trabalho de parto, no pós-parto imediato e após a alta hospitalar, além de promover o respeito ao Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno. A Iniciativa se baseia no estabelecimento de dez medidas promotoras do AM (“Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”) que seriam necessárias para que os hospitais recebam o título de Hospital Amigo da Criança (HAC). São estas: (1) ter uma norma escrita sobre aleitamento materno; (2) treinar a equipe de cuidados de saúde para implementação desta norma; (3) informar as gestantes sobre vantagens e manejo do aleitamento materno; (4) ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; (5) mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas de seus filhos; (6) não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que haja indicação médica para tal (7) praticar o alojamento conjunto; (8) encorajar o aleitamento sob livre demanda; (9) não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito e (10) encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas após a alta (WHO/UNICEF, 2006; Ministério da Saúde, 2008).

No Brasil, a IHAC foi implantada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1992. Em 2004, visando melhorar a qualidade de outras ações de proteção à criança e reduzir outros problemas relativos ao atendimento à mãe e ao recém-nascido nas maternidades, o MS acrescenta outros dez critérios para titulação dos hospitais em território nacional, atualizados em 2008 (Brasil, 2004a; Brasil, 2008b) e oferece maior remuneração para alguns procedimentos perinatais realizados em HAC (Brasil, 2004b).

Apesar da Iniciativa envolver diferentes atores e mudanças importantes na organização dos serviços de saúde, especialmente as maternidades, ainda não são muitos os estudos que avaliam sua efetividade. Pesquisa conduzida em Boston, EUA, por exemplo, evidenciou aumento das taxas de amamentação após implementação da IHAC e nos três anos posteriores (Philipp et al, 2001). Achado semelhante foi encontrado em estudo realizado na Rússia, onde após implantação da IHAC, houve aumento em 50% na prevalência do aleitamento em áreas

de HAC e em apenas 24% em áreas sem HAC (Abolyan, 2006). Na Escócia, as taxas médias de amamentação aos sete dias de vida, antes e depois da implementação da IHAC, também sugeriram sucesso da Iniciativa. Entretanto, segundo os autores, o aumento das taxas de amamentação não ocorreu somente em hospitais com a titulação, mostrando que muitas outras políticas de incentivo ao aleitamento materno ainda poderiam ser responsáveis por este aumento (Broadfoot et al, 2005).

Apesar de resultados animadores sobre a iniciação do AM, a manutenção deste após alta hospitalar parece não estar sendo alcançada. Estudo transversal realizado na Inglaterra não encontrou associação do nascimento em HAC ou em hospitais em vias de receber titulação com AM no primeiro mês de vida (Bartington et al, 2006). Outro estudo, conduzido na Suíça, indica que apesar de 97% das mães iniciarem amamentação em HAC, apenas 39% das crianças aí nascidas estavam sendo amamentadas exclusivamente durante sua estadia hospitalar. Além disso, estas taxas variaram de 8 a 86% entre as 28 maternidades com a titulação, sendo questionado o significado do título e o procedimento de reavaliação de aderência aos passos (Merten & Ackermann-Liebrich, 2004).

No Brasil, os estudos sobre a efetividade da Iniciativa ainda são escassos. Dentre as poucas pesquisas de ampla divulgação, destacam-se os estudos de Coutinho et al (2005a). Após treinamento dos profissionais de saúde de dois hospitais nos moldes da IHAC na cidade de Palmares, em Pernambuco, os autores identificaram uma maior proporção de crianças em AME no segundo dia de vida quando comparadas à coorte histórica de controle. Entretanto, mesmo que nascidas em maternidades promotoras de aleitamento, esta prevalência chegava a apenas 30% aos dez dias de vida. Em acompanhamento subsequente, os autores identificaram maior prevalência de AME entre as crianças que foram alvo de visitas domiciliares, sugerindo a importância do cumprimento do décimo passo, que preconiza acompanhamento e suporte destas puérperas e crianças após alta hospitalar (Coutinho et al, 2005b).

Outros estudos sugerem conclusões semelhantes (Lutter et al, 1997; Caldeira & Goncalves, 2007). Braun et al, por exemplo, mediante comparação de duas coortes de bebês nascidos no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, antes e depois da implementação da IHAC, evidenciou que a mediana de duração do AME passou de 1 mês para 2 meses após o credenciamento deste como HAC (Braun et al, 2003). Mais recentemente, estudo realizado em Pelotas mostrou que crianças nascidas em HAC tiveram maior índice de AME no primeiro mês de vida, porém esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa. Os autores sugerem que provavelmente os resultados seriam mais promissores caso a adesão aos Dez Passos fosse total, o que não ocorreu na ocasião da coleta de dados (Silva et al, 2008).

Os bons resultados alcançados nestas pesquisas parecem promissores. Entretanto, vale notar que há ainda algumas lacunas a serem preenchidas. Além da pequena quantidade de estudos realizados, nota-se que parte destes não permitiu um controle adequado dos possíveis fatores de confusão envolvidos no processo, já que os autores apenas comparam as prevalências de aleitamento antes e depois da IHAC.

Visando gerar novas evidências no que tange a efetividade da Iniciativa, este estudo tem como objetivo avaliar o papel da IHAC como fator de proteção ao aleitamento materno em crianças usuárias de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, levando em consideração possíveis fatores de confusão. Desta forma, espera-se estar contribuindo para as reflexões que subsidiam a certificação e monitoramento da Iniciativa em hospitais do Rio de Janeiro.

## **Materiais e Métodos**

### **Desenho, População de Estudo e Coleta de Dados**

Trata-se de um estudo transversal, inserido em um estudo maior desenvolvido no Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF) e que teve como objetivo investigar o papel da Violência entre Parceiros Íntimos durante a gestação no processo de desmame precoce do AME. A população de estudo constituiu-se de mães de crianças menores de 5 meses de idade que aguardavam atendimento nos setores da pediatria, puericultura e /ou vacinação em cinco Centros Municipais de Saúde (CMS)<sup>4</sup>, na cidade do Rio de Janeiro. Estas unidades tinham perfil semelhante quanto à promoção do aleitamento materno, limitando-se apenas à presença de cartazes nas paredes e não possuíam título de Unidades Básicas Amigas da Amamentação.

Foram excluídos casos de crianças gêmeas e as que possuíam alguma contra-indicação formal, materna ou da própria criança, ao aleitamento materno (mãe HIV positiva, em tratamento oncológico ou fazendo uso de medicação que contra-indicasse o aleitamento, crianças com problemas metabólicos que impedissem a amamentação ou que apresentassem lábio leporino com má formação bilateral).

A coleta de dados se deu entre janeiro e junho de 2007, sendo a seleção de respondentes feita através de sorteio enquanto aguardavam atendimento. Dada a abordagem do estudo inicial, foram consideradas elegíveis apenas as crianças acompanhadas pela própria

---

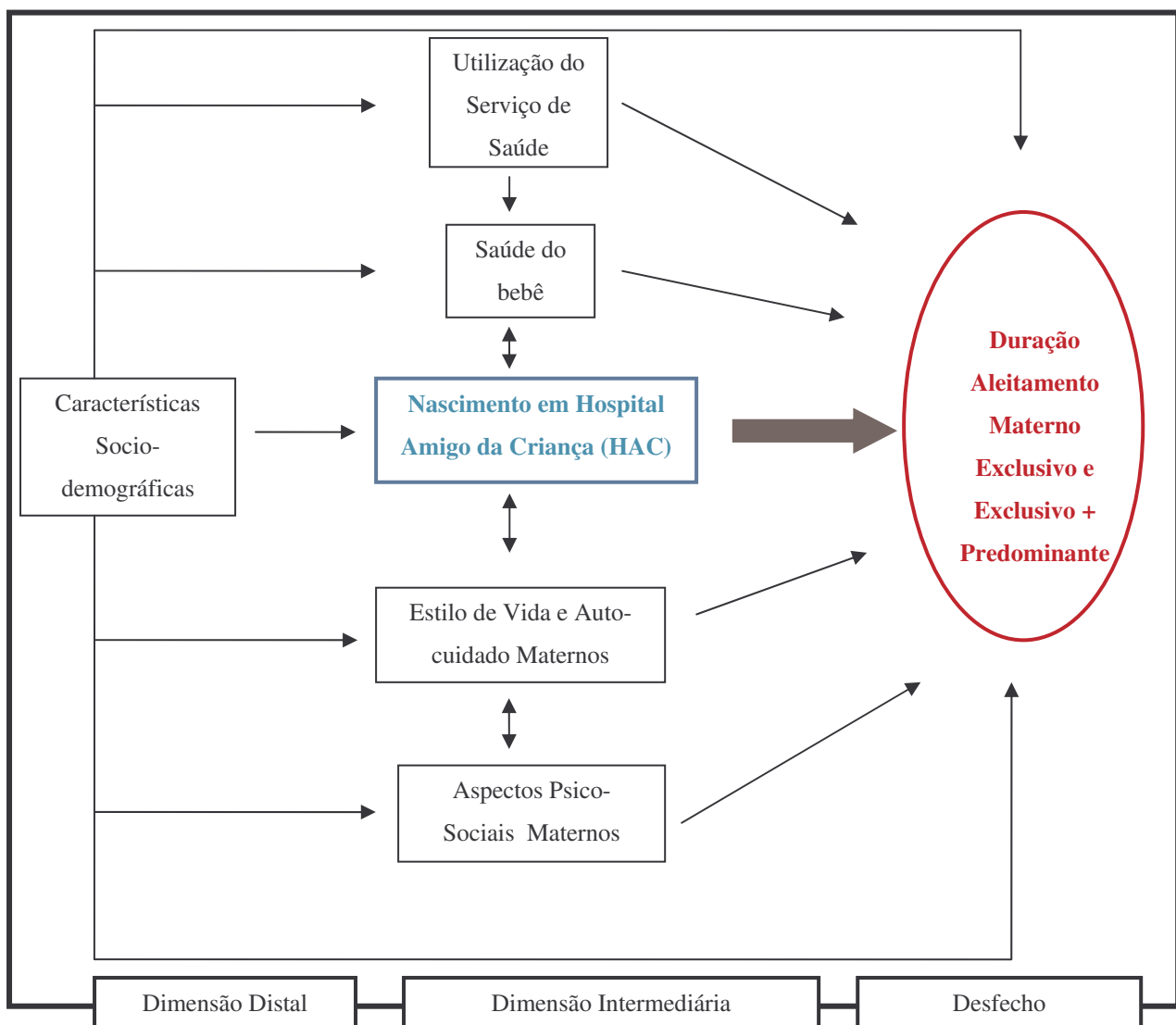
<sup>4</sup> CMS Silveira Martins (Catete - AP 2.1), CMS Heitor Beltrão (Tijuca - AP 2.2), CMS Ariadne Lopes de Menezes (Engenho da Rainha - AP 3.2), CMS Marcolino Candau (Praça XI - AP 1.0) e CMS Jorge Saldanha Bandeira de Mello (Jacarepaguá - AP 4.0).

mãe no momento da entrevista, sendo que esta deveria relatar ter tido pelo menos uma relação amorosa por mais de um mês durante a gestação. As mulheres selecionadas foram submetidas a entrevistas face a face, realizadas por profissionais de saúde do sexo feminino, em local reservado, sem a presença do companheiro. Das 853 mães convidadas a participar, 2,11% não eram elegíveis e 2,81% se recusaram a responder à entrevista.

### Modelo Teórico e Operacionalização das Variáveis

O modelo teórico-conceitual do estudo contemplou as dimensões mais usualmente citadas como protetoras ou ameaçadoras do aleitamento materno (Figura 1).

Figura 1 – Modelo Teórico-Conceitual



O local de nascimento da criança, exposição de interesse central, foi caracterizado de acordo com seu perfil de incentivo ao aleitamento materno, em três níveis: hospitais

credenciados como Hospitais Amigos da Criança (HAC), aqueles com Certificado de Compromisso, ou seja, em vias de receber esta titulação (EVHAC) e aqueles sem a titulação (NHAC).

As variáveis de desfecho foram: 1) Duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), caracterizado, segundo a OMS, pela criança que recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de vitaminas, minerais e/ou medicamentos ou soro oral; e 2) Duração do Aleitamento Materno Exclusivo e Predominante (AMEP), caracterizado por crianças em AME e crianças em Aleitamento Materno Predominante (AMP), que são aquelas que recebem não só leite materno, diretamente da mama ou extraído, mas também água, chá ou sucos, não incluindo leites artificiais e fórmulas infantis (AMP) (OPAS, 1991; WHO, 2003; WHO, 2007).

A caracterização do tipo de alimentação da criança se baseou no recordatório materno sobre a alimentação da mesma nos últimos 7 dias. Optou-se por um período de recordatório de uma semana, uma vez que a população de estudo era constituída de crianças que procuraram o CMS por alguma doença aguda, podendo estar aceitando apenas leite materno naquele momento, mesmo que já introduzidos alguns alimentos complementares.

A dimensão distal do modelo teórico-conceitual é composta pelas *características sociodemográficas*, representadas pelas condições econômicas da família e ambientais do domicílio; idade, cor e escolaridade da mãe, trabalho materno no pós-parto e situação conjugal desta. Para caracterizar a situação econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Mattar, 1995; ABEP, 2003). Já na caracterização da situação ambiental do domicílio considerou-se o número de pessoas por cômodo do domicílio, tipo de material que constitui a maior parte do piso da casa, esgotamento sanitário e recolhimento do lixo, que compunham um escore de classificação, sendo possível a separação em duas categorias: ruim e regular/boa (ponto de corte >4) (Reichenheim & Harpham, 1990).

Para fins de descrição da amostra, a variável idade materna foi operacionalizada em três categorias: menos de 20 anos, de 20 a 35 anos e mais de 35 anos, porém nas análises bivariada e multivariada, a forma contínua foi priorizada. Quando considerada a cor da mãe, optou-se por categorizar esta variável de forma binária em Brancas e Outras (incluindo negras, pardas/mulatas, indígenas e asiáticas), dado o pequeno número de mães em determinadas categorias. Já a escolaridade materna foi operacionalizada conforme a seguir: 1º grau incompleto, 1º grau completo ou 2º grau incompleto, 2º grau completo e 3º grau incompleto ou mais. A situação conjugal da mulher foi operacionalizada em casada (tem companheiro atual) e solteira, separada ou viúva (não tem companheiro atual).

Na dimensão intermediária, encontram-se as subdimensões: *saúde da criança*, representada empiricamente pela percepção materna sobre esta e pela idade gestacional de nascimento do bebê; *utilização de serviços de saúde*, retratada pela variável idade gestacional no início do acompanhamento pré-natal e número de consultas pré-natais; *estilo de vida da mulher e autocuidado*, representado pelo consumo de álcool nos últimos doze meses e tabagismo durante a gestação e os *aspectos psicossociais maternos*, tais como o grau de autoestima materna e nível de apoio social.

