

NAIZA NAYLA BANDEIRA DE SÁ

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA
DE VIDA**

**BRASÍLIA
2015**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

NAIZA NAYLA BANDEIRA DE SÁ

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA
DE VIDA**

**Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

Orientador: Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos.

**BRASÍLIA
2015**

NAIZA NAYLA BANDEIRA DE SÁ

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA
DE VIDA**

**Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

Aprovado em 17 de novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra Ana Maria Segall Corrêa (Membro)
Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Daphne Rattner (Membro)
Universidade de Brasília

Dra. Gisele Ane Bortolini (Membro)
Ministério da Saúde

Profa. Dra. Teresa Helena Macedo da Costa (Membro)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez (Suplente)
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais Lourival e Eva Sá, pessoas de família humilde, mas que com muita persistência e dignidade conseguiram oportunizar à mim e às minhas irmãs o acesso ao mundo infinito da ciência.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Leonor Pacheco,
por ter aceitado me orientar, por ter oportunizado a minha participação em suas pesquisas, por seus ensinamentos, sua compreensão e estímulo nas minhas decisões profissionais.

À Profa. Muriel Gubert e À Profa. Erly Moura
por terem participado da elaboração dos artigos que compõem esta tese, bem como pelos ensinamentos e paciência com as minhas dúvidas.

Às Profa. Eliane Dutra e Profa. Kênia Carvalho,
por sempre me receberem com tanto carinho e alegria e pelos conselhos para continuar nesta jornada.

Aos Membros das Bancas Examinadoras de Qualificação e de Defesa,
pelas contribuições, por terem aceitado prontamente o convite para integrá-la e pelos questionamentos que me fizeram ter outro olhar sobre os aspectos estudados.

Às Mães e Crianças
que participaram da Chamada Neonatal nas regiões Norte e Nordeste, em 2010 e às que participaram da Chamada do Distrito Federal, em 2011, pela disponibilidade de cada uma de vocês, o que tornou este trabalho possível.

À Todos que Trabalharam
na Chamada Neonatal Norte e Nordeste e na Chamada Neonatal do Distrito Federal, pelo seu empenho em fazer o seu melhor e pela sua disponibilidade.

Ao DECIT e a FAP - DF,
pelo financiamento das pesquisas.

À Universidade Federal do Pará,
pela cessão do meu afastamento para a conclusão do Doutorado,
especialmente aos docentes da Faculdade de Nutrição.

Aos Meus Amigos,
sem os quais não teria sido possível chegar aqui. Daniela e Paulo Henrique Carmona por me receberem em sua casa com tanto carinho e amizade; Silvânia e Fábio Andrade por fazerem da sua casa um extensão do meu lar; Renata Yokota e Lenildo de Moura por todas as dúvidas respondidas ao longo da escrita desta tese e pelo apoio, sempre; Leiliane, Carla Marques e Ana Lorena pelo auxílio na revisão de literatura. Izabella Penna pela ajuda com a impressão e entrega da tese. Wallace Santos pelo companheirismo e auxílio em todas as fases deste estudo, desde a coleta de dados até a elaboração do artigo. Carolina Vieira, que me mostrou a possibilidade de solicitar o afastamento da UFPA para concluir o doutorado. À todos aqueles que rezaram para que eu chegasse até aqui.