A percepção materna sobre a saúde da criança foi captada adaptando-se a abordagem da OMS sobre autopercepção de saúde, categorizada em excelente, muito boa, boa, regular e ruim (Szwarcwald et al, 2005). A idade gestacional do bebê ao nascimento foi utilizada na forma contínua e também operacionalizada de forma dicótoma, classificando o bebê em prematuro (idade gestacional menor que 37 semanas) e a termo (maior que 37 semanas). A idade gestacional no início do acompanhamento pré-natal (primeiro trimestre x após primeiro trimestre) permitiu a operacionalização da utilização dos serviços de saúde assim como o número de consultas pré-natais (menos de seis consultas x seis ou mais).

A suspeição de uso inadequado de álcool pela mãe foi avaliada pela versão em português do instrumento TWEAK (*Tolerance; Worry; Eye-Opened; Amnesia; C/Kut Down*) (Masur & Monteiro, 1983; Moraes et al, 2005), sendo consideradas positivas as mulheres que obtiveram um escore de dois ou mais (Ewing, 1984; Sokol et al, 1989; Russell et al, 1994).

A autoestima materna foi avaliada através da versão nacional da escala de Rosenberg, utilizada no mundo todo por suas excelentes propriedades psicométricas e fácil aplicabilidade (Rosenberg, 1989; Assis et al, 2003). Para caracterização da amostra, categorizou-se o escore com base em tercís (autoestima elevada, moderada e baixa). Nas análises bi e multivariadas, o escore foi utilizado em sua forma contínua.

O nível de apoio social percebido pela mulher foi captado utilizando-se a versão nacional (Griep et al, 2003; Griep et al, 2005) da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991), composta pelas subdimensões apoio material, afetivo, emocional, de informação e interação social positiva. Para caracterização da amostra, categorizou-se o escore total com base em quintis, sendo sua forma contínua priorizada nas análises bi e multivariadas.

### **Análise de Dados**

Para análise de dados, inicialmente, fez-se necessária uma abordagem multinível, a fim de detectar possíveis efeitos de cluster/contexto, já que a variável de interesse (titulação

do hospital de Amigo da Criança) não é uma característica do indivíduo. Esta análise evidenciou que apenas 1% da variabilidade entre indivíduos poderia ser explicada por um segundo nível “hospitalar”, ou seja, por fatores contextuais relacionados ao hospital de nascimento. Nesse sentido, foi feita uma abordagem para detecção deste efeito quanto ao local da entrevista, que também não evidenciou variabilidade significativa. Portanto, não foi necessária implementação de modelos multiníveis neste banco de dados.

Utilizou-se então uma abordagem tradicional, do tipo “*current status*”, nas análises envolvendo AME e AMEP como variáveis dependentes (Grummer-Strawn, 1993; Aarts et al, 2000). O método permite recompor via modelagem a experiência longitudinal da coorte de crianças subjacente, a partir do recordatório alimentar dos últimos 7 dias e da informação da idade da criança na data de entrevista. Dentre vários modelos propostos (Grummer-Strawn, 1993), optou-se pelo modelo log-log complementar por ser este capaz de estimar a função *hazard* cumulativa equivalente à estimada pelo modelo de sobrevivência de Weibull (Selvin, 2004).

Como as razões de taxas (*hazard-ratios*) entre as categorias de maternidade, tanto considerando AME como o AMEP como desfecho, não eram constantes ao longo do tempo, fez-se necessária a introdução de um termo de interação ao modelo, composto pela variável de exposição e pelo logaritmo da idade da criança. Além disso, as razões de taxas foram estimadas para cada momento no tempo, tendo a idade da criança como referência, com intervalos de 15 dias, até os 5 meses de vida.

As variáveis com  $p\text{-valor} \leq 0,2$  na análise univariada foram selecionadas e introduzidas ao modelo multivariado, sequencialmente, conforme a orientação do modelo teórico, iniciando com as representantes das dimensões mais distais aos desfechos. Inicialmente, permaneceram no modelo as variáveis com  $p\text{-valor} \leq 0,05$  e aquelas que eram as representantes exclusivas das dimensões do modelo teórico, se estas tivessem  $p\text{-valor} \leq 0,1$ . Assumindo-se o princípio da parcimônia, o modelo final contemplou apenas uma representante de cada dimensão do modelo teórico, priorizando-se as variáveis de maior relevância epidemiológica e de maior significância estatística.

### **Questões Éticas**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em conformidade com

os princípios da Declaração de Helsinque (CONEP, 2000). A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, que deveria ser assinado por todas as respondentes no momento em que estas aceitavam participar da pesquisa.

## **Resultados**

A Tabela 1 descreve a população de estudo e apresenta os níveis de significância estatística da análise bivariada das variáveis do modelo teórico *vis a vis* os desfechos de interesse ao nível de confiança de 95%. Como se pode perceber, a maioria das mães tinha idade entre 20 e 35 anos e foi classificada como sendo pertencentes às classes C e D de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil. Apenas um terço chegou ao segundo grau de ensino e quase a totalidade relatou ter um companheiro atual. Com relação às características do bebê, boa parte (41,1%) tinha idade entre 30 e 90 dias de vida e se compunham aparentemente de uma população de crianças saudáveis, já que quase 70% tinham sua saúde percebida pela mãe como excelente ou muito boa e 91% desta população era composta por crianças nascidas a termo. De modo geral, percebe-se que a maior parte das variáveis se mostrou associada aos desfechos de modo estatisticamente significativo.

Das 811 crianças estudadas, 21,2% (IC de 95%: 18,3 - 24%) estavam em AMP e 46,1% (42,6 - 49,5%) em AME. Os nascimentos ocorreram em sua maioria em hospitais com título de Amigo da Criança (51,2% (47,7 - 54,7%)), seguidos por aqueles sem o título (30% (26,8 - 36,1%)) e em vias de receber o título (18,8% (16 - 21,4%)). Apesar de encontrada prevalência de AME de 80% (IC 95% 73 - 86%) até os 15 dias de vida, esta chega a apenas 21,2% (13,4 - 29,7%) nas crianças de 4 a 5 meses de idade. Se consideradas crianças até 4 meses de idade, a prevalência do AME é de 49,9% (46,1 - 53,6%).

Tabela 1 - Descrição da População de Estudo e Análise Bivariada, segundo dimensões do Modelo Teórico.

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO			ANÁLISE BIVARIADA	
	N	%	IC (95%)	AME <i>pvalor</i>	AMP <i>pvalor</i>
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Classe econômica</b>					
A	15	1,85	(0,9 / 2,8)	<b>0,002<sup>a</sup></b>	<b>0,006<sup>a</sup></b>
B	81	10,0	(7,9 / 12,0)		
C	370	45,6	(42,2 / 49,0)		
D	330	40,7	(37,3 / 44,1)		
E	15	1,85	(0,9 / 2,8)		
<b>Condições ambientais do domicílio</b>					
Ruim	69	8,5	(6,6 / 10,4)	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,001<sup>a</sup></b>
Regular ou Boa	742	91,5	(89,5 / 93,4)		
<b>Escolaridade materna</b>					
Até 1º grau incompleto	336	41,4	(38,0 / 44,8)	<b>0,019</b>	<b>0,164</b>
1º grau completo até 2º grau incompleto	247	30,4	(27,3 / 33,6)		
2º grau completo	174	21,4	(18,6 / 24,3)		
3º grau incompleto ou mais	54	6,7	(4,9 / 8,4)		
<b>Cor da Mãe</b>					
Branca	229	28,2	(25,1 / 31,3)	<b>0,113</b>	0,376
Outras	582	71,7	(68,6 / 74,8)		
<b>Idade materna</b>					
Abaixo de 20 anos	184	22,7	(19,8 / 25,6)	<b>0,001<sup>a</sup></b>	0,734 <sup>a</sup>
20 a 35 anos	554	68,3	(65,1 / 71,5)		
Acima de 35 anos	73	9,0	(7,0 / 10,9)		
<b>Trabalho no pós-parto</b>					
Não	731	90,1	(88,1 / 92,2)	<b>0,069</b>	<b>0,010</b>
Sim	80	9,9	(7,8 / 11,9)		
<b>Situação Conjugal</b>					
Solteira/Separada/Viúva	102	12,6	(10,2 / 14,8)	0,21	<b>0,010</b>
Casada	709	87,4	(72,8 / 78,7)		
<b>SAÚDE DO BEBÊ</b>					
<b>Idade (dias)</b>					
0 – 30	264	32,5	(29,3 / 35,8)	<b>0,048</b>	<b>0,003</b>
30 – 90	333	41,1	(37,7 / 44,5)		
90 – 150	214	26,4	(23,3 / 29,4)		
<b>Percepção de saúde referida pela mãe</b>					
Excelente	407	50,2	(46,7 / 53,6)	<b>0,028</b>	0,296
Muito Boa	156	19,2	(16,5 / 21,9)		
Boa	215	26,5	(23,5 / 29,5)		
Regular	32	3,9	(2,6 / 5,4)		
<b>Idade Gestacional</b>					
Prematuro (<37 sem)	69	8,5	(6,58 / 10,4)	<b>0,035</b>	<b>0,028<sup>a</sup></b>
A Termo (≥ 37 sem)	742	91,4	(89,5 / 93,4)		

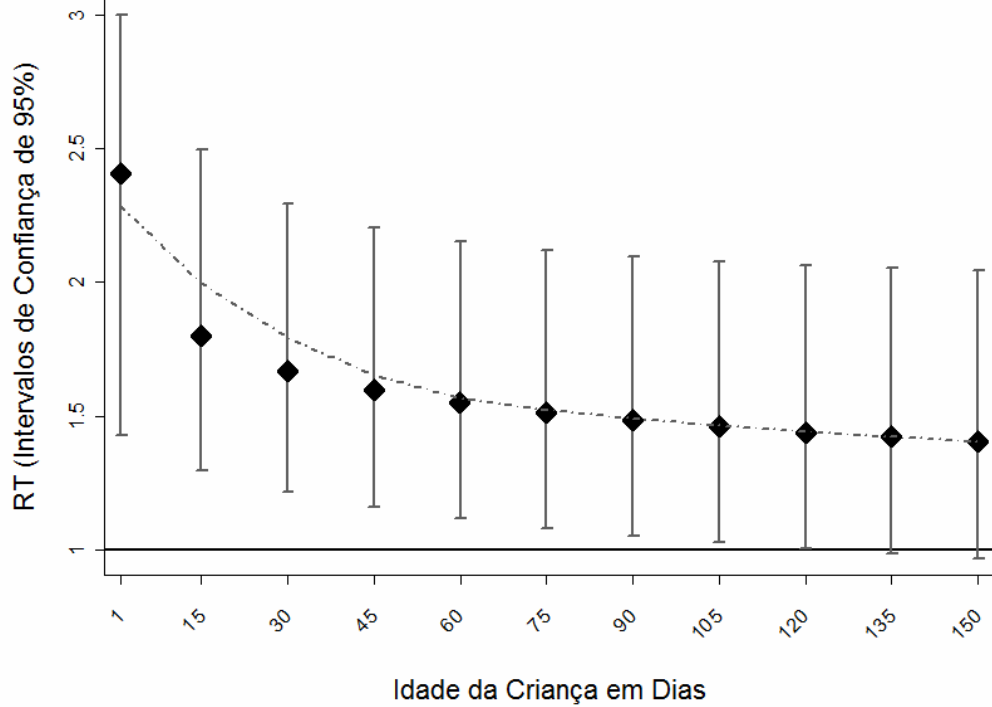
Tabela 1 (continuação) – Descrição da População de Estudo e Análise Bivariada, segundo dimensões do Modelo Teórico.

CARACTERÍSTICAS	POPULAÇÃO DE ESTUDO			ANÁLISE BIVARIADA	
	N	%	IC (95%)	AME pvalor	AMP pvalor
<b>ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO MATERNO</b>					
<b>Tabagismo materno durante a gestação</b>					
Não	676	83,3	(80,7 / 85,9)	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>
Sim	135	16,6	(14,0 / 19,2)		
<b>Suspeição de consumo inadequado de álcool pela mãe nos últimos doze meses</b>					
Não	539	66,5	(63,2 / 69,7)	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>
Sim	272	33,5	(30,3 / 36,8)		
<b>ASPECTOS PSICOSSOCIAIS MATERNOS</b>					
<b>Autoestima Materna (tercís)</b>					
Baixa	216	26,6	(23,6/ 29,7)	<b>0,00<sup>a</sup></b>	<b>0,027<sup>a</sup></b>
Média	314	38,7	(35,3/ 42,1)		
Elevada	281	34,6	(31,4 /37,9)		
<b>Apoio Social</b>					
1º quinto	156	19,2	(16,5/ 21,9)	<b>0,107<sup>a</sup></b>	<b>0,152<sup>a</sup></b>
2º quinto	154	18,9	(16,2/ 21,6)		
3º quinto	163	20,1	(17,3/ 22,8)		
4º quinto	174	21,4	(18,6/ 24,2)		
5º quinto	164	20,2	(17,4/ 22,9)		
<b>UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>					
<b>Número de consultas pré-natal</b>					
Menos de 6 consultas	132	17,0	(14,3/ 19,7)	0,825	0,561
Seis ou mais consultas	642	82,9	(80,2/ 85,6)		
<b>Início do pré-natal</b>					
Até 3 meses	401	50,1	(46,6/ 53,6)	<b>0,048</b>	<b>0,029</b>
Acima de 3 meses	399	49,9	(46,4/ 53,3)		

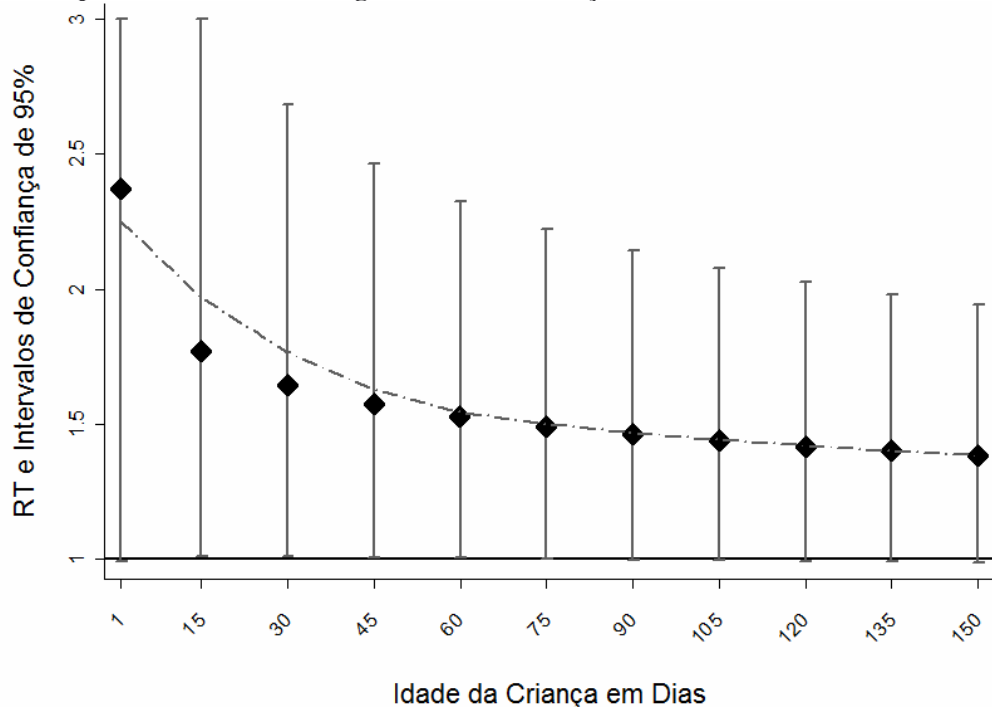
Legenda: (a) *p-valores* das variáveis em suas apresentações contínuas, tais com foram introduzidas no modelo multivariado.

Como mostram os Gráficos 1 e 2, de modo geral, o fato de a criança nascer em HAC ou EVHAC aumenta a chance da mesma se manter em AME ao longo de todo o período estudado. Como pode ser visualizado, o efeito da Iniciativa é bastante alto ao nascimento e vai decrescendo conforme o aumento da idade da criança.

**Gráfico 1 – Razões de taxas (RT) de AME entre crianças que nasceram em EVHAC versus crianças que nasceram em hospitais sem o título ao longo da idade da criança em dias.**



**Gráfico 2 – Razões de taxas (RT) de AME entre crianças que nasceram em HAC versus crianças que nasceram em hospitais sem o título ao longo da idade da criança em dias.**



Na Tabela 2, podem ser vistas as razões de taxas (RT) e intervalos de confiança (95%) da manutenção de AME e AMEP para HAC e EVHAC, tomando como base aqueles sem tal credenciamento, ao longo da idade do bebê. De forma geral, nota-se que as taxas de crianças em AME e AMEP nos primeiros dias de vida são aproximadamente duas vezes maiores nos hospitais EVHAC e HAC quando comparados àqueles sem o título. Apesar do efeito protetor ser mais acentuado nos primeiros 15 dias de vida da criança, este ainda se mantém importante ao longo dos primeiros meses de vida.

Quando se considera o AME, há bastante semelhança em termos da magnitude do efeito das maternidades HAC e EVHAC. Entretanto, ter nascido em HAC parece favorecer a manutenção do aleitamento até pelo menos os dois meses de vida, enquanto que o efeito dos hospitais em vias de receber o título parece permanecer até os quatro meses. Em relação ao AMEP, é notado aumento de cerca de 100% de probabilidade de estar em AMEP até o primeiro mês. Este efeito, ainda que em menor grau, se mantém até os cinco meses de vida. Já aqueles em vias de receber o título, parecem não obter sucesso a partir dos dois meses.

**Tabela 2 – Razões de Taxa (RT) e Intervalos de Confiança (95%) da Análise Multivariada conforme tipo de Aleitamento e Característica da Maternidade ao longo da Idade do Bebê em dias.**

Tipo de Aleitamento e Característica da Maternidade	Idade do Bebê em Dias							
	1	15	30	60	90	105	120	150
<b>Aleitamento Materno Exclusivo*</b>								
Hospital Em Vias de Receber Título de Amigo da Criança	2,40 (1,42/ 4,04)	1,79 (1,29/ 2,49)	1,67 (1,21/ 2,29)	1,55 (1,11/ 2,15)	1,48 (1,05/ 2,09)	1,46 (1,02/ 2,07)	1,43 (1,01/ 2,06)	1,40 (0,96/ 2,04)
Hospital com Título de Amigo da Criança	2,36 (0,99/ 5,64)	1,77 (1,01/ 3,10)	1,64 (1,01/ 2,68)	1,52 (1,01/ 2,32)	1,46 (0,99/ 2,14)	1,43 (0,99/ 2,07)	1,41 (0,99/ 2,02)	1,38 (0,98/ 1,94)
<b>Aleitamento Materno Exclusivo + Aleitamento Materno Predominante**</b>								
Hospital Em Vias de Receber Título de Amigo da Criança	2,18 (1,35/ 3,5)	1,61 (1,19/ 2,17)	1,49 (1,12/ 1,98)	1,38 (1,03/ 1,84)	1,32 (0,98/ 1,78)	1,30 (0,96/ 1,76)	1,28 (0,94/ 1,74)	1,25 (0,90/ 1,72)
Hospital com Título de Amigo da Criança	2,85 (1,27/ 6,38)	2,11 (1,23/ 3,6)	1,95 (1,22/ 3,12)	1,81 (1,20/ 2,71)	1,73 (1,19/ 2,50)	1,70 (1,19/ 2,43)	1,67 (1,18/ 2,36)	1,63 (1,17/ 2,26)

Legenda:

\*controlado por Critério de Classificação Econômica Brasil, idade da criança, idade materna, início do pré-natal, idade gestacional da criança ao nascer,

fumo materno durante a gestação e autoestima materna.

\*\*controlado por Critério de Classificação Econômica Brasil, idade da criança, início do pré-natal, idade gestacional da criança ao nascer, fumo materno durante a gestação e autoestima materna.

## Discussão

Neste estudo, a prevalência de AME na população pesquisada - crianças até 5 meses de idade - foi 46,1%, um pouco superior à estimada para o Brasil (41%), Região Sudeste (39,4%) e Rio de Janeiro (40,7%), na faixa etária de 0–6 meses, pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008. Vale ressaltar que a maior prevalência encontrada em nosso estudo pode estar refletindo apenas o fato de não termos abarcado crianças de 5 a 6 meses, presentes na amostra da pesquisa nacional, e não indique uma situação mais favorável em termos de duração do AME. Tal hipótese é fortalecida ao se comparar as prevalências obtidas considerando-se apenas as crianças com até 4 meses de vida nos dois estudos. Na presente investigação, esta foi de 49,9%, valor bastante semelhante aos estimados para o Brasil (51,2%) e Região Sudeste (50%) pela pesquisa nacional.

Ao se avaliar a efetividade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), percebe-se que esta parece ter papel importante na proteção aos dois tipos de aleitamento materno (AME e AMEP) logo após o nascimento e ao longo dos primeiros meses de vida da criança. Este achado corrobora os encontrados em outros estudos realizados no Brasil e em outros países, ratificando a importância da Iniciativa como um importante elemento na política de apoio ao aleitamento materno (Philipp et al, 2001; Broadfoot et al, 2005; Coutinho et al, 2005a; Abolyan, 2006; Bartington et al, 2006).

Chama a atenção o fato de os hospitais em vias de receber titulação (EVHAC) terem resultado semelhante ao dos HAC com relação ao AME, o que nos leva a crer que aqueles EVHAC já estariam preparados para obter a certificação. Ainda, este efeito protetor dos EVHAC parece se estender por mais tempo quando comparado aos HAC, o que poderia sugerir uma maior adequação à proposta por parte dos EVHAC, ratificando a importância do monitoramento e reavaliação constantes do grau de adesão das maternidades aos Dez Passos após o seu credenciamento. Quanto ao aleitamento predominante, apesar de os achados mostrarem melhor desempenho dos HAC, ainda há efeito protetor considerável naqueles EVHAC.

Outra questão a ser comentada é a perda deste efeito protetor ao longo do tempo, estando a duração de AME ainda longe da recomendação preconizada, o que reforça a extrema relevância do décimo passo: garantir um acompanhamento pós-natal e apoio ao binômio mãe-bebê nos primeiros meses de vida da criança. Este foi sugerido em muitos estudos, como passo fundamental para aumentar a duração do aleitamento materno (AM)

(Braun et al, 2003; Coutinho et al, 2005b). Porém, segundo Araújo (2007), dentre os dez passos necessários para a obtenção do título, este foi um dos de mais difícil cumprimento em recente avaliação dos HAC no Brasil.

Segundo alguns autores, enquanto não houver uma combinação entre ações ao nível hospitalar (como a IHAC) e ações ao nível da atenção básica, será bastante difícil alcançar as metas de aleitamento desejadas, já que por melhor desempenho que a IHAC possa ter, esta encontrará limites, uma vez que após alta hospitalar - muitas vezes precoce - o acompanhamento tanto da mulher como da criança será feito pela Unidade Básica de Saúde (UBS) (Braun et al, 2003; Coutinho et al, 2005b; Caldeira & Goncalves, 2007).

Com este intuito, algumas estratégias de promoção, proteção e apoio à prática do AM na Atenção Básica vem sendo implementadas. A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), com sistema de titulação semelhante ao da IHAC e lançada no Rio de Janeiro, em 1999, é um bom exemplo de Iniciativa bem sucedida (de Oliveira et al, 2005; Cardoso et al, 2008). A Rede Amamenta Brasil, instituída no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde em 2008, também é um grande passo, na medida em que tem como objetivo promover o AM por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS (Brasil, 2008c).

A Estratégia Saúde da Família também pode assumir importante papel neste processo. A adstrição da clientela, ter a família como alvo da atenção, ter muitas de suas ações baseadas na promoção da saúde e a atuação em equipe multiprofissional são algumas das premissas básicas desta e que se adéquam totalmente a uma proposta de apoio e promoção do aleitamento materno. A efetividade da Estratégia após treinamento das equipes de Postos de Saúde da Família nos moldes da IUBAAM foi evidenciada por recente estudo em Minas Gerais, sendo encontrados resultados animadores (Caldeira et al, 2008).

Outra questão que merece discussão diz respeito ao momento crítico de redução do efeito da Iniciativa. Nota-se que a queda na taxa de AME parece ocorrer principalmente por volta do terceiro/quarto mês de vida, período em que grande parcela das mulheres retorna ao mercado de trabalho, seja formal ou não, podendo ser esta condição a principal vilã do AME e do AMEP neste momento.

No que tange às mulheres servidoras públicas ou empregadas pelas leis trabalhistas, importante avanço foi conquistado recentemente. Após grande esforço de incentivadores do AME, em 2008, foi sancionada lei que permite ampliação da duração da licença maternidade para 6 meses (Brasil, 2008d ). Esta foi assegurada às funcionárias públicas federais e sugerida às empresas privadas, que podem deduzir o gasto extra do imposto fiscal (Brasil, 2008e). A

lei entrará em vigor em 2010 para estas empresas (Brasil, 2009), favorecendo mães que queiram amamentar. Todavia, ainda há um longo caminho a percorrer. No que concerne às funcionárias públicas das outras esferas do governo (estadual e municipal), a licença de seis meses ainda depende de decisão de cada governante. No Brasil, já são 21 estados, inclusive o Rio de Janeiro, que garantem a conquista. Porém, apenas 130 municípios asseguram este direito, fazendo parte desta lista o Rio de Janeiro (SBP, 2010).

Um desafio ainda maior é a manutenção da amamentação entre aquelas que trabalham sem vínculo formal ou como autônomas. Nestes casos, o apoio da família e uma maleabilidade de horário seriam fundamentais. Uma maior oferta de creches públicas também poderia ser uma boa estratégia, na medida em que permitiria a escolha da mesma em função do seu local de trabalho. Enfim, percebe-se que ainda há muitas questões a serem contornadas a fim de aumentar as taxas e a duração do AME. A Iniciativa HAC é apenas uma delas.

A análise dos resultados deste estudo deve levar seus pontos positivos e limitações em consideração. Dentre os pontos fortes está a estratégia de captação das informações de interesse sobre a alimentação da criança. Optou-se por utilizar a informação sobre a alimentação atual das crianças em oposição à coleta retrospectiva sobre a época de introdução de cada um dos alimentos. A primeira opção traz maior confiabilidade e validade das informações, conforme sugerido pela literatura de referência na área de aleitamento (Grummer-Strawn, 1993).

Ademais, como uma parte da população de estudo incluiu crianças que buscavam atendimento médico nas unidades básicas selecionadas, optou-se por ampliar a janela temporal de recordatório para sete dias. Dessa forma, visou-se recuperar a alimentação diária da criança fora dos períodos de doença aguda ou convalescença, já que nestas ocasiões muitos lactentes passam a aceitar apenas o leite materno, levando a uma falsa informação de que estão sob regime de AME. Outro ponto positivo a ser ressaltado é a utilização de uma abordagem multivariada, orientada por um modelo teórico-conceitual, no processo de análise de dados, que permitiu controle de importantes fatores de confusão, suprimindo uma das lacunas dos estudos sobre o tema.

Por outro lado, de certa forma, a opção por uma estratégia tipo “*current status*” pode trazer limitações. Ao se mostrar apenas os casos prevalentes de AME ou AMEP em crianças que aguardam atendimento de pediatria e/ou puericultura em serviços de saúde, pode-se ter perdido aquelas que, exatamente por não estarem sendo amamentadas, estejam internadas ou tenham ido a óbito. Assim, estaríamos superestimando a frequência das situações de AME e AMEP. Além disso, ao se assumir que estas perdas estão associadas à exposição, o problema

atinge também as estimativas de efeito da IHAC na duração do aleitamento materno, de forma a subestimá-las. Isso porque as crianças nascidas em hospitais sem a titulação poderiam ser amamentadas por menos tempo, o que levaria a um aumento da morbi-mortalidade destas e consequente dificuldade de captá-las para o presente estudo.

Neste contexto, sabe-se que o desenho ideal para avaliação da efetividade de intervenções e programas seria aquele do tipo ensaio de intervenção comunitária randomizado, o que possibilitaria a homogeneização dos grupos de comparação com relação aos fatores prognósticos de duração do AM, conhecidos ou não. Entretanto, há de se pensar se um estudo randomizado seria ético, uma vez que já se tem algumas evidências da efetividade da Iniciativa.

Outro ponto a ser comentado é a possibilidade de haver efeito de cluster ou contexto em indivíduos que frequentam determinado hospital ou unidade básica, já que provavelmente estes fazem parte da mesma vizinhança e sabe-se que indivíduos do mesmo grupo tendem a ser mais parecidos entre si. Como este efeito não foi encontrado na análise multinível realizada na etapa preliminar da análise de dados, este, se existir, deve ser de pequena monta, não necessitando ser considerado.

Ressalta-se também que, como a amostra deste estudo foi composta prioritariamente por recém-nascidos de baixo risco, saudáveis, e de mães de nível sócio-econômico C e D, os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados para a população como um todo. No entanto, este estrato socioeconômico da população é justamente aquele sob maior risco de morbi-mortalidade infantil, beneficiando-se ainda mais das vantagens do aleitamento materno. Outra questão a ser comentada sobre o perfil populacional estudado é que a maioria das mulheres nesta amostra não trabalha, o que pode ser justificado pelo critério de inclusão no estudo original. Para participarem da pesquisa, as crianças deveriam estar acompanhadas pela mãe, o que poderia favorecer a captação de mães que não trabalham. Crianças de mães com ocupação profissional poderiam estar acompanhadas por outro responsável, não sendo incluídas no estudo. Desta forma, recomenda-se que pesquisas que avaliem os demais estratos populacionais sejam realizadas a fim de melhor compreender a interação dos diferentes fatores que parecem estar envolvidos com o tempo e a qualidade do aleitamento materno.