Aos meus familiares,
meus grandes incentivadores. Ao meu esposo José Tavares, que abriu mão de tanta coisa para viver comigo essa busca, inclusive mudar de cidade. Aos meus pais, Lourival e Eva Sá, e às minhas irmãs Cleudimar Santos, Nayara e Nayana Sá por todo o amor que vocês me concedem e por estarem sempre ao meu lado.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas, o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno na primeira hora de vida proporciona inúmeros benefícios para a mãe e o neonato. A equipe de saúde tem o papel de apoiar o par mãe e filho para que o aleitamento materno na primeira hora ocorra de forma adequada. **Objetivos:** este estudo teve como objetivo principal conhecer os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida na Região Nordeste do Brasil, em 2010, e no Distrito Federal, em 2011. **Métodos:** Foram realizados dois estudos: o primeiro, a partir de dados secundários da chamada Neonatal conduzida na Amazônia Legal e no Nordeste do país. Foram incluídos 8.471 pares mães e filhos menores de um ano de idade, residentes na região Nordeste, que compareceram à campanha nacional de vacinação em 2010; e o segundo, com os dados obtidos na Chamada Neonatal do Distrito Federal, considerou-se a amostra de 1.027 pares mães e filhos que compareceram à segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite no Distrito Federal, Brasil, em 2011. Para ambos os estudos o aleitamento materno na primeira hora de vida foi a variável dependente. As variáveis independentes foram: as características sociodemográficas da mãe e assistência ao pré-natal, parto, puerpério e saúde da criança. A variável independente: violência física, verbal e negligência no momento do parto foi avaliada somente para o Distrito Federal. As razões de prevalência, bruta e ajustada, foram utilizadas como medida de associação e calculadas por regressão de Poisson para os dois estudos. **Resultados:** No Nordeste observou-se que 62,4% dos recém-nascidos mamaram na primeira hora de vida. Tiveram menor probabilidade de amamentar na primeira hora de vida os pares mãe e filho que não permaneceram em alojamento conjunto (RP = 0,13), as mulheres que tiveram cesárea (RP = 0,86), classificaram a qualidade da assistência ao parto como satisfatória, ruim ou muito ruim (RP = 0,91), tiveram pré-natal não adequado (RP = 0,92), não tiveram acompanhante no pós-parto (RP = 0,92), não tiveram acompanhante no parto (RP = 0,93) e avaliaram a qualidade da assistência recebida durante o pré-natal como satisfatória, ruim ou muito ruim (RP = 0,93). A única característica materna associada ao aleitamento materno na primeira hora foi idade menor que 20 anos (RP = 0,91). No Distrito Federal encontrou-se prevalência de 77,3% de aleitamento materno na primeira hora de vida. Os fatores que interferiram negativamente no aleitamento materno na primeira hora foram: mãe e filho que não permaneceram em alojamento conjunto após o parto (RP = 0,28), mulheres que não realizaram o pré-natal de forma adequada (RP = 0,72) e que fizeram cesárea (RP = 0,88). **Conclusão:** Os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida, tanto no Distrito Federal quanto no Nordeste do Brasil, foram predominantemente relacionados aos serviços de saúde e às práticas dos profissionais, portanto passíveis de modificação.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Campanhas de vacinação; Serviços de saúde; Saúde materno-infantil; pré-natal; alojamento conjunto.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding in the first hour of life provides numerous benefits to the mother and the newborn. Health professionals should support the mother and children pair for the breastfeeding in the first hour to happen properly. **Objectives:** This study aimed to understand the factors associated with breastfeeding in the first hour of life in the Northeast of Brazil in 2010, and the Federal District in 2011. **Methodology:** Two studies were conducted: the first, from secondary database of Neonatal Call conducted in the Amazon and in the Northeast of Brazil. This study included 8,471 pairs mothers and children under one year of age, residents in the Northeast, who attended the national vaccination campaign in 2010; and the second, with the data obtained in the Neonatal Call the Federal District, it was considered the sample of 1,027 mothers and children peers who attended the second phase of the vaccination campaign against poliomyelitis in the Federal District, Brazil, in 2011. For both studies breastfeeding in the first hour of life was the dependent variable. The independent variables were: sociodemographic characteristics of the mother and assistance to prenatal care, childbirth, postpartum and child health. The independent variable: physical, verbal and neglect at delivery was evaluated only for the Federal District. The reasons of crude and adjusted prevalence were used as a measure of association and calculated by Poisson regression for the two studies. **Results:** In the Northeast, 62.4% of newborns were breastfed in the first hour of life. Mother and children without rooming-in after birth (PR = 0.13), women who made cesarean (PR = 0.86), who evaluated the quality of childbirth care as satisfactory, poor or very poor (PR = 0.91), who had inadequate prenatal care (PR = 0.92), who had no companion postpartum (PR = 0.92), who had no companion at delivery (PR = 0.93) and evaluate the quality assistance received during prenatal care as satisfactory, poor or very poor (PR = 0.93) were less likely to breastfeed in the first hour. The only maternal characteristic associated age below 20 years (PR = 0.91). In the Federal District the prevalence of breastfeeding in the first hour of life was 77.3%. Mother and children that did not stayed in rooming-in after birth (PR = 0.28), had not received prenatal care appropriately (PR = 0.72) and cesarean section (PR = 0.88) were factors that interfered negatively in breastfeeding in the first hour. **Conclusion:** Factors associated with breastfeeding in the first hour of life, both in the Federal District and in the Northeast of Brazil, were predominantly related to health services and practices of professionals, therefore can be modifiable.

Key words: Breastfeeding; Mass vaccination; Health Services; Maternal and child health; Prenatal care; Rooming-in care.

LISTA DE TABELAS

- Table 1 – Distribution (%) of maternal sociodemographic, prenatal care, delivery care, neonatal care, and child’s health characteristics. Northeast, Brazil, 2010 62
- Table 2 – Crude and adjusted prevalence and prevalence ratios of breastfeeding in the first hour of life according to maternal sociodemographic, prenatal care, delivery care, and postpartum care characteristics and newborn health. Northeast. Brazil, 2010 63
- Tabela 1 – Características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, parto, puerpério, referência à violência no momento do parto e saúde da criança. Distrito Federal, Brasil, 2011 88
- Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida segundo características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, parto, puerpério, referência à violência no momento do parto e saúde da criança. Distrito Federal, Brasil, 2011 89

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Pesquisas, com abrangência nacional, que avaliaram o indicador aleitamento materno na primeira hora de vida. Brasil, 1991 a 2008 16
- Quadro 2 - Descrição dos domínios do estudo. Pesquisa Chamada Neonatal. Nordeste, Brasil, 2010. 28
- Quadro 3 - Descrição da amostra planejada, número de entrevistas realizadas e percentual da meta alcançada segundo domínio do estudo (capital, conjunto dos municípios do interior e domínio próprio). Chamada Neonatal, Brasil, 2010 30
- Quadro 4 - Tamanho da amostra planejada, da amostra obtida (entrevistas realizadas) e percentual da meta alcançada segundo os postos de vacinação nas Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal. Chamada Neonatal, DF, Brasil, 2011 37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Alojamento conjunto
AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida
AM – Aleitamento materno
AME – Aleitamento materno exclusivo
AMPH – Aleitamento materno na primeira hora de vida
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia
DF – Distrito Federal
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPA – Efeito do plano amostral
EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HIV - Human Immunodeficiency Virus
HTLV - Vírus T- Linfotrópicos Humanos
IC – Intervalo de confiança
IC 95% – Intervalo de confiança de 95%
IHAC – Hospital Amigo da Criança
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PDA – Personal Digital Assistant (Assistente Digital Pessoal)
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RA – Região Administrativa
RIC - Reconhecimento Inteligente de Caracteres
RP – Razão de prevalência
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas pela Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	25
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 MATERIAIS E MÉTODOS	26
3.3 FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA NO NORDESTE DO BRASIL, 2010.	27
3.4 FATORES LIGADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DETERMINAM O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA. DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 2011.	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 ARTIGO 1	44
4.2 ARTIGO 2	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	92
REFERÊNCIAS DA TESE	95
APÊNDICES	104
ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 INDICADOR DE ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA: BREVE DESCRIÇÃO DO PROCESSO HISTÓRICO NO MUNDO

Em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicaram uma declaração conjunta intitulada “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”, que teve como principais objetivos difundir o papel fundamental que os serviços de saúde exercem na promoção e proteção do aleitamento materno (AM) e descrever quais medidas e ações deveriam ser tomadas para fornecer informações adequadas e apoio às mães para a prática do AM (1). Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno foram propostos como alternativa para aumentar a prevalência e a duração do AM nos países, sendo que o quarto passo apontado foi o AM na primeira meia hora de vida (1).