### **Considerações Finais**

A IHAC parecer ser importante fator de proteção ao aleitamento materno, sendo fundamental estratégia de saúde pública, não se devendo poupar esforços para ampliação de

sua cobertura em todo território nacional. Entretanto, não há de se esquecer a necessidade de reavaliação destes hospitais, mesmo após a titulação, a fim de garantir a adesão contínua aos Dez Passos. Para assegurar o efeito protetor da IHAC e estender a duração do AM, é necessária maior integração entre a IHAC e as propostas incentivadoras em nível da atenção básica, permitindo assegurar melhor desempenho de todas estas estratégias. Ações que favoreçam o apoio social a essa mãe, hoje inserida no mercado de trabalho, também são relevantes.

## Referências

- AARTS, C.; KYLBERG, E.; HÖRNELL, A.; HOFVANDER, Y.; MEDHIN-GEBRE, M. & GREINER, T., 2000. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *International Journal of Epidemiology*, 29:1041-1046.
- ABEP, 2003. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. [www.abep.org](http://www.abep.org) [2006, 04 de outubro].
- ABOLYAN, L. V., 2006. The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeed Med*, 1:71-8.
- ARAÚJO, M. F. M. & SCHMITZ, B. A. S., 2007. Reassessment of Baby-Friendly Hospitals in Brazil. *J Hum Lact*, 23:246-252.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SILVA, C. M. F. P.; MALAQUIAS, J. V.; SANTOS, N. C. & OLIVEIRA, R. V. C., 2003. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8:669-680.
- BARTINGTON, S.; GRIFFITHS, L. J.; TATE, A. R.; DEZATEUX, C. & GROUP, M. C. S. C. H., 2006. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *International Journal of Epidemiology* 35:1178–1186.
- BRASIL, 2004a. *Portaria MS/SAS nº 756 de 16 de Dezembro de 2004: Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde* Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASIL, 2004b. *Portaria MS/GM nº 1117 de 7 de Junho de 2004: Estabelece os valores de remuneração dos hospitais habilitados como Amigo da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro.
- BRASIL, 2008a. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, 2008b. *Portaria MS/SAS nº 09 em 10 de Janeiro de 2008: Altera a redação do critério nº 8 constante das Normas para o processo de Habilitação do Hospital Amigo da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASIL, 2008c. *Portaria MS nº 2.799, de 18 de novembro de 2008: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Amamenta Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, 2008d. *Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008: Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal*. Brasília: Presidência da República.

- BRASIL, 2008e. *Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008: Institui o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante, estabelece os critérios de adesão ao Programa e dá outras providências*. Brasília: Presidência da República.
- BRASIL, 2009. *Decreto nº 7.052, de 23 de dezembro de 2009: Regulamenta a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008*. Brasília: Presidência da República.
- BRAUN, M. L.; GIUGLIANI, E. R.; SOARES, M. E.; GIUGLIANI, C.; DE OLIVEIRA, A. P. & DANELON, C. M., 2003. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health*, 93:1277-9.
- BROADFOOT, M.; BRITTEN, J.; TAPPIN, D. M. & MACKENZIE, J. M., 2005. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 90:F114-6.
- CALDEIRA, A. P. & GONCALVES, E., 2007. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)*, 83:127-32.
- CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C. & AGUIAR, G. N. D., 2008. Educational intervention on breastfeeding promotion to the Family Health Program team. *Rev Saúde Pública* 42:1027-33
- CARDOSO, L. O.; VICENTE, A. S. T.; DAMIÃO, J. J. & RITO, R. V. V. F., 2008. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)*, 84:47-153
- CONEP, 2000. *Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- COUTINHO, S. B.; LIMA MDE, C.; ASHWORTH, A. & LIRA, P. I., 2005a. [The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil]. *J Pediatr (Rio J)*, 81:471-7.
- COUTINHO, S. B.; DE LIRA, P. I.; DE CARVALHO LIMA, M. & ASHWORTH, A., 2005b. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, 366:1094-100.
- DE OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. & SOUZA, I. E. O., 2005. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21:1901-1910.
- EWING, J. A., 1984. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, 252:1905-1907.
- GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. & LOPES, C., 2003. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:625-634.
- GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; L.WERNECK, G. & LOPES, C. S., 2005. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21:703-714.
- GRUMMER-STRAWN, L., 1993. Regression analysis of current-status data: an application to breast-feeding. *Journal of the American Statistical Association*, 88:758-65.
- HORTA, B. L.; BAHL, R.; MARTINES, J. C. & VICTORA, C. G., 2007. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-Analysis*. Geneva: World Health Organization.
- JONES, G.; STEKETEE, R. W.; BLACK, R. E.; BHUTTA, Z. A. & MORRIS, S. S., 2003. Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 362:65-71.

- KRAMER, M. S.; CHALMERS, B.; HODNETT, E. D. & AL, E., 2001. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 285:413-420.
- LUTTER, C.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.; SANGHVI, T.; TERUYA K & WICKHAM, C., 1997. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. 87:659-63.
- MASUR, J. & MONTEIRO, M. G., 1983. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 16:215-218.
- MATTAR, F. N., 1995. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio econômica da ABA-Abipeme. *Revista de administração*, 30: 57-74.
- MERTEN, S. & ACKERMANN-LIEBRICH, U., 2004. Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *Journal of Humand Lactation*, 20:9-17.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. *Iniciativa Hospital Amigo Da Criança: Revista, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integrado*. Brasília, Brasil.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. *Aleitamento Materno*. Available: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/29aleitamento.html> [2009, 04 de maio].
- MORAES, C. L.; VIELLAS, E. F. & REICHENHEIM, M. E., 2005. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *Journal of Studies on Alcohol*, 66:165-73.
- KLIEGMAN et al., 2007. The Feeding of Infants and Children. In: *Nelson TextBook of Pediatrics 18th Edition* (Elsevier, ed.), pp. 214-225.
- ONU, 2009. *Objetivos do Milênio*. Organização das Nações Unidas. Available: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/mortalidade/> [2009, 05 de Dezembro].
- OPAS, 1991. *Indicadores para avaliar las praticas de lactancia materna*. Ginebra: Organização Mundial de Saúde.
- PHILIPP, B. L.; MEREWOOD, A.; MILLER, L. W.; CHAWLA, N.; MURPHY-SMITH, M. M.; GOMES, J. S.; CIMO, S. & COOK, J. T., 2001. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 108:677-81.
- REICHENHEIM, M. E. & HARPHAM, T., 1990. Perfil intra-comunitário da deficiência nutricional: um estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 24:69-79.
- ROSENBERG, M., 1989. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- RUSSELL, M.; MARTIER, S. S.; SOKOL, R. J.; MUDAR, P.; BOTTOMS, S.; JACOBSON, S. & JACOBSON, J., 1994. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18:1156-1161.
- SBP, 2010. *2010: o ano da licença maternidade*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Available: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=52&id\\_detalhe=3364&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalhe=3364&tipo_detalhe=s) [2010, 08 de janeiro].
- SELVIN, S., 2004. *Statistical analysis of epidemiologic data*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L., 1991. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32:705-714.
- SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S. & AGER, J. W., 1989. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160:863-870.

- SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. D. C.; GOUVEIA, G. C. & SOUZA, W. V. D., 2005. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 5 S11-S22.
- TOMA, T. S. & REA, M. F., 2008. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 24:235-246.
- UNICEF, 2009. *Breastfeeding*. United Nations Children's Fund. Available: [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html) [2009, 04 de maio].
- VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S. M. C.; GIGANTE, L. P. & SMITH, P. G., 1987. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, 2:319-22.
- WHO, 2000. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 355:451-55.
- WHO, 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, 2007. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices*. World Health Organization.
- WHO/UNICEF, 2006. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. World Health Organization/United Nations Children's Fund.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

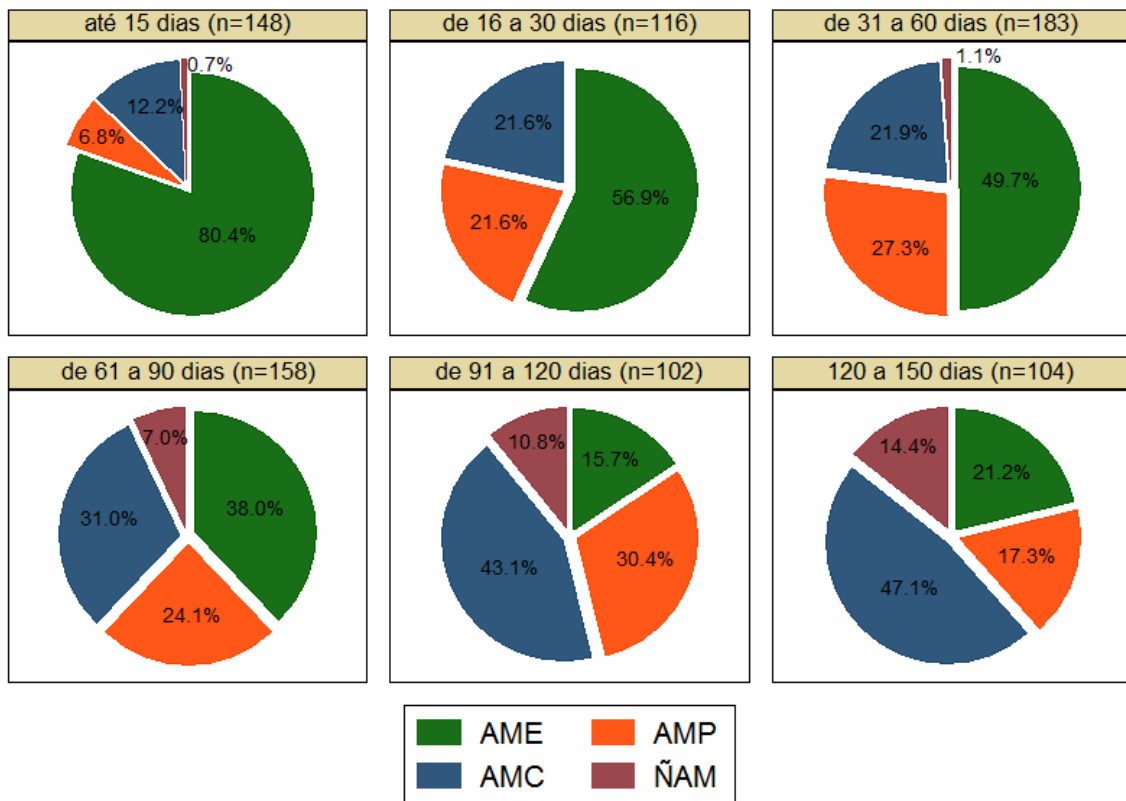
Esta seção pretende apresentar o perfil de aleitamento materno nas várias faixas etárias das crianças participantes da pesquisa visando atender ao primeiro objetivo específico da Dissertação, não contemplado no artigo científico, bem como reforçar algumas questões mais gerais em relação ao aleitamento materno.

A prevalência dos diferentes tipos de aleitamento materno nas várias faixas etárias pode ser visualizado no Gráfico 3. Como apresentado nas seções anteriores da Dissertação, por definição, foram consideradas em aleitamento materno exclusivo (AME) crianças que recebem somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de vitaminas, minerais e/ou medicamentos ou soro oral; em aleitamento materno predominante (AMP), aquelas que recebem não só leite materno, diretamente da mama ou extraído, mas também água e sucos, não incluindo leites artificiais e fórmulas infantis; em aleitamento materno complementado (AMC) aquelas que recebem leite materno diretamente da mama ou extraído e também leite artificial e/ou qualquer outro alimento sólido ou líquido; e não amamentadas (ÑAM) aquelas que não recebem leite materno (OPAS, 1991; WHO, 2003; 2007).

Nota-se que apesar de encontrada prevalência de AME de 80% até os 15 dias de vida, esta decai consideravelmente, chegando a apenas 21,2% nas crianças de 4 a 5 meses de idade. Como consequência desta diminuição, a proporção de crianças em AMP e AMC aumenta com o aumento da idade da criança, na medida em que água, suco, leite artificial e outros alimentos vão sendo introduzidos em suas dietas.

É importante perceber que, até os 15 dias de vida, cerca de 12% dos recém-nascidos já entraram em contato com outros alimentos, provavelmente fórmulas lácteas. Aos 4 meses de idade, o problema fica ainda mais evidente, chegando a prevalência de AMC a quase 50%. Chama ainda mais a atenção o fato de que estas crianças, em sua maior parte saudáveis, estariam não só perdendo a comprovada proteção advinda da amamentação, mas também sendo submetidas a riscos de adoecer desnecessariamente. Isso na medida em que já existem evidências que indicam que a introdução precoce de fórmulas lácteas ou leite artificial parece ser fator de maior risco para desenvolvimento de enterocolite e alergia à proteína do leite de vaca, devendo-se evitar a ingestão deste leite até um ano de idade (SOLÉ et al, 2008).

**Gráfico 3 – Prevalência dos tipos de Aleitamento Materno em cinco Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro (2007) conforme Idade do Bebê em dias (n=811).**



Também se deve notar que o desmame completo já se faz presente, atingindo 7,0; 10,8 e 14,4% das crianças de três, quatro e cinco meses de vida, respectivamente. Este panorama insatisfatório com relação à alimentação da criança em seus primeiros meses de vida só reforça o que diferentes autores e Instituições de Saúde, especialmente as que têm a infância como foco central, vêm indicando no que concerne à importância do desenvolvimento de estratégias de promoção e apoio ao aleitamento materno.

Ao se considerar estas prevalências em estratos conforme a titulação do hospital de nascimento algumas diferenças são notadas. Nas crianças nascidas em hospital sem a titulação (Gráfico 4), percebe-se que o contato com outros alimentos e/ou fórmulas lácteas se faz precocemente em 24,4% dos recém-nascidos até os 15 dias de vida, chegando a 40% nos maiores de 4 meses. Além disso, observa-se que uma proporção maior de crianças é desmamada nas faixas etárias a partir do primeiro mês de vida, sendo a prevalência do desmame do AM de 24,3% naqueles entre 4 a 5 meses.

Gráfico 4 – Prevalência dos Tipos de Aleitamento Materno em cinco Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro (2007) em crianças nascidas em Hospitais sem a Titulação (NHAC), conforme idade destas em dias (n= 248).