A declaração foi motivada pelas baixas prevalências de aleitamento materno observadas no mundo naquele momento, sendo apontados como principais motivos a mudança no estilo de vida das pessoas; a menor importância do ato de amamentar pela sociedade e a introdução de novas rotinas e procedimentos nos serviços de saúde que interferiram na iniciação e no estabelecimento do AM (1).

Fundamentando-se na declaração conjunta da OMS e do UNICEF foi publicada a Declaração de *Innocenti*, em 1990, que foi elaborada por equipes técnicas do UNICEF, da OMS, da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos, da Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e por representantes de trinta países, incluindo do Brasil. O objetivo da Declaração de *Innocenti* foi, principalmente, resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso, visando a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Uma das metas estabelecidas na Declaração de *Innocenti* foi que as maternidades deveriam colocar em prática os 10 passos para o sucesso do AM. Esta declaração, bem como as suas metas, foram aprovadas na 44^a Assembleia Mundial de Saúde em 1991 (2, 3).

Ainda como resposta à Declaração de *Innocenti*, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada, em 1991-1992, fundamentando-se, até os dias atuais, nos dez passos para

o sucesso do AM. O objetivo da IHAC é aumentar a prevalência de AM, por meio da revisão de políticas e rotinas nos serviços de saúde materno-infantis (2, 4, 5).

A fim de avaliar o avanço das intervenções para a promoção de aleitamento materno dentro dos países e entre os países, em 1991, a OMS definiu um conjunto de dez indicadores que deveriam ser acompanhados periodicamente, sendo seis indicadores chaves e quatro indicadores opcionais, dentre os quais constava a taxa de crianças menores de um ano de idade que mamaram na primeira hora de vida (4). A lista de indicadores de práticas alimentares de lactentes e crianças, elaborada em 1991 (6), foi atualizada e ampliada em 2007 (7). A partir desta atualização o aleitamento materno na primeira hora (AMPH) passou a ser considerado um indicador chave para o monitoramento das práticas de aleitamento materno pela OMS (7).

Cabe destacar que embora o quarto passo para o sucesso do AM quando apresentado pela primeira vez, em 1989, tenha se referido ao AM na primeira meia hora de vida (1), já em 1991, ao propor os indicadores de monitoramento do AM, a OMS e o UNICEF ampliaram o seu conceito para aleitamento materno na primeira hora de vida ao propor um indicador que mensurasse a taxa de crianças que iniciaram o AM na primeira hora (6).

O AMPH está entre as doze intervenções nutricionais consideradas chaves para a redução da desnutrição infantil. Segundo o Relatório Global de Nutrição, publicado em 2014, 116 países - incluindo o Brasil - têm monitorado as informações sobre AMPH (9). Ainda em 2014, a OMS e o UNICEF publicaram um plano de ação visando a redução da taxa óbitos neonatais evitáveis e da taxa de natimortos evitáveis até 2035. Dentre as práticas de cuidado materno e neonatal que devem ser adotadas pelos países está o AMPH (8). Todos os países presentes na 67ª Assembleia Mundial de Saúde, incluindo o Brasil, assumiram o compromisso de colocar em prática as ações que foram recomendadas (8).

Em 2015 o AMPH foi inserido na Lista de Referência Global, que contém os 100 indicadores fundamentais para o monitoramento da saúde a nível nacional e mundial, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), as prioridades emergentes, a cobertura universal da saúde e as questões da agenda de desenvolvimento pós 2015. Nesta lista, o AMPH foi definido como o percentual de crianças que mamaram na primeira hora de vida em um período de tempo específico, sendo classificado como um indicador de resultado. A OMS recomendou que os dados devem ser obtidos pelos países a cada três ou cinco anos e ser provenientes de inquéritos de saúde de base populacional, sendo indicada a inclusão da pergunta sobre AMPH na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e/ou em inquéritos com múltiplos indicadores (10).

1.2 INDICADOR DE ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA NO BRASIL

O Brasil, participou da elaboração da Declaração de *Innocenti*, em 1990, e foi um dos doze países escolhidos para dar início a IHAC, o que ocorreu em março de 1992. Ao assinar a Declaração de *Innocenti* o país formalizou o compromisso de tornar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno uma realidade em seus hospitais e maternidades (4, 11). A IHAC é coordenada no Brasil pelo Ministério da Saúde e, além dos critérios estabelecidos mundialmente para o credenciamento como Hospital Amigo da Criança, no Brasil os estabelecimentos de saúde têm ainda que obedecer a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância que foi criada pela Lei n. 11.265 de 3 de janeiro de 2006 (12) e regulamentada pelo Decreto n. 8.552 de 03 de novembro de 2015 (13), além de obter o percentual de cesáreas conforme o estabelecida pelo gestor estadual/municipal, tendo como referência as regulamentações do Ministério da Saúde (14 – 16). Um levantamento realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde apontou que do total de estabelecimentos com leitos obstétricos no país 6,4% estavam credenciados no IHAC. Na Região Nordeste do Brasil a taxa de cobertura do IHAC variou de 2% na Bahia a 18% no Rio Grande do Norte, enquanto que no Distrito Federal observou-se cobertura de 31%, sendo a maior taxa de cobertura da IHAC encontrada no país (16).

Diversos documentos e portarias ministeriais têm recomendado o AMPH no Brasil (17 -19). Desde 1996, com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (20), o Ministério da Saúde têm monitorado a prevalência de AMPH em âmbito nacional, por meio da realização de inquéritos de bases populacionais ou ainda por meio de financiamento destes, atendendo as recomendações da OMS e do UNICEF. As pesquisas que coletaram essas informações estão descritas no Quadro 1 (20 – 24).

Quadro 1- Pesquisas, com abrangência nacional, que avaliaram o indicador aleitamento materno na primeira hora de vida. Brasil, 1991-2012

Pesquisa	Ano	Abrangência/ Local da coleta	População de estudo	Pergunta sobre AMPH	Prevalência AMPH
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (20)	1996	-Abrangência: Nacional -Inquérito domiciliar	- Mulheres de 15 a 44 anos de idade - Crianças menores de 5 anos de idade (filhos das mulheres entrevistadas) - Sub amostra de homens com idade entre 15 a 59 anos	Quanto tempo depois do nascimento de (Nome) você começou a amamentar? SE MENOS DE UMA HORA, ANOTE IMEDIATAMENTE. SE MENOS DE 24 HORAS ANOTE QUANTAS HORAS. SE DE OUTRA MANEIRA, ANOTE DIAS.	Brasil: 32,9 % Nordeste: 42,7% Centro-Oeste: 29,5%
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (21)	2006	-Abrangência: Nacional -Inquérito domiciliar	- Mulheres de 15 a 49 anos de idade - Crianças menores de 5 anos de idade (filhos das mulheres entrevistadas)	Quanto tempo depois do nascimento a(o) (nome) foi colocada(o) pela primeira vez, no peito, para amamentar? SE MENOS DE 1 HORA ANOTAR '00' HORAS. SE MENOS DE 24 HORAS ANOTAR EM HORAS. SE MAIS DE 24 HORAS ANOTAR EM DIAS.	Brasil: 43% Nordeste: 51,4% Centro-Oeste: 39,7%
II Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno (22)	2008	- Abrangência: Nacional (realizado em todas as capitais do Brasil e no Distrito Federal -Inquérito realizado durante o dia D da 2 etapa da campanha de multivacinação	- Mães e crianças menores de um ano de idade	A criança mamou na primeira hora de vida, na sala de parto? Sim Não Não sabe	Brasil: 67,7% Nordeste: 66,9% Centro-Oeste: 72,0% Distrito Federal: 72,5%
Pesquisa Nascer no Brasil (23, 24)	2011 - 2012	- Nacional - Inquérito de base hospitalar	- Mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto e seus recém-nascidos vivos ou mortos, durante o período que a equipe de coleta de dados esteve no estabelecimento de saúde	Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? 210. __ __ dias 211. __ __ horas 212. __ __ minutos	Brasil: 40,9% Nordeste: 41,3% Centro-Oeste: 50,4%

A realização de pesquisas sobre as práticas de aleitamento materno tem subsidiado a formulação e a implementação de políticas públicas de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno no Brasil (25). Essas políticas e programas desenvolvidos no país desde o início da década de 1980 (26) tem sido referenciadas internacionalmente, já que essas resultaram em aumentos expressivos em todas as taxas de AM no país desde sua implantação e implementação (27).

É importante destacar que o sucesso nas ações de promoção, proteção e apoio ao AM no Brasil é também resultado dos esforços da sociedade civil organizada, como por exemplo a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN – International Baby Food Action Network), fundada no Brasil em 1983, que desempenhou papel fundamental na retomada da amamentação (26), especialmente no que se refere ao enfrentamento das práticas não éticas de comercialização de produtos que interferem negativamente na lactação (26).

1.3 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

A recomendação da OMS e do UNICEF é que todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso clinicamente estáveis e cujas mães estejam aptas para amamentar, sejam colocados em contato pele a pele no menor espaço de tempo possível após o nascimento, por no mínimo uma hora, e que durante este período a equipe de saúde encoraje as mães a dar início ao AM oferecendo ajuda, se necessário (8). No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza para os recém-nascidos a termo, com ritmo respiratório e tônus normais e sem líquido meconial, o contato pele a pele entre o par mãe e filho imediatamente após o parto e de forma contínua, bem como o AMPH - exceto em casos de mães com diagnóstico positivo para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou para o vírus T- linfotrópicos humanos (HTLV). É recomendado também que as intervenções de rotina do recém-nascido, como o exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação, dentre outros procedimentos, sejam realizados após a primeira hora de vida, a fim não interferir na interação do binômio neste primeiro contato (19, 28).

O contato pele a pele precoce consiste em colocar o bebê nu, em posição prona sobre o peito da mãe, imediatamente após o parto (8). Este contato favorece a adaptação do neonato a vida extrauterina, fortalece o vínculo mãe e filho (29), permite a regulação de temperatura do

recém-nascido (30), protege a mãe da ansiedade da separação (31, 32), favorece a comunicação entre a díade mãe-bebê e a amamentação precoce (33).

Estudos têm apontado que existe um padrão de comportamentos entre os recém-nascidos na primeira hora de vida, sendo este classificado em nove estágios instintivos: 1) choro do nascimento: choro intenso imediatamente após o nascimento; 2) relaxamento: descanso do recém-nascido. Não se observa nessa fase nenhum movimento na cabeça, na boca, nas pernas ou no corpo. Essa fase dura menos de um minuto; 3) despertar: pequenos movimentos com a cabeça (para cima, para baixo e para os lados), as pernas e os ombros; 4) atividade: o recém-nascido move os seus membros e a cabeça, como se empurrasse contra o corpo materno, mas sem se deslocar; 5) rastejar: o neonato se desloca, como se estivesse se rastejando, em direção ao seio materno; 6) descanso: nesta fase o recém-nascido descansa e faz alguns movimentos com a boca, como a sucção; 7) familiarização: a criança chega à aureola / mamilo. Essa fase é marcada pelas lambidas e pelos toques com a boca no bico do seio; 8) Sucção: o neonato encaixa a boca no bico do seio e começa a mamar e 9) sono: o recém-nascido dorme (35 - 36). Phillips (2013) (31) sugere que a equipe de saúde conheça as nove etapas instintivas do recém-nascido e que seja orientada a oferecer um ambiente adequado para que essas aconteçam, respeitando o tempo em que a criança permanece em cada uma dessas fases, sem tentar antecipar a primeira mamada.