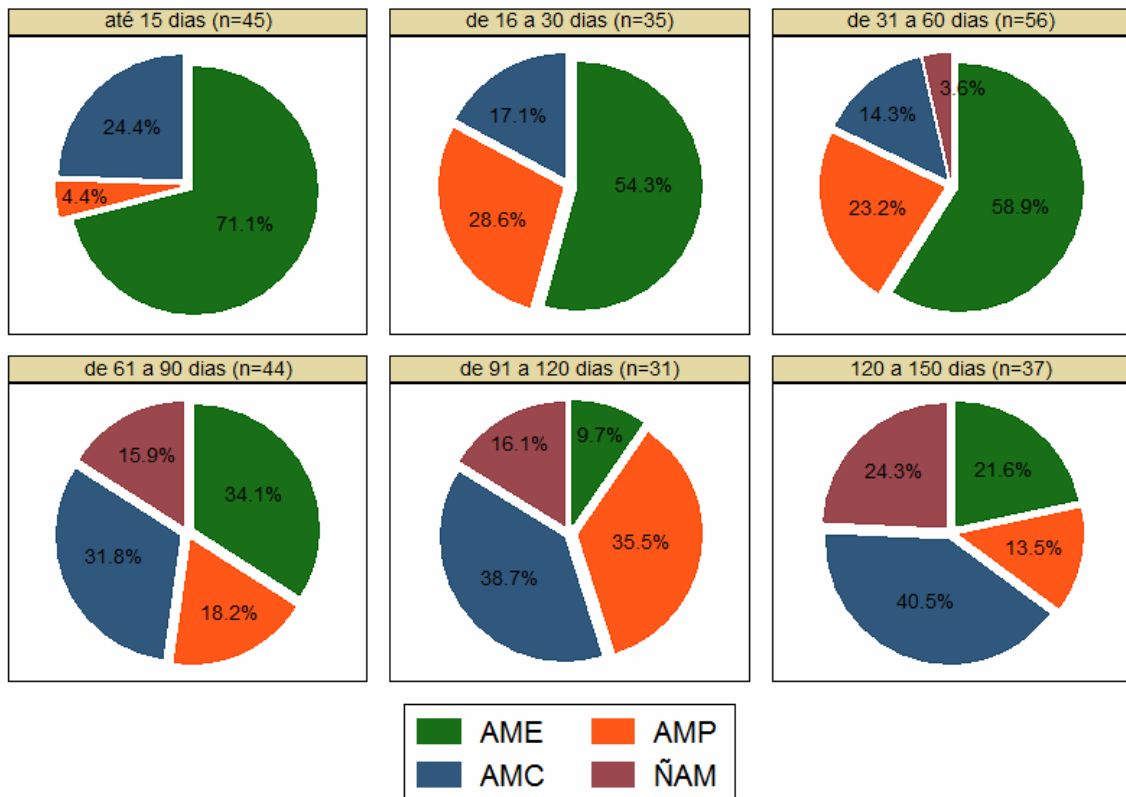
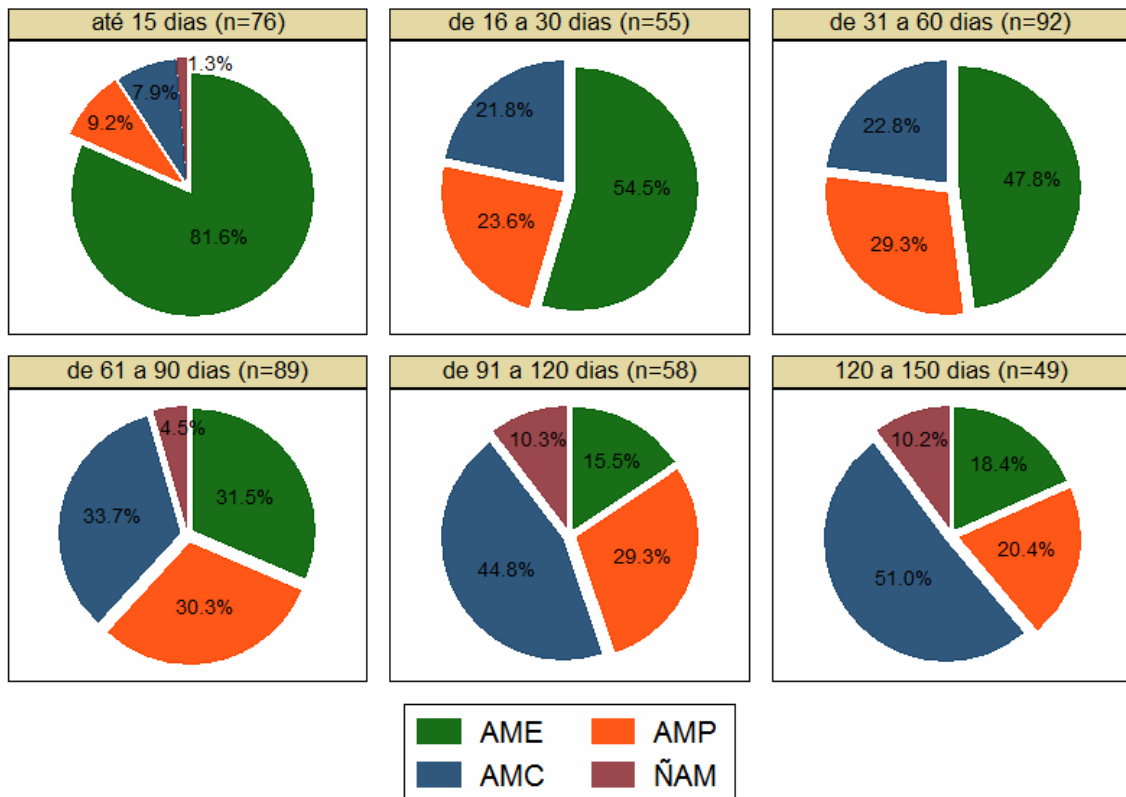
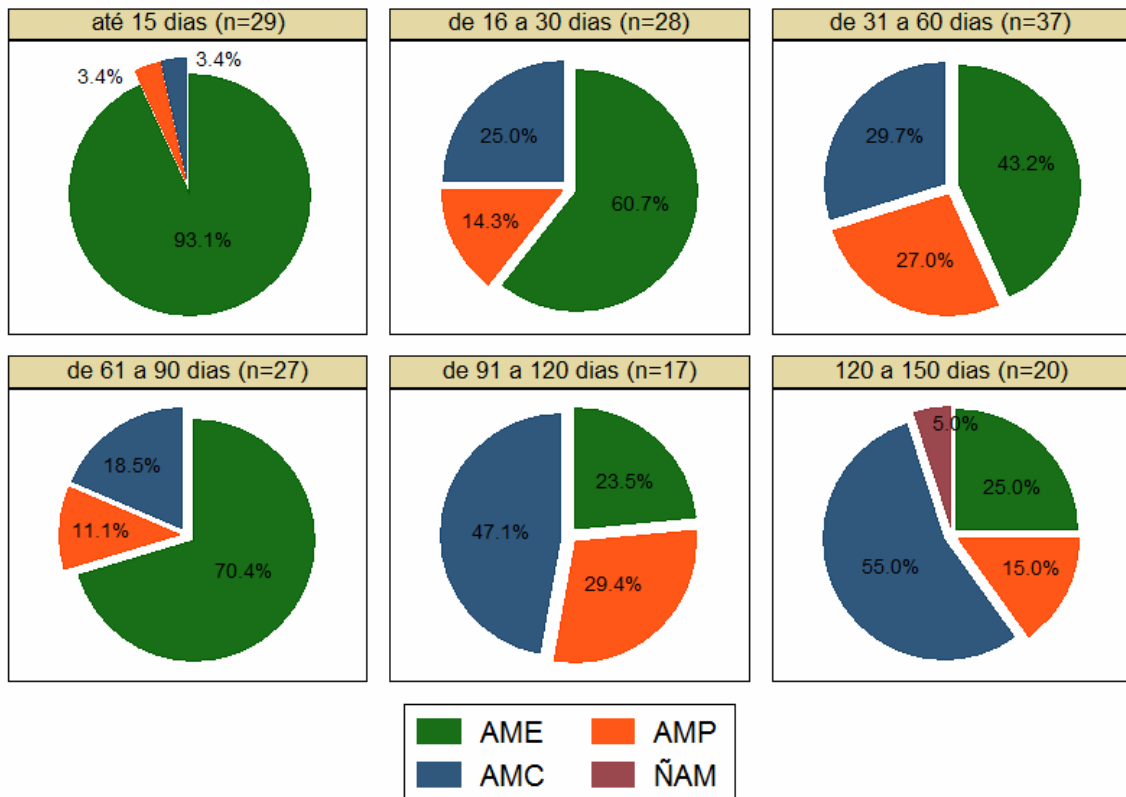


Gráfico 5 – Prevalência dos Tipos de Aleitamento Materno em cinco Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro (2007) crianças nascidas em Hospitais com a Titulação (HAC), conforme idade destas em dias (n=419).



O Gráfico 5 considera o subgrupo de crianças nascidas em Hospitais Amigos da Criança (HAC). Pode-se perceber que grande parte das crianças está em AME até os 15 dias de vida (81,6%), porém esta prevalência decai conforme a faixa etária considerada. Outra questão é que o percentual de crianças até os 15 dias de vida que já teve contato com outros alimentos e/ou fórmulas é bem menor do que aquele encontrado para os NHAC. Além disso, observa-se crianças totalmente desmamadas principalmente a partir do segundo mês de vida, sendo esta por volta de 10% dos 3 aos 5 meses de vida.

**Gráfico 6 – Prevalência dos Tipos de Aleitamento Materno em cinco Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro (2007) em crianças nascidas em Hospitais em vias de receber a Titulação (EVHAC), conforme idade destas em dias (n=158).**



Já nas crianças nascidas em Hospitais em vias de receber a Titulação (Gráfico 6), percebe-se quase a totalidade destas em AME (93,1%), porém esta prevalência não é mantida nas faixas etárias subsequentes, diminuindo de forma não linear. Aos 4 a 5 meses de vida, apenas 25% das crianças são amamentadas exclusivamente, observando-se 55% em AMC, ou seja, com introdução de alimentos e/ou fórmulas lácteas. É interessante notar que neste subgrupo, o desmame completo aparece apenas aos 4 meses de vida, sugerindo um possível melhor desempenho dos EVHAC com relação à promoção do aleitamento materno.

Nesse contexto, a realização deste estudo trouxe mais informações sobre a situação do AM, seus fatores intervenientes e possíveis ações para que se possa aumentar não só as taxas, mas também a duração deste. A importância de seus resultados no fortalecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) também merece destaque. Entende-se que a IHAC tem importante papel no aumento das taxas e na duração do AME, devendo ser expandida para todas as maternidades. Entretanto, aparentemente, esta, isoladamente, não será capaz de alcançar os resultados desejados. Seus limites de atuação no acompanhamento pós-hospitalar

configuram necessidade de novas propostas de ações ao nível da atenção primária, principal responsável pelo acompanhamento da mãe e do bebê após a alta.

Algumas destas propostas já estão sendo colocadas em prática, porém ainda necessitam de aperfeiçoamento e incentivo. Provavelmente, a melhor cobertura da IHAC, com o credenciamento de novos hospitais e reavaliação criteriosa dos já credenciados, e a implementação de ações promotoras, protetoras e apoiadoras da amamentação em unidades básicas de saúde, permitirão aumento considerável das taxas e duração do AM.

Outra questão importante a ser mencionada é o reconhecimento da presença da mulher no mercado de trabalho, com impacto no cuidado e amamentação de seus filhos. Apesar de conhecidos benefícios do AM não só para mãe e bebê, mas também para sociedade, apenas recentemente a Licença Maternidade foi ampliada para seis meses. Demorou-se para reconhecer, que se não fossem dadas condições a esta trabalhadora de amamentar, a duração desejada do AME não seria alcançada. Avanços foram concretizados neste campo, porém muitas mães ainda não desfrutam deste benefício, ou por não serem trabalhadoras formais ou por não trabalharem em empresas participantes do Programa Empresa Cidadã, forma encontrada pelo governo federal de incentivar o prolongamento da Licença em empresas privadas. Muito se discute sobre o déficit gerado nos cofres públicos a partir da dedução fiscal das empresas cadastradas pelo Programa, mas há de se pensar quanto seria economizado com menos atendimentos e internações hospitalares de nossas crianças, beneficiadas pelos efeitos biológicos e psicológicos da amamentação.

Ressalta-se então a importância de outros estudos que avaliem o perfil do AM e a efetividade das propostas em prol da amamentação, tanto ao nível hospitalar como ao nível da atenção básica, a fim de compreendermos o processo facilitador/protetor do AM e as falhas e conquistas destas propostas, visando o aperfeiçoamento das mesmas e a promoção da saúde em nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS

AARTS, C. et al. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *International Journal of Epidemiology* [S.I.], v. 29, p. 1041-1046, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 4 de outubro de 2006.

ABOLYAN, L. V. The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeed Med* [S.I.], v. 1, n. 2, p. 71-8, Summer 2006.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Reassessment of Baby-Friendly Hospitals in Brazil. *J Hum Lact* [S.I.], v. 23, n. 3, p. 246-252, 2007a.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. [Twelve years of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica* [S.I.], v. 22, n. 2, p. 91-9, Aug 2007b.

\_\_\_\_\_. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para família. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* [S.I.], v. 4, n. 2, p. 135-141, 2004.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [S.I.], v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003.

BARTINGTON, S. et al. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *International Journal of Epidemiology* [S.I.], v. 35, p. 1178-1186, 2006.

BOSNJAK, A. P. et al. The effect of baby friendly hospital initiative and postnatal support on breastfeeding rates--Croatian experience. *Coll Antropol* [S.I.], v. 28, n. 1, p. 235-43, Jun 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília, DF. 2001. 52 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília, DF. 2001. 50 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria MS/GM nº 1117 de 7 de Junho de 2004: Estabelece os valores de remuneração dos hospitais habilitados como Amigo da Criança*. Brasília, DF. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria MS/SAS nº 756 de 16 de Dezembro de 2004: Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília, DF. 2006. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília, DF. 2008a. 108 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo Da Criança: Revista, Atualizada e Ampliada para o Cuidado Integrado*. Brasília, DF. 2008b. 78 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria MS/SAS nº 09 em 10 de Janeiro de 2008: Altera a redação do critério nº 8 constante das Normas para o processo de Habilitação do Hospital Amigo da Criança*. Brasília, DF 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Aleitamento Materno*. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/29aleitamento.html>>. Acesso em: 4 de maio de 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Revitalização e Expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: Desafios e Perspectivas*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29931&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29931&janela=1)>. Acesso em: 10 de maio 2009b.

BRAUN, M. L. et al. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* [S.I.], v. 93, n. 8, p. 1277-9, Aug 2003.

BROADFOOT, M. et al. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [S.I.], v. 90, n. 2, p. F114-6, Mar 2005.

BUXTON, K. et al. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *American Journal of Preventive Medicine* [S.I.], v. 7, p. 101-106, 1991.

CALDEIRA, A. P.; GONCALVES, E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)* [S.I.], v. 83, n. 2, p. 127-32, Mar-Apr 2007.

CARDOSO, L. O. et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* [S.I.], v. 84, n. (2), p. 47-153. 2008.

CAMURDAN, A. et al. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int J Clin Pract* [S.I.], v. 61, n. 8, p. 1251-5, Aug 2007.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. *Amamentação: bases científicas*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CHAVES, R. G. et al. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* [S.I.], v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

COUTINHO, S. B. et al. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* [S.I.], v. 366, n. 9491, p. 1094-100, Sep 24-30 2005.

COUTINHO, S. B. et al. [The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil]. *J Pediatr (Rio J)* [S.I.], v. 81, n. 6, p. 471-7, Nov-Dec 2005.

ERTEM, I. O. et al. The Timing and Predictors of the Early Termination of Breastfeeding. *Pediatrics* [S.I.], v. 107, p. 543-548, 2001.

EWING, J. A. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA (Journal of the American Medical Association)* [S.I.], v. 252, n. 14, p. 1905-1907, 1984 1984.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

\_\_\_\_\_. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

GRUMMER-STRAWN, L. Regression analysis of current-status data: an application to breast-feeding. *Journal of the American Statistical Association* [S.I.], v. 88, n. 423, p. 758-65, 1993.

HORTA, B. L. et al. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-Analysis*. World Health Organization. Genebra. 2007

JONES, G. et al. Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* [S.I.], v. 362, p. 65-71, 2003.

KRAMER, M. S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association* [S.I.], v. 285, n. 4, p. 413-420, 2001.

LABBOK, M. H. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. *J Pediatr (Rio J)* [S.I.], v. 83, n. 2, p. 99-101, Mar-Apr 2007.

LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Revista da Associação Médica Brasileira* [S.I.], v. 44, n. 4, p. 319-24, 1998.

LUTTER, C. et al. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. v. 87, n. American Journal of Public Health, p. 659-63, 1997.

MANASEKI-HOLLAND, S. *Global breastfeeding data:sources, prevalence, trends and association with global programmes*. WHO/UNICEF. Geneva. 2001

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* [S.I.], v. 16, p. 215-218, 1983.

MATTAR, F. N. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio econômica da ABA-Abipeme. *Revista de administração* [S.I.], v. 30, n. 1, p. 57-74, 1995.

MERTEN, S.; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *Journal of Humand Lactation* [S.I.], v. 20, n. 1, p. 9-17, 2004.

\_\_\_\_\_. et al. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* [S.I.], v. 116, n. 5, p. e702-8, Nov 2005.

MORAES, C. L. et al. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *Journal of Studies on Alcohol* [S.I.], v. 66, n. 2, p. 165-73, 2005.

MORGADO, C. M. C. *Rede e Apoio Social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida*. 2009. Dissertação. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

KLIEGMAN, R. M. et al. The Feeding of Infants and Children. In: *Nelson TextBook of Pediatrics*, 18th ed. Pennsylvania (USA) 2007. cap. 2, p. 214-225.

OLIVEIRA, A. S. D. *Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para desmame precoce?* 2008. Dissertação. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna*. Washington, D.C. 1991. 19 p.

ORIÁ, M. O. et al. Trends in breastfeeding research by brasilians nurses. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 21, n. 1, p. 20-28, 2005.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 19, n. Sup.1, p. s119-s127, 2003.

\_\_\_\_\_. Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Nutr* [S.I.], v. 137, n. 2, p. 484-7, Feb 2007.

\_\_\_\_\_. et al. Exclusive Breast-Feeding Duration Is Associated with Attitudinal, Socioeconomic and Biocultural Determinants in Three Latin American Countries. *The Journal of Nutrition* [S.I.], v. 125, p. 2972-2984, 1995.

PHILIPP, B. L. et al. Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. *Pediatrics* [S.I.], v. 112, n. 3 Pt 1, p. e234-6, Sep 2003.

\_\_\_\_\_. et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* [S.I.], v. 108, n. 3, p. 677-81, Sep 2001.

- PHILIPP, B. L.; RADFORD, A. Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [S.I.], v. 91, n. 2, p. F145-9, Mar 2006.
- PINCOMBE, J. et al. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* [S.I.], v. 24, n. 1, p. 55-61, Mar 2008.
- REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 19, n. Supl 1, p. 37-45, 2003.
- REICHENHEIM, M. E.; HARPAM, T. Perfil intra-comunitário da deficiência nutricional: um estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública* [S.I.], v. 24, p. 69-79, 1990 1990.
- RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Resolução SES n° 2673 de 02 de março de 2005: Implanta a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.* 2005.
- ROSENBERG, K. D. et al. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med* [S.I.], v. 3, n. 2, p. 110-6, Jun 2008.
- ROSENBERG, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press, 1989.
- RUSSELL, M. et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [S.I.], v. 18, n. 5, p. 1156-1161, 1994.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. *Aleitamento Materno*. Disponível em: <  
[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=21&id\\_detalhe=1778&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1778&tipo_detalhe=s)  
>. Acesso em: 4 de maio de 2009.
- SCHMITT, D. P.; ALLIK, J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* [S.I.], v. 89, n. 4, p. 623-642, 2005.
- SCOTT, J. A. et al. Psychosocial Factors Associated With the Abandonment of Breastfeeding Prior to Hospital Discharge. *Journal of Human Lactation* [S.I.], v. 17, n. 1, p. 24-30, 2001.
- SELVIN, S. *Statistical analysis of epidemiologic data*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine* [S.I.], v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.
- SILVA, M. B. D. et al. Influence of breastfeeding support on the exclusive breastfeeding of babies in the first month of life and born in the city of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [S.I.], v. 8, n. 3, p. 275 - 284, 2008.
- SOKOL, R. J. et al. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [S.I.], v. 160, p. 863-870, 1989.

SOLÉ, D. et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* [S.I.], v. 31, n. 2, p. 64 - 89, 2008.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [S.I.], v. 5 n. (Supl 1), p. S11-S22, 2005.

TAVERAS, E. et al. Clinician support and psychological risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* [S.I.], v. 112, n. 1, p. 108-15, 2003.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública* [S.I.], v. 24, n. Supl 2, p. 235-246, 2008.

UNICEF. United Nations Children's Fund. *Breastfeeding*. Disponível em: <[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html)> Acesso em 04 de maio de 2009.

VASCONCELOS, M. G. L. D. et al. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* [S.I.], v. 6, p. 99-105, 2006.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* [S.I.], v. 36, n. 3, p. 313-18, 2002.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* [S.I.], v. 2, p. 319-22, 1987.

WENG, D. R. et al. Analysis of the outcomes at baby-friendly hospitals: appraisal in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* [S.I.], v. 19, n. 1, p. 19-28, Jan 2003.

WENZEL, D. *Aleitamento materno: estudo nacional da prevalência e determinantes no Brasil, nas macro-regiões e áreas urbanas e rurais*. 2008. Dissertação. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WHO. *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Florença, Itália. 1990. 2 p.

\_\_\_\_\_. *Evidence for the Ten Steps to successful breastfeeding*. Genebra, Suíça. 1998. 118 p.

\_\_\_\_\_. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* [S.I.], v. 355, p. 451-55, 2000.

\_\_\_\_\_. *Global strategy for infant and young child feeding*. Genebra, Suíça. 2003. 37 p.

\_\_\_\_\_. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Genebra, Suíça. 2007. 19 p.

\_\_\_\_\_. *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. Genebra, Suíça. 2009. 6 p.

WHO/UNICEF. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. 2006. 65 p.

## ANEXO A – Questionário de Elegibilidade

Número de Identificação |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Instruções para preenchimento:

Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77777 – 777777) para recusa; 8 (ou similares 88 ...) para “não sabe” ou “não se lembra”; e 9 (ou similares 99 ...) para não se aplica.

## I. Identificação do questionário

Nome da Unidade de Saúde		1. <input type="checkbox"/>
1. Marcolino Candau	2. Heitor Beltrão	3. Ariadne Lopes de Menezes
4. Silveira Martins	5. Jacarepaguá	
Entrevistador _____		2. <input type="checkbox"/>
Data da entrevista _____		3. <input type="checkbox"/>
Digitador _____		4. <input type="checkbox"/>
Data da digitação _____		5. <input type="checkbox"/>

## II. Identificação da mãe e do bebê / Critérios de elegibilidade

Qual o seu nome (mãe)?	6. _____			
Qual a sua data de nascimento (mãe)?	7. <input type="checkbox"/>			
Qual a sua idade (mãe)	8. <input type="checkbox"/> anos			
Qual o nome do bebê?	9. _____			
<b>Não perguntar, apenas marcar a opção de resposta conforme o nome do bebê</b>				
Sexo do bebê	10. <input type="checkbox"/>			
1. Masculino	2. Feminino			
Qual a data de nascimento de (nome do bebê)	11. <input type="checkbox"/>			
Qual a idade de (nome do bebê)?	12. <input type="checkbox"/> meses			
	13. <input type="checkbox"/> dias			
Qual a sua cor? <b>Leia as alternativas</b>	14. <input type="checkbox"/>			
1. Branca	2. Parda/Mulata/Morena/Cabocla	3. Negra	4. Amarela/Oriental	5. Indígena
Você já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que V/S completou?	15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
00. Não estuda ou estudou	(grau) (série)			
30. Terceiro grau incompleto ou mais				
Atualmente, você tem um relacionamento amoroso? <b>Se não, pule para a questão 18</b>	1. Sim 0. Não 16. <input type="checkbox"/>			
Você mora com esse companheiro? <b>Anote a resposta e pule a próxima questão</b>	1. Sim 0. Não 17. <input type="checkbox"/>			
Você teve um relacionamento amoroso por mais de 1 mês desde que soube estar grávida?	1. Sim 0. Não 18. <input type="checkbox"/>			
Seu bebê mama no peito? <b>Se sim, vá ao módulo de "Caracterização da Entrevistada"</b>	1. Sim 0. Não 19. <input type="checkbox"/>			
Seu bebê mamou no peito?	1. Sim 0. Não 20. <input type="checkbox"/>			
Por qual motivo o seu bebê não mama (ou não mamou) no peito?				
- Mãe portadora do vírus HIV	1. Sim 0. Não 21. <input type="checkbox"/>			
- Mãe em tratamento oncológico	1. Sim 0. Não 22. <input type="checkbox"/>			
- Mãe fazendo uso de medicação que contra-indica	1. Sim 0. Não 23. <input type="checkbox"/>			
- Criança com problemas metabólicos que impedem a amamentação	1. Sim 0. Não 24. <input type="checkbox"/>			
- Criança com lábio leporino e mal-formação bilateral	1. Sim 0. Não 25. <input type="checkbox"/>			
- Outros: _____	26. <input type="checkbox"/>			
<b>Anote o motivo. O campo será preenchido pelo supervisor</b>				

## III. Caracterização da entrevistada

1. Elegível	2. Recusou-se a participar da pesquisa	3. Não elegível	27. <input type="checkbox"/>
-------------	--	-----------------	------------------------------

## ANEXO B – Questionário Principal

Número de Identificação |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

## Instruções para preenchimento:

Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77777 – 7777777) para recusa; 8 (ou similares 88 ...) para "não sabe" ou "não se lembra"; e 9 (ou similares 99 ...) para não se aplica.

## I. Identificação do questionário

Unidade de Saúde			
1. Marcolino Candau	2. Heitor Beltrão	3. Ariadne Lopes de Menezes	1.  __
4. Silveira Martins	5. Jacarepaguá		
Entrevistador	_____		2.  __ __
Data da entrevista	_____		3.  __ __ / __ __ / __ __
Revisado por	_____		4.  __ __
Data da revisão	_____		5.  __ __ / __ __ / __ __
Digitador	_____		6.  __ __
Data da digitação	_____		7.  __ __ / __ __ / __ __

## II. Identificação da mãe e do bebê

De um modo geral, em comparação com as outras crianças da mesma idade do(a) (nome do bebê), como você considera a saúde dele(a)? <b>Leia as alternativas</b>	8.  __
1. Excelente 2. Muito Boa 3. Boa 4. Regular 5. Ruim	
Você tem outros filhos vivos? <b>Se não, vá à questão 17</b>	1. Sim 0. Não 9.  __
Quantos filhos vivos você tem? <b>Excluindo a criança alvo</b>	10.  __ __
Quantos filhos menores de 5 anos você tem? <b>Excluindo a criança alvo</b>	11.  __ __
Qual a data de nascimento do(s) seu(s) (dois) último(s) filho(s), antes de (nome do bebê)?	12.  __ __ / __ __
<b>Anotar a data de nascimento dos últimos dois filhos, mesmo que tenha(m) mais de 5 anos</b>	13.  __ __ / __ __
	(mês) (ano)
Você amamentou seu último filho? <b>Se não, vá à questão 17</b>	1. Sim 0. Não 14.  __
Por quanto tempo?	15.  __ __  meses
	16.  __ __  dias
Você foi amamentada?	1. Sim 0. Não 17.  __
Você trabalhou fora de casa durante a gravidez do(a) (nome do bebê)?	
<b>Atenção! Considere como positivo mesmo que a respondente tenha trabalhado um pequeno período da gestação, só no início por exemplo</b>	1. Sim 0. Não 18.  __
<b>Se a resposta for não, pule a próxima questão</b>	
Você teve direito à licença maternidade?	1. Sim 0. Não 19.  __
Atualmente, você trabalha fora de casa?	1. Sim 0. Não 20.  __

### III. Dados sobre o pré-natal

Você fez pré-natal? <b>Se não, vá à questão 26</b>	1. Sim	0. Não	21. [ ]
Com quanto tempo de gravidez você começou o pré-natal?			22. [ ] [ ] meses
			23. [ ] [ ] semanas
Quantas consultas de pré-natal você fez?			24. [ ] [ ]
Você recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal?	1. Sim	0. Não	25. [ ]
Você esteve internada durante a gestação? <b>Atenção! Considere como positivo mesmo as situações em que ela ficou internada antes do parto, e na mesma internação teve o bebê</b> <b>Se a resposta for não, vá ao módulo IV</b>	1. Sim	0. Não	26. [ ]
Por qual motivo você esteve internada durante a gestação?			
- Pressão alta	1. Sim	0. Não	27. [ ]
- Diabetes	1. Sim	0. Não	28. [ ]
- Vômitos frequentes	1. Sim	0. Não	29. [ ]
- O bebê queria nascer antes do tempo	1. Sim	0. Não	30. [ ]
- Outros _____	1. Sim	0. Não	31. [ ]