O início precoce do AM proporciona ao neonato benefícios imunológicos, psicossociais, fortalecimento do vínculo materno-infantil (37), além de aumentar a probabilidade da criança receber o colostro, que é altamente nutritivo, de fácil digestão e apresenta propriedades imunológicas substanciais para essa fase da vida (38). O aleitamento materno precoce também previne a introdução de bebidas e/ou alimentos, que podem ser uma potencial rota para o ingresso de patógenos, assim como causar danos no intestino do neonato (39, 40). Maiores prevalências de introdução de alimentos pré-lácteos foram encontradas em locais com baixas prevalências de AMPH (41). Recém – nascidos que foram amamentados durante a primeira hora de vida tiveram duas vezes mais chances de permanecer em aleitamento materno exclusivo 48 horas após o parto do que os neonatos que iniciaram o aleitamento materno após a primeira hora de vida (42). O AMPH também tem sido apontado como um fator protetor para o uso de bicos artificiais. Não mamar na primeira hora de vida aumentou a probabilidade do uso de chupetas (15%), de mamadeira (8%) e do conjunto chupeta e mamadeira (6%) (43).

Para a mulher, o início precoce da amamentação estimula a liberação de ocitocina endógena (44), que induz a contração uterina (45), o que pode reduzir o sangramento materno

depois do nascimento (40, 46) e, conseqüentemente, prevenir a atonia uterina, que é definida pela contratilidade inadequada da musculatura uterina no período pós-parto imediato (47), sendo esta a causa primária de hemorragia pós-parto (40). Além disso, o AMPH pode minimizar as dificuldades maternas durante o período de lactação, contribuindo assim para a redução do desmame precoce e para a manutenção da amamentação por um maior período (33).

1.3.1 Relação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida e a mortalidade neonatal

Estudo de coorte realizado em uma área rural no Sul do Nepal, no período de 2002 a 2006, apontou que 7,7% dos óbitos neonatais poderiam ter sido evitados se o aleitamento materno (AM) tivesse sido iniciado no primeiro dia de vida e 19,1% se o AM tivesse ocorrido na primeira hora de vida (43). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de coorte realizado no período de 2003 a 2004 em Gana, na África, que apontou que 16,3% dos óbitos neonatais poderiam ser evitados se a amamentação iniciasse no primeiro dia de vida e 22,3% se o aleitamento materno fosse realizado na primeira hora de vida (49).

Uma revisão sistemática conduzida por Esteves e colaboradores (2014) (50) apontou que estudos sobre o AMPH e possíveis fatores determinantes têm sido conduzidos principalmente nos países com renda baixa ou média, que segundo o estudo ecológico conduzido por Oddy e colaboradores (2014) (51) são os mais atingidos pelas elevadas taxas de mortalidade neonatal, os autores também apontaram que, embora o AMPH seja, a princípio, benéfico para todas as crianças, acredita-se que este efeito seja majorado para os recém-nascidos de países com elevadas taxas de mortalidade neonatal, por compensar mais ainda os efeitos adversos das precárias condições de assistência à saúde no momento do nascimento (51).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontaram que no período entre 1990 a 2012 ocorreu uma redução de aproximadamente 70% na taxa de mortalidade infantil, passando de 47,1 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos para 14,1/1.000 nascidos vivos (52). Embora, nos últimos anos, a taxa de mortalidade infantil tenha apresentado uma redução acelerada no Brasil, têm-se observado também uma mudança no perfil desses óbitos (52 – 54). Em 1990, 51% dos óbitos infantis ocorriam durante o componente pós-neonatal (28 a 364 dias

completos de vida), entretanto os dados preliminares do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de 2012, apontaram que 53% do total de óbitos infantis ocorreram no componente neonatal precoce (0 a 6 dias completos de vida) (52). Em 2002, a mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) já correspondia a mais de 50% dos óbitos infantis, sendo mais expressivo na região Nordeste do país (53). Segundo informações do Ministério da Saúde, com base no SIM, em 2012, 71% dos óbitos no primeiro ano de vida aconteceram no componente neonatal (0 a 27 dias de vida), sendo que 25% desses óbitos ocorreram nas 24 horas de vida (52). Os fatores perinatais e maternos, que incluem a prematuridade, infecções perinatais e asfíxia/hipóxia, foram responsáveis por 69,8% do total de óbitos ocorridos entre os neonatos com menos de 1 dia de vida, o que chama atenção para a qualidade da atenção prestada à gestante, ao parto e ao recém-nascido (52).

Estudo de coorte, de base hospitalar, realizado no período de 2011 a 2012 encontrou taxa de mortalidade neonatal no Brasil igual a 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, sendo que a maior proporção dessas mortes ocorreu no Nordeste (38,3%). A principal causa do óbito neonatal no Nordeste foi a prematuridade (33,9%), seguida de infecções (20,7%) (55). Edmond e colaboradores (2007) (39) apontaram em seu estudo que quanto mais precoce se der o início da amamentação mais protegido contra infecções estará o recém-nascido, evitando assim mortes prematuras. O AMPH tem sido apontado como um fator protetor contra mortes neonatais precoces (39, 48, 49) Neste sentido é importante ressaltar que em 2011 o Brasil atingiu o quarto objetivo das metas de Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que se determinou a redução em dois terços da mortalidade infantil até 2015. A taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade no país passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011; já para as crianças menores de um ano de idade a taxa passou de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, no mesmo período. O fortalecimento dos programas e políticas de apoio e incentivo ao aleitamento materno, como o Programa Nacional de Aleitamento Materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Rede de Bancos de Leite Humano, a estratégia de mobilização social por meio da semana mundial de amamentação e do dia nacional de doação do leite humano, dentre outras, contribuiu para a redução expressiva da taxa de mortalidade infantil no país (56).

1.4 FATORES QUE INTERFEREM NO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Em 1989, a OMS e o UNICEF já apontavam para a necessidade de revisão das rotinas e procedimentos dos profissionais de saúde e da organização dos serviços de saúde junto ao par mãe e filho no parto e no nascimento, uma vez que estes poderiam estar funcionando como barreiras para o início precoce do AM, bem como a sua manutenção ao longo do tempo (1). Como obstáculos ao início precoce do AM foram citados a disposição física dos hospitais e enfermarias que muitas vezes não garantiam privacidade à mulher; a separação do binômio após o nascimento; a introdução de rotinas e procedimentos no parto e nascimento, sendo a maioria destes desnecessários ou que poderiam ser realizados posteriormente; não apoio e pouco estímulo da equipe de saúde para que a mulher iniciasse o aleitamento materno; a administração de água glicosada em mamadeiras aos neonatos antes do início da lactação; a administração precoce de fórmulas lácteas, entre outros (1).

Estudo experimental, randomizado, controlado e multicêntrico realizado entre 1996 a 1997, na República da Bielorrússia, junto a 17.046 pares mãe e filho, apontou que as crianças que nasceram em instituições que seguiam os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, preceito para ser um Hospital Amigo da Criança (grupo intervenção) apresentaram maior probabilidade de serem amamentadas aos 12 meses de idade, maior probabilidade de serem exclusivamente amamentadas aos 3 e 6 meses de idade e menor risco de infecções no trato gastrointestinal quando comparadas ao grupo que não sofreu intervenção (57). No Brasil, estudo prospectivo, realizado em Santos, São Paulo, junto a duas coortes, sendo a primeira constituída por mulheres que tiveram seu parto em um hospital que tinha um programa de promoção ao aleitamento materno e o segundo formado por mulheres que tiveram seu parto em um hospital que não tinha um programa de promoção do aleitamento materno e próximo ao hospital da coorte 1, apontou que as crianças cujas mães deram à luz no hospital que tinha um programa de promoção ao aleitamento materno mamaram exclusivamente por 75 dias, em média, enquanto que as crianças que nasceram no hospital que não tinha um programa mamaram exclusivamente por 22 dias (em média) (58). Reforçando os achados de outras pesquisas que indicam que os profissionais de saúde, por meio de suas práticas e ações, exercem influência tanto no início do aleitamento materno, quanto na sua duração (59, 60).

As atividades educativas, realizadas durante o pré-natal, têm sido apontadas na literatura como um importante fator protetor para o AMPH. As mães que foram aconselhadas

durante o pré-natal sobre AM foram mais propensas a amamentar seus filhos na primeira hora (61, 62). Estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2009, apontou, dentre outros fatores, que as mulheres que não tiveram ajuda na sala de parto para amamentar e que foram afastadas de seus filhos após o parto tiveram maior probabilidade de dar suplementação alimentar para os seus filhos mesmo ainda estando no alojamento conjunto (63). Por outro lado, estudo realizado também no Rio de Janeiro, em 2009, encontrou que as mães que receberam ajuda da equipe de saúde para amamentar na sala de parto foram mais protegidas contra o não AMPH (RP = 0,51) (64). Setegn e colaboradores (2011) (65) em estudo realizado no Sul da Etiópia, em 2009, encontraram que mulheres que foram aconselhadas sobre aleitamento materno no pós-parto tiveram quase três vezes mais chances de amamentar na primeira hora de vida, o que demonstra o quanto é importante para as mulheres a forma como são tratadas pelos profissionais de saúde no pré-parto, parto e puerpério (66).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que durante o pré-natal os profissionais de saúde envolvidos orientem as mulheres e seus familiares para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos (67). Visando promover o AM, principalmente na Atenção Básica de Saúde, foi criada, em 2013, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB, tem como um de seus objetivos qualificar as ações de promoção do AM na Atenção Básica, por meio do aprimoramento das competências e habilidade dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do SUS (68). A EAAB integra as políticas e programas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional de Aleitamento Materno e a Rede Cegonha a fim de fortalecer a formação de recursos humanos para a promoção do AM e da alimentação complementar na atenção básica (68; 69).

Nos últimos anos, com o aumento da prevalência dos partos hospitalares, que em 2013, corresponderam a 98,4% do total de partos no Brasil¹, as mulheres em trabalho de parto e durante o parto, bem como os recém-nascidos, têm sido submetidos ao uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias (24, 70). Dados da pesquisa nascer no Brasil, realizada no período de 2011 a 2012, em hospitais públicos e privados das cinco macrorregiões do país apontaram que práticas na sala de parto, consideradas inadequadas, junto ao recém-nascido saudável, foram utilizadas em excesso, como: uso de oxigênio

¹ Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acessado em: 06/08/2015.

inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%) e aspiração gástrica (39,7%). Em contrapartida, apenas 16,1% foram levados ao seio materno ainda na sala de parto, tendo sido encontrado uma baixa frequência também em hospitais com o título de Hospital Amigo da Criança (24%) (24). A realização de procedimentos hospitalares inadequados em recém-nascidos saudáveis tem sido apontada na literatura como fatores que podem retardar o início do AM (71, 72). Boccolini e colaboradores (2011) (73) constataram que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre a amamentação de seus filhos na primeira hora de vida, ficando limitadas às práticas dos profissionais envolvidos no parto e às rotinas institucionais vigentes nas maternidades. Tais achados reforçam a recomendação da Organização Pan Americana de Saúde de que o AMPH, bem como o contato pele a pele imediatamente após o parto, de forma contínua e o clampeamento tardio do cordão umbilical devem estar inseridos no programa de atenção integral a díade mãe – bebê (74).

As características sociodemográficas da mãe (75), ausência de consultas pré-natais (76), a falta de orientação sobre amamentação durante o pré-natal; a cirurgia cesárea, a mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto e, no que se refere à saúde da criança, o índice Apgar menor que 8 no quinto minuto, prematuridade e baixo peso (50, 76 - 79) também têm sido apontados como fatores que podem atrasar o início do aleitamento materno.