### IV. Dados sobre o nascimento

Quando você ficou grávida do(a) (nome do bebê), estava querendo engravidar? <b>Leia as alternativas</b>			
1. Sim, naquele momento.			32. [ ]
2. Sim, mas não naquele momento.			
3. Não queria engravidar.			
Onde o(a) (nome do bebê) nasceu?			
Maternidade .....			33. _____
Município .....			34. _____
Foi de parto normal ou cesariana?			35. [ ]
1. Normal (ou fórceps) 2. Cesariana			
Nasceu de quanto tempo?			36. [ ] meses
<b>Se a mãe responder em meses, checar se foram realmente meses inteiros (ou 7 meses e meio, ou 7 meses e 3 semanas, por exemplo)</b>			37. [ ] [ ] semanas
Com que peso (nome do bebê) nasceu?			38. [ ] [ ] [ ] [ ] gramas
Com que tamanho/comprimento (nome do bebê) nasceu?			39. [ ] [ ] cm
O(A) (nome do bebê) ficou o tempo todo na enfermaria ou no quarto com você? <b>Se sim, pule a próxima questão</b>	1. Sim	0. Não	40. [ ]
Onde ele(a) ficou?			41. [ ]
1. No Berçário 2. No CTI ou UI			
Quanto tempo você ficou na maternidade depois do nascimento do bebê?			42. [ ] [ ] [ ] dias
E o(a) (nome do bebê)?			43. [ ] [ ] [ ] dias
Ofereceram algum tipo de leite que não de peito para (nome do bebê) na maternidade?	1. Sim	0. Não	44. [ ]
O(A) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito?	1. Sim	0. Não	45. [ ]

## V. Módulo: Saúde Mental

### Instruções para preenchimento:

Para cada uma das questões a seguir há duas opções de resposta. Leia as alternativas após a primeira pergunta, a partir da segunda apenas relembre as opções caso a respondente necessite. Marque o número correspondente à resposta da entrevistada:

1. Sim 0. Não

*“Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho sobre como você tem se sentido”.*

Você tem dores de cabeça freqüentes?	46.	<input type="checkbox"/>
Você tem falta de apetite?	47.	<input type="checkbox"/>
Você dorme mal?	48.	<input type="checkbox"/>
Você assusta-se com facilidade?	49.	<input type="checkbox"/>
Você tem tremores nas mãos?	50.	<input type="checkbox"/>
Você sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	51.	<input type="checkbox"/>
Você tem má digestão	52.	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldade de pensar com clareza?	53.	<input type="checkbox"/>
Você tem se sentido triste ultimamente?	54.	<input type="checkbox"/>
Você tem chorado mais do que o de costume?	55.	<input type="checkbox"/>
Você encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	56.	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldades para tomar decisões?	57.	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	58.	<input type="checkbox"/>
Você é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	59.	<input type="checkbox"/>
Você tem perdido o interesse pelas coisas?	60.	<input type="checkbox"/>
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	61.	<input type="checkbox"/>
Você tem a idéia de acabar com a vida?	62.	<input type="checkbox"/>
Você sente-se cansada o tempo todo?	63.	<input type="checkbox"/>
Você tem sensações desagradáveis no estômago?	64.	<input type="checkbox"/>
Você se cansa com facilidade?	65.	<input type="checkbox"/>

## VI. Eventos de “stress” na vida (DURANTE a gestação e APÓS o parto)

<i>Desde que soube estar grávida de (nome do bebê), algum desses acontecimentos ocorreu com você?</i> <b>Leia as perguntas abaixo</b>			<i>Durante a sua gravidez...</i>	<i>Após o parto...</i>
Óbito de um companheiro ou parente próximo	1. Sim	0. Não	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>
Separação de um companheiro, ou rompimento de uma relação amorosa	1. Sim	0. Não	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>
Perda do seu emprego (ou pedido de demissão)	1. Sim	0. Não	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>
Perda do emprego - companheiro (ou pedido de demissão)	1. Sim	0. Não	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>
Forçada a mudar de casa, contra sua vontade	1. Sim	0. Não	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>
Dificuldades financeiras, maiores que as habituais	1. Sim	0. Não	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>
Assalto, ou roubo	1. Sim	0. Não	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>

Agressão física	1. Sim	0. Não	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>
-----------------	--------	--------	------------------------------	------------------------------

### VII. Dados sobre a alimentação do bebê

*“Você agora pode me dizer quais alimentos o(a) (NOME DO BEBÊ) tem tomado, ou comido inicialmente, eu vou falando o nome de cada alimento, e você me responde se o(a) (NOME DO BEBÊ) o tomou ou comeu nas últimas 24 HORAS. A seguir, eu digo o nome de cada alimento, e você me responde se o(a) (NOME DO BEBÊ) o tomou ou comeu nos últimos 7 DIAS. Por fim, eu gostaria de saber quando o alimento foi dado pro(a) (NOME DO BEBÊ) pela primeira vez”.*

#### Instruções para preenchimento:

Para cada período (24 HORAS ou ÚLTIMOS 7 DIAS), marque 1 se o alimento foi ingerido pelo bebê, ou 0 se o alimento não foi ingerido. A última coluna será indagada sempre que o alimento tenha sido utilizado. As perguntas devem ser feitas na ordem de numeração, isto é, seguindo as colunas.

<i>O(A) (nome do bebê), comeu ou tomou...</i>	<i>Desde ontem de manhã, até hoje de manhã (últimas 24 horas)?</i>	<i>Nos últimos 7 dias?</i>	<i>Com que idade o (a) (nome do bebê) tomou ou comeu (alimento) pela primeira vez?</i>
Leite de peito?	82. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>	104. <input type="checkbox"/> meses 105. <input type="checkbox"/> dias
Outro leite, que não o de peito?	83. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/> meses 107. <input type="checkbox"/> dias
Mingau ou leite engrossado com farinha?	84. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/> meses 109. <input type="checkbox"/> dias
Sopa ou papa de legumes? <b>Relembre o período do recordatório</b>	85. <input type="checkbox"/>	96. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/> meses 111. <input type="checkbox"/> dias
“Comida de panela”?	86. <input type="checkbox"/>	97. <input type="checkbox"/>	112. <input type="checkbox"/> meses 113. <input type="checkbox"/> dias
Água pura?	87. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	114. <input type="checkbox"/> meses 115. <input type="checkbox"/> dias
Água com açúcar?	88. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	116. <input type="checkbox"/> meses 117. <input type="checkbox"/> dias
Chá? <b>Relembre o período do recordatório</b>	89. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	118. <input type="checkbox"/> meses 119. <input type="checkbox"/> dias
Suco de frutas?	90. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	120. <input type="checkbox"/> meses 121. <input type="checkbox"/> dias
Fruta em pedaço ou amassada?	91. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	122. <input type="checkbox"/> meses 123. <input type="checkbox"/> dias
Tomou ou comeu algum outro alimento diferente dos que eu já citei?	92. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>	124. <input type="checkbox"/> meses 125. <input type="checkbox"/> dias

De todos os alimentos ou líquidos que eu te perguntei, algum foi dado por mamadeira ou chupinha?	1. Sim	0. Não	126.  __
--	--------	--------	----------

Você já tinha vontade de amamentar (nome do bebê) antes dele(a) nascer? <b>Se sim, pule a próxima questão</b>	1. Sim	0. Não	127.  __
E depois que (nome do bebê) nasceu, você teve vontade de amamentar ele(a)?	1. Sim	0. Não	128.  __
Você acha que o seu companheiro incentivou, ou seja, deu força para você amamentar, e manter o(a) (nome do bebê) mamando no peito?	1. Sim	0. Não	129.  __

### VIII. Violência entre parceiros íntimos (CTS2)

*“Agora eu gostaria de saber um pouco sobre o(s) seu(s) companheiro(s)...”*

Instruções para preenchimento:

Caso a respondente esteja com o mesmo companheiro desde que soube estar grávida, ou seja o mesmo companheiro identificado para a gestação e pós-parto, preencha apenas o primeiro módulo de características do companheiro.

Se forem companheiros distintos nos dois períodos, preencha os dois módulos de características do companheiro.

Você tem companheiro atualmente? <b>Se não, pule a próxima questão</b>	1. Sim	0. Não	130.  __
Ele é o mesmo desde que você soube estar grávida? <b>Se sim, vá para a questão 138</b>	1. Sim	0. Não	131.  __

*“Então, gostaria de saber um pouco sobre os seus relacionamentos amorosos desde que soube estar grávida...”*

Você teve algum companheiro durante a gestação? <b>Se não, vá à questão 135</b>	1. Sim	0. Não	132.  __
Quantos?			133.  __
Qual o nome do companheiro que ficou com você durante a gestação? <b>Caso haja 2 ou mais companheiros nesse período, anote o nome daquele que ficou mais tempo com ela</b>	134.	_____	

Você teve algum companheiro depois do nascimento do(a) (nome do bebê)? <b>Se não, vá à questão 138</b>	1. Sim	0. Não	135.  __
Quantos?			136.  __
Qual o nome do companheiro que ficou com você depois do parto? <b>Caso haja 2 ou mais companheiros nesse período, anote o nome daquele que ficou mais tempo com ela</b>	137.	_____	

Qual a idade do seu companheiro (da gestação)? <b>Só leia o trecho entre parênteses no caso de mulheres que tiveram companheiros diferentes na gestação e no pós-parto</b>			138.  __   __  anos
Ele é o pai de (nome do bebê)	1. Sim	0. Não	139.  __
Você mora (ou morou) com ele?	1. Sim	0. Não	140.  __
Há quanto tempo vocês estão (ou estiveram) juntos? <b>Se ela citar “4 meses e 15 dias” (e daí em diante), “arredonde” para 5 meses. Abaixo disso (14 dias ou menos), “arredonde” para baixo.</b>			141.  __   __  anos 142.  __   __  meses
Ele já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele completou?			143.  __   __

00. Não estuda ou estudou	(grau) (série)
30. Terceiro grau incompleto ou mais	
Qual a cor dele? <b>Leia as alternativas</b>	144.  __
1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena/Cabocla 3. Negra 4. Amarela/Oriental 5. Indígena	
<b>Se a mulher tem o mesmo companheiro desde a gestação, vá para a questão 152. As questões 145 a 151 referem-se ao companheiro do período pós-parto quando esse for diferente do companheiro da gestação ou a respondente não tiver tido companheiro na gestação</b>	
Qual a idade do companheiro que esteve (ou está) com você depois do parto?	145.  __   __  anos
Ele é o pai de (nome do bebê)	1. Sim 0. Não 146.  __
Você mora (ou morou) com ele?	1. Sim 0. Não 147.  __
Há quanto tempo vocês estão (ou estiveram) juntos?	148.  __   __  anos 149.  __   __  meses
Ele já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele completou?	150.  __   __
00. Não estuda ou estudou	(grau) (série)
30. Terceiro grau incompleto ou mais	
Qual a cor dele? <b>Leia as alternativas</b>	151.  __
1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena/Cabocla 3. Negra 4. Amarela/Oriental 5. Indígena	

*“Os casais têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças. Mesmo que um casal relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agriam apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer”.*

*“Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma das coisas que vou dizer a seguir desde que você soube que estava grávida”.*

<b>Instruções para preenchimento:</b>
Leia cada uma das questões a seguir e pergunte se “isto já aconteceu”. Marque o número correspondente à resposta do entrevistado:
0. Não 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez
Se a resposta for positiva (alternativa 1 ou 2), perguntar: “Ocorreu durante a gravidez?”, e depois perguntar “Ocorreu depois que o bebê nasceu?”.
<b>ATENÇÃO:</b>
<sup>2</sup> Para as questões de negociação, as opções de resposta são: 0. Não 1. Sim
Obs: as questões de negociação são aquelas que não são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez?”
<sup>3</sup> Quando forem diferentes companheiros para a gestação e depois do parto, aplicar toda a CTS2 (questões 152 a 263) para aquele da gestação, e a seguir para o companheiro do pós-parto.

<i>“(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i>	<i>Durante a sua gravidez...</i>	<i>Após o parto...</i>
Você mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?	152.  __	153.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	154.  __	155.  __
Você explicou para seu (ex)companheiro (ou aaa) o que você não concordava com ele?	156.  __	157.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) explicou para você o que ele não concordava com você?	158.  __	159.  __
Você insultou ou xingou o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	160.  __	161.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	162.  __	163.  __
Você jogou alguma coisa no seu (ex)companheiro (ou aaa) que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez?	164.  __	165.  __

Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	166.  __	167.  __
Você torceu o braço do seu (ex)companheiro (ou aaa) ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	168.  __	169.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	170.  __	171.  __
<i>“(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro...”</i>	<i>Durante a sua gravidez...</i>	<i>Após o parto...</i>
Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	172.  __	173.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	174.  __	175.  __
Você deu um empurrão no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	176.  __	177.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	178.  __	179.  __
Você usou uma faca ou arma contra o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	180.  __	181.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	182.  __	183.  __
Você chamou o seu (ex)companheiro (ou aaa) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	184.  __	185.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	186.  __	187.  __
Você deu um murro ou acertou o seu (ex)companheiro (ou aaa) com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	188.  __	189.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	190.  __	191.  __
<i>“(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro...”</i>	<i>Durante a sua gravidez...</i>	<i>Após o parto...</i>
Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu (ex)companheiro (ou aaa) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	192.  __	193.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	194.  __	195.  __
Você sufocou ou estrangulou seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	196.  __	197.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	198.  __	199.  __
Você gritou ou berrou com o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	200.  __	201.  __
O seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	202.  __	203.  __
Você jogou o seu (ex)companheiro (ou aaa) contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	204.  __	205.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	206.  __	207.  __
Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	208.  __	209.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	210.  __	211.  __
Você deu uma surra no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	212.  __	213.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	214.  __	215.  __
<i>“(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro...”</i>	<i>Durante a sua gravidez...</i>	<i>Após o parto...</i>
Você segurou o seu (ex)companheiro (ou aaa) com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	216.  __	217.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	218.  __	219.  __

Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	220.  __	221.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	222.  __	223.  __
Você deu um tabefe ou bofetada no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	224.  __	225.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	226.  __	227.  __
Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	228.  __	229.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso?	230.  __	231.  __
Você queimou ou derramou líquido quente em seu (ex)companheiro (ou aaa) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	232.  __	233.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	234.  __	235.  __
Você acusou o seu (ex)companheiro (ou aaa) de ser "ruim de cama"? Isso aconteceu mais de uma vez?	236.  __	237.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te acusou disso? Isso aconteceu mais de uma vez?	238.  __	239.  __
<i>"(Desde que você soube estar grávida), diante de uma discussão entre Você e seu (ex)companheiro..."</i>	<i>Durante a sua gravidez...</i>	<i>Após o parto...</i>
Você fez alguma coisa para ofender o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	240.  __	241.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	242.  __	243.  __
Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	244.  __	245.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?	246.  __	247.  __
Você chutou o seu (ex)companheiro (ou aaa)? Isso aconteceu mais de uma vez?	248.  __	249.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	250.  __	251.  __
Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	252.  __	253.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	254.  __	255.  __
Você impediu seu (ex)companheiro (ou aaa) de sair de casa, ver ou falar com os parentes dele? Isso aconteceu mais de uma vez?	256.  __	257.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) impediu você de sair de casa, ver ou falar com seus parentes?	258.  __	259.  __
Você queimou seu (ex)companheiro (ou aaa) com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito? Isto aconteceu mais de uma vez?	260.  __	261.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso com você?	262.  __	263.  __