1.5 EPIDEMIOLOGIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA NO MUNDO E NO BRASIL

A OMS classifica as prevalências de AMPH em muito ruim quando estas variam entre 0 e 29%, ruim (30 a 49%), bom (50 a 89%) e muito bom (90 a 100%) (4). Dados de 2012 do UNICEF apontaram que, no mundo, apenas 42% dos recém-nascidos mamavam na primeira hora após o parto (46). A revisão sistemática de literatura conduzida por Esteves e colaboradores (2014) (45) apontou variação de AMPH de 11,4% em uma província na Arábia Saudita (71) a 83,3% no Sri Lanka (80).

No Brasil, pesquisa realizada nas 26 capitais e no Distrito Federal, em 2008, durante a campanha de multivacinação, encontrou prevalência de AMPH igual a 67,7% para o país e de 66,9% na região Nordeste e 72,5% no Distrito Federal (22). A pesquisa de base hospitalar, Nascer no Brasil, realizada no período de 2011 a 2012, apontou prevalência de AMPH no país

igual a 40,9% (23). Enquanto que para as regiões Nordeste e Centro-Oeste as prevalências de AMPH encontradas pela Pesquisa Nascido Brasil foram 41,3% e 50,4%, respectivamente (24).

Dada a importância do AMPH para a sobrevivência infantil, assim como para a promoção da sua saúde, esta tese se propôs a estudar esta temática no Nordeste e no Distrito Federal no Brasil.

2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo conhecer os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida na Região Nordeste, em 2010, e no Distrito Federal, em 2011.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1.1** Caracterizar o perfil sociodemográfico da mãe e conhecer as características da assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e de saúde da criança para a população estudada no Nordeste, 2010 e no Distrito Federal, 2011;
- 2.1.2** Estimar a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida segundo as características da assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e de saúde da criança para o Nordeste, em 2010 e para o Distrito Federal, em 2011;
- 2.1.3** Conhecer as razões de prevalência, bruta e ajustada, de aleitamento materno na primeira hora de vida segundo as características da assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e de saúde da criança no Nordeste, em 2010 e no Distrito Federal, em 2011.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Os materiais e métodos dos dois artigos que compõem esta tese foram apresentados em duas seções: 3.1) “Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida no Nordeste do Brasil, 2010” e 3.2) “Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida. Distrito Federal, Brasil, 2011”.

3.1 FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA NO NORDESTE DO BRASIL, 2010.

3.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado a partir de dados secundários obtidos na pesquisa denominada “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”, que avaliou os pares mãe-criança menor de um ano de idade que compareceram à Campanha Nacional de Vacinação no dia 12 de junho de 2010.

Foram selecionados, para o presente estudo, somente os dados referente aos nove estados que compõem o Nordeste do Brasil. A coleta de dados ocorreu em 189 do total dos 192 municípios prioritários para a Redução da Mortalidade Infantil nesta região (98,4%) (81, 82). A não participação de Grajaú (MA), Rio Largo (AL) e Atalaia (AL) no inquérito ocorreu por falta de recursos humanos no local (Apêndice A) (82).

3.1.2 Amostragem

O plano amostral deste inquérito foi construído a fim de produzir estimativas para as capitais de estado, para o conjunto dos municípios do interior e para os municípios Campina Grande (Paraíba) e Vitória de Santo Antão (Pernambuco), totalizando 20 domínios na região Nordeste, conforme apresentado no Quadro 2.

Foi considerado como um domínio do estudo cada capital de estado, (9 domínios); o conjunto dos municípios do interior de cada Unidade da Federação (9 domínios) e os municípios de Campina Grande (Paraíba) e Vitória de Santo Antão (Pernambuco) que contaram como 1 domínio cada um, uma vez que esses municípios optaram por ter estimativas próprias.

Quadro 2 – Descrição dos domínios do estudo. Pesquisa Chamada Neonatal. Nordeste, Brasil, 2010

DOMÍNIO	Número de domínios
Capitais	
Aracaju	1
Fortaleza	1
João Pessoa	1
Maceió	1
Natal	1
Recife	1
Salvador	1
São Luís	1
Teresina	1
Conjunto dos Municípios do interior	
Estado de Alagoas	1
Estado da Bahia	1
Estado do Ceará	1
Estado do Maranhão	1
Estado da Paraíba	1
Estado do Piauí	1
Estado de Pernambuco	1
Estado Rio Grande do Norte	1
Estado de Sergipe	1
Municípios com domínios próprios	
Campina Grande (Paraíba)	1
Vitória de Santo Antão (Pernambuco)	1
Total de domínios do estudo	20

A amostra foi probabilística, considerou prevalência de 22% para estimar alguma complicação grave autorreferida durante o parto, conforme os dados da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS), realizada em 2006- 2007 (21), erro máximo de 4,0% e coeficiente de confiança de 95% para o cálculo do tamanho amostral.

Nas capitais, a amostra foi autoponderada, por conglomerado, com sorteio em dois estágios: 1) sorteio dos postos de vacinação e 2) seleção sistemática na fila de vacinação. Considerou-se probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado e o efeito do plano

amostral (EPA) igual a 1,5, o que resultou em um tamanho amostral igual a 750 pares de mãe e filho para cada um desses domínios.

Para os municípios do interior procedeu-se o agrupamento do conjunto dos municípios do interior de cada estado. Para cada um desses domínios foram sorteados entre um a seis postos de vacinação por município, a depender do contingente populacional de crianças menores de um ano de idade e do número de postos de vacinação existentes.

O sorteio dos principais postos de vacinação em cada domínio foi realizado a partir de informações fornecidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde sobre o número de postos de vacinação e a estimativa do número de crianças menores de um ano que seriam vacinadas em cada posto, com dados da campanha de vacinação do ano de 2009. Para a seleção sistemática do par mãe/filho em cada posto de vacinação, também foi considerado os dados da campanha de vacinação do ano anterior para o cálculo da fração amostral determinada para cada posto, além de seguir os critérios de inclusão na pesquisa. Foram considerados elegíveis os pares mãe e filho menores de um ano de idade, que residissem no mesmo município em que o posto de vacinação estava localizado e que as crianças não fossem gêmeas e/ou não adotadas. A amostra total determinada foi de 14.710 pares de mãe e criança a serem entrevistados na região Nordeste do país (Quadro 3).

Em virtude da menor procura do que o estimado no Dia D da campanha de vacinação foi necessário reduzir, ao início do trabalho de campo, o intervalo para a seleção sistemática na fila de vacinação, a fim de ajustar para a demanda do dia. Foram entrevistados 10.346 pares mãe-filho menores de um ano na região Nordeste, o que correspondeu a um aumento de 4,0% para 4,4% no erro de amostragem, mantendo todos os demais critérios para o cálculo da amostra, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição da amostra planejada, número de entrevistas realizadas e percentual da meta alcançada segundo domínio do estudo (capital, conjunto dos municípios do interior e domínio próprio). Chamada Neonatal, Brasil, 2010

DOMÍNIO											
CAPITAL				CONJUNTO DOS MUNICÍPIOS DO INTERIOR				MUNICÍPIOS COM DOMÍNIO PRÓPRIO			
Unidade da Federação	Amostra Planejada	Entrevistas	Meta (%)	n municípios do interior	Amostra Planejada	Entrevistas	Meta (%)	Município	Amostra Planejada	Entrevistas	Meta (%)
Bahia	750	593	79,1	32	840	698	83,1				
Ceará	750	651	86,8	17	850	825	97,1				
Maranhão	750	507	67,6	36	720	513	71,3				
Paraíba	750	496	66,1	19	750	672	89,6	Campina Grande	750	629	83,9
Piauí	750	461	61,5	23	750	577	76,9				
Pernambuco	750	567	75,6	24	690	518	75,1	Vitória de Santo Antão	560	234	41,8
Rio Grande do Norte	750	482	64,3	8	600	355	59,2				
Sergipe	750	582	77,6	8	725	279	38,5				
TOTAL	6750	4787		178	6650	4696		2	1310	863	

Fonte: Quadro elaborado a partir do modelo disponível em Brasil, 2011 (82)

Todos os pares que tiveram informações ausentes (*missing*) em alguma das variáveis de interesse para esta pesquisa foram excluídos, a saber: idade materna (1,3%), escolaridade materna (0,9%), raça/cor materna (0,5%), local de realização do pré-natal (2,4%), autoavaliação da qualidade do pré-natal (2,3%), local de realização do parto (2,3%), tipo de parto (3,5%), acompanhante no pré-parto (5,8%), acompanhante no parto (7,9%), acompanhante no pós-parto (6,0%), autoavaliação da qualidade do parto (3,2%), amamentação na primeira hora de vida (4,0%), alojamento conjunto (4,2%), sexo da criança (0,02%) e peso ao nascer (2,2%). No total foram realizadas 1.875 exclusões por ausência de informações, restando 8.471 pares de mãe-criança. Não houve diferença quanto à prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida entre os casos excluídos (63,7%; IC_{95%}=61,1 – 66,3) e os que permaneceram no estudo (62,4%; IC_{95%} = 61,0 – 63,8).

3.1.3 Logística da Pesquisa

A coordenação geral da pesquisa foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde, que tiveram como principal atribuição o planejamento e execução da pesquisa, bem como o estabelecimento do contato no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além das instituições de ensino e pesquisa. Também coube a coordenação geral da pesquisa a centralização das informações, organização e delegação das atividades e o repasse dos recursos financeiros às coordenações regionais.

A região Nordeste foi dividida em duas coordenações regionais, em virtude da complexidade e magnitude do estudo, sendo estas: Nordeste 1 (Alagoas, Bahia, Maranhão e Sergipe) e Nordeste 2 (Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte). Para cada coordenação regional foram indicados professores universitários ou profissionais com experiência nas cinco Chamadas Nutricionais realizadas em anos anteriores (83, 84). As atribuições dos coordenadores regionais foram: 1) promover a articulação com as secretarias estaduais de saúde, juntamente com a equipe de coordenação geral; 2) levantamento do total de crianças vacinadas em 2009; 3) indicação dos coordenadores estaduais, dos coordenadores das capitais, dos supervisores para a capital e dos supervisores para os municípios do interior; e 4) recebimento, distribuição e envio dos materiais utilizados na pesquisa.

Cada Estado contou ainda com 1 coordenador estadual e 1 coordenador de capital, cujas atribuições foram auxiliar os coordenadores regionais em suas atividades, além da seleção e treinamento dos multiplicadores, supervisores de capital, supervisores do interior e das equipes de coleta de dados. Cada equipe de coleta de dados foi constituída por um coordenador, dois entrevistadores e dois antropometristas.

3.1.4 Dados coletados

Características sociodemográficas, assistência ao pré-natal, parto e puerpério; saúde e alimentação da criança foram questionados por entrevistadores previamente capacitados e registrados em formulário pré-testado, sendo a maioria das questões fechadas (Anexo A). A duração média da aplicação do questionário foi de 25 minutos.

A coleta dos dados foi realizada no dia da vacinação (Dia D) ou por meio de visita domiciliar - o que ocorreu somente nas capitais e para as crianças menores de três meses de idade, selecionadas no segundo estágio, não acompanhadas pela mãe na fila de vacinação e com consentimento do acompanhante quanto a visita domiciliar e cuja mãe aceitou participar do inquérito.

Após a coleta dos dados, os questionários preenchidos foram encaminhados para digitalização centralizada, por meio da tecnologia de Reconhecimento Inteligente de Caracteres (RIC), o que permitiu a construção da base de dados e o armazenamento das imagens.

3.1.5 Variáveis de estudo

A variável dependente deste estudo, aleitamento materno na primeira hora de vida, foi obtida por meio da questão: “A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