### IX. Módulo Depressão Pós-Parto

*"Agora nós gostaríamos de saber como você tem se sentindo NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje".*

Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Como você sempre fez    1. Não tanto quanto antes    2. Sem dúvida menos que antes    3. De jeito nenhum	264.  __
Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Como sempre sentiu    1. Talvez menos do que antes    2. Com certeza menos    3. De jeito nenhum	265.  __

Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não, nenhuma vez      1. Não muitas vezes      2. Sim, algumas vezes      266.  __	
3. Sim, na maioria das vezes	
Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não, de maneira alguma      1. Pouquíssimas vezes      2. Sim, algumas vezes      267.  __	
3. Sim, muitas vezes	
Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não, nenhuma vez      1. Não muitas vezes      2. Sim, algumas vezes      268.  __	
3. Sim, muitas vezes	
Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não. Você consegue lidar com eles tão bem quanto antes	269.  __
1. Não. Na maioria das vezes você consegue lidar bem com eles	
2. Sim. Algumas vezes você não consegue lidar bem como antes	
3. Sim. Na maioria das vezes você não consegue lidar bem com eles	
Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não, nenhuma vez      1. Não muitas vezes      2. Sim, algumas vezes      270.  __	
3. Sim, na maioria das vezes	
Você tem se sentido triste ou arrasada. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não, de jeito nenhum      1. Não muitas vezes      2. Sim, muitas vezes      271.  __	
3. Sim, na maioria das vezes	
Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não, nenhuma vez      1. De vez em quando      2. Sim, muitas vezes      272.  __	
3. Sim, quase todo o tempo	
A idéia de fazer mal a si mesma passou por sua cabeça. <b>Leia as alternativas</b>	
0. Nenhuma vez      1. Pouquíssimas vezes, ultimamente      2. Algumas vezes nos últimos dias      273.  __	
3. Sim, muitas vezes, ultimamente	

## X. Hábitos de vida da mulher e do companheiro

*“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool no último ano”.*

*“Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, seria muito importante que você respondesse a todas as perguntas”.*

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo ou taça de vinho, a uma dose de uísque/cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

\* Obs: uma garrafa de vinho corresponde a 5 taças, e 1 garrafão de vinho (5 litros) corresponde a 32 taças. ATENÇÃO também à definição de “caixa de cerveja”. Uma caixa de cerveja em garrafa (600 ml) possui 24 garrafas; já quando se menciona uma caixa de cerveja em lata a respondente pode estar se referindo a 6 ou 12 latas.

Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

Se não, CONFIRME com a respondente se ela não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais.

1. Sim    0. Não    274. |\_\_|

Mantida a resposta não, vá à questão 282

Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?

Anote a resposta, especificando o tipo de bebida, e converta em doses depois

275. |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	1. Sim	0. Não	276.  __
As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	1. Sim	0. Não	277.  __
Você se sente culpada pela maneira com que costuma beber?	1. Sim	0. Não	278.  __
Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1. Sim	0. Não	279.  __
Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	1. Sim	0. Não	280.  __
Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	1. Sim	0. Não	281.  __

*“Agora vamos falar sobre outros hábitos que as pessoas têm no dia-a-dia...”*

Você fumou nos últimos doze meses? <b>Caso a resposta seja não, confirme se realmente ela não fumou nenhum cigarro.</b> <b>Se mantida a resposta não, pule para a questão 287</b>	1. Sim	0. Não	282.  __
Você fumou durante algum período da gestação? <b>Se não, pule a próxima questão</b>	1. Sim	0. Não	283.  __
Quantos cigarros, em média, você fumou durante a gestação? <b>Leia as alternativas</b> 1. Menos de meio maço por dia 2. Meio a um maço por dia 3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros) 4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)			284.  __
Você fumou depois do nascimento de (nome do bebê)? <b>Se não, pule a próxima questão</b>	1. Sim	0. Não	285.  __
Quantos cigarros, em média, você fumou após o nascimento de (nome do bebê)? <b>Leia as alternativas</b> 1. Menos de meio maço por dia 2. Meio a um maço por dia 3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros) 4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)			286.  __

*“Também é importante saber sobre o uso de drogas por você. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.*

<i>“Nos últimos 12 meses...”</i>			
...Você usou tranquilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	1. Sim	0. Não	287.  __
... Você usou cola de sapateiro, cheiro da lolô ou lança perfume?	1. Sim	0. Não	288.  __
... Você usou maconha?	1. Sim	0. Não	289.  __
... Você usou cocaína?	1. Sim	0. Não	290.  __
... Você usou outros tipos de drogas? Quais? _____	1. Sim	0. Não	291.  __
<b>Caso a mãe não tenha relatado uso de drogas, pule próxima questão</b>			
As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranquilizantes) e/ou sugerem que você pare de usá-las?	1. Sim	0. Não	292.  __

*“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, pelo seu (ex)companheiro (ou aaa), de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano”.*

Se a respondente teve diferente(s) companheiro(s) durante a gestação e depois do parto, as próximas perguntas devem ser feitas apenas para o companheiro que esteve mais tempo com ela no pós-parto. Tendo apenas companheiro(s) na gestação, as perguntas deverão ser direcionadas para o companheiro que esteve mais tempo com ela durante a gestação. No caso de gestantes que tiveram um único companheiro na gestação e no pós-parto, as questões deverão ser referenciadas a este.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo ou taça de vinho, a uma dose de uísque/cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

\* Obs: uma garrafa de vinho corresponde a 5 taças, e 1 garrafão de vinho (5 litros) corresponde a 32 taças. Atenção também à definição de “caixa de cerveja”. Uma caixa de cerveja em garrafa (600 ml) possui 24 garrafas; já quando se menciona uma caixa de cerveja em lata a respondente pode estar se referindo a 6 ou 12 latas.

Ele bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? Se não, CONFIRME com a respondente se ele não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais Mantida a resposta não, vá à questão 301	1. Sim 0. Não	293.  __
Quantas doses ele precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são necessárias para que ele comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? Anotar a resposta especificando o tipo de bebidas e converta em doses depois		294.  __   __   __
Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	1. Sim 0. Não	295.  __
As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	1. Sim 0. Não	296.  __
Ele se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	1. Sim 0. Não	297.  __
Ele costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1. Sim 0. Não	298.  __
Você, ou os pais dele, preocupam-se ou reclamam quando ele bebe?	1. Sim 0. Não	299.  __
Alguma vez ele acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	1. Sim 0. Não	300.  __

*“Também é importante saber sobre o uso de drogas por seu (ex) companheiro (ou aaa). Essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.*

Se a respondente teve diferente(s) companheiro(s) durante a gestação e depois do parto, as próximas perguntas devem ser feitas apenas para o companheiro que esteve mais tempo com ela no pós-parto. Tendo apenas companheiro(s) na gestação, as perguntas deverão ser direcionadas para o companheiro que esteve mais tempo com ela durante a gestação. No caso de gestantes que tiveram um único companheiro na gestação e no pós-parto, as questões deverão ser referenciadas a este.

<i>“Nos últimos 12 meses...”</i>		
... Ele usa tranquilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	1. Sim 0. Não	301.  __
... Ele usa cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	1. Sim 0. Não	302.  __
... Ele usa maconha?	1. Sim 0. Não	303.  __
... Ele usa cocaína?	1. Sim 0. Não	304.  __
... Ele usa outros tipos de drogas? Quais? _____	1. Sim 0. Não	305.  __

Caso a respondente não tenha relatado uso de drogas pelo companheiro, pule próxima questão

As pessoas se preocupam com o uso de drogas (ou tranquilizantes) por ele, e/ou sugerem que ele pare de usá-las?	1. Sim	0. Não	306.  __
---	--------	--------	----------

### XI. Módulo: Auto-Estima

*“Agora eu gostaria de conversar um pouquinho sobre o que você acha de você mesma. Eu vou dizer algumas frases sobre você, e você responde se concorda ou não, conforme as opções de resposta desse cartão”.*

#### Instruções para preenchimento:

Para cada uma das questões a seguir temos 4 opções de resposta (ver abaixo). Entregue o cartão de opções para a respondente e leia as perguntas. As alternativas de resposta devem ser lidas apenas após a primeira pergunta. Marque o número correspondente à resposta da entrevistada:

1. Concordo.      2. Concordo Totalmente      3. Discordo      4. Discordo Totalmente

No Conjunto, você está satisfeita consigo mesma.	307.  __
Às vezes, você acha que não presta para nada.	308.  __
Você sente que não tem várias boas qualidades.	309.  __
Você é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	310.  __
Você sente que não tem muito do que se orgulhar.	311.  __
Você, com certeza, se sente inútil às vezes.	312.  __
Você sente que é uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	313.  __
Você gostaria de poder ter mais respeito por si mesma.	314.  __
No geral, você está inclinada a sentir que é um fracasso.	315.  __
Você tem uma atitude positiva em relação a si mesma.	316.  __

### XII. Apoio Social

*“As próximas perguntas são sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda...”.*

#### Instruções para preenchimento:

Para cada uma das questões a seguir temos 5 opções de resposta (ver abaixo). Entregue o cartão de opções para a respondente e leia as perguntas. As alternativas de resposta devem ser lidas apenas após a primeira pergunta. Marque o número correspondente à resposta da entrevistada

0. Nunca      1. Raramente      2. Às vezes      3. Quase sempre      4. Sempre

Com que frequência você conta com alguém que a ajude se ficar de cama?	317.  __
Com que frequência você conta com alguém para lhe ouvir quando você precisa conversar?	318.  __
Com que frequência você conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	319.  __
Se você precisar, com que frequência você conta com alguém para levá-la ao médico?	320.  __
Com que frequência você conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?	321.  __
Com que frequência você conta com alguém para se divertir junto?	322.  __
Se você precisar, com que frequência você conta com alguém para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	323.  __
Com que frequência você conta com alguém em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas?	324.  __
Com que frequência você conta com alguém que lhe dê um abraço?	325.  __
Se você precisar, com que frequência você conta com alguém com quem relaxar?	326.  __

Com que frequência você conta com alguém para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	327.  __
Com que frequência você conta com alguém de quem você, realmente, quer conselhos?	328.  __
Com que frequência você conta com alguém com quem distrair a cabeça?	329.  __
Se você precisar, com que frequência você conta com alguém para ajudá-la nas tarefas diárias se você ficar doente?	330.  __
Com que frequência você conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	331.  __
Com que frequência você conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	332.  __
Se você precisar, com que frequência você conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?	333.  __
Com que frequência você conta com alguém que compreenda seus problemas?	334.  __
Com que frequência você conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querida?	335.  __

### XIII. Situação Sócio-Econômica

*“Agora, gostaria de saber um pouco sobre sua casa...”*

Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? <b>Se a 1 ou 2, vá à questão 339</b>	336.  __
1. A própria 2. O companheiro 3. Outra	
Qual o seu parentesco com ela? <b>Anotar para posterior preenchimento do campo (pelo supervisor)</b> _____	337.  __   __
(Nome da pessoa de maior renda) já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele completou?	338.  __   __
00. Não estuda ou estudou 30. Terceiro grau incompleto ou mais	(grau) (série)
Durante a sua infância e adolescência quem era a pessoa de maior renda na sua casa?	339.  __
1. Mãe 2. Pai 3. Outro: _____	
Qual era a escolaridade dele(s)? <b>Refere-se à pessoa escolhida na opção anterior</b>	340.  __   __
00. Não estuda ou estudou 30. Terceiro grau incompleto ou mais	(grau) (série)
Quantas pessoas ao todo vivem em sua casa? <b>Incluir a criança alvo</b>	341.  __   __
Quantos cômodos tem sua casa, incluindo cozinha e banheiro e sem contar com varanda ou área? <b>Fale para a mãe não considerar aqueles de uso comum a outras famílias</b>	342.  __   __
De que material é feita a maior parte do chão de sua casa? <b>Leia as alternativas</b>	343.  __
1. Cimento 2. Madeira tratada/tacos 3. Madeira bruta 4. Cerâmica/Ladrilho 5. Barro/Terra/ Areia 6. Outros	
Aonde você joga o lixo? <b>Leia as alternativas</b>	344.  __
1. Caçamba 2. Local aberto ou terreno baldio 3. Recolhimento em casa 4. Outros	
Para onde vai o esgoto de sua casa? <b>Leia as alternativas</b>	345.  __
1. Rede geral de esgoto 2. Fossa 3. Vala aberta 4. Outros	

*“Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre alguns bens e utensílios que as pessoas têm em casa. Quantos desses você tem?”*

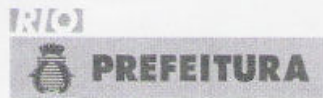
Automóvel	346.  __
Televisor em cores	347.  __
Banheiro	348.  __
Rádio (excluindo do carro)	349.  __
Máquinas de lavar roupa	350.  __
Videocassete/ DVD	351.  __
Aspirador de pó	352.  __
Geladeira	353.  __
Freezer (ou geladeira duplex)	354.  __
Empregada (mensalista)	355.  __

*“Muito obrigado!!!”*

**Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista**

A cooperação da entrevistada foi:					356.  __
1. Excelente	2. Muito boa	3. Boa	4. Razoável	5. Fraca	

## ANEXO C – Pareceres dos Comitês de Ética



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 07A/2007

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 143/06**

**TÍTULO:** Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Alessandra Silva Dias de Oliveira.

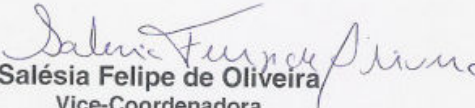
**UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** Centro Municipal de Saúde Ariadne Lopes de Menezes, Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão e Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau.

**DATA DA APRECIÇÃO:** 18/02/2007.

**PARECER:** APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

  
**Salésia Felipe de Oliveira**  
 Vice-Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Instituto de Medicina Social  
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã  
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL  
TEL: 55-021-2587-7303 / 2284-8249  
FAX: 55-021-2264-1142

**IMS** INSTITUTO  
DE MEDICINA  
SOCIAL

## DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo de pesquisa "Violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?", desenvolvido por Alessandra Silva Dias de Oliveira, nº de registro 21/2006, submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), foi aprovado na data de hoje, após atendimento das exigências levantadas na reunião realizada de 22 de novembro de 2006.

Rio de Janeiro, 1º de dezembro de 2006

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MHC', is written over a faint red circular stamp.

MARIA HELENA COSTA-COUTO  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Medicina Social  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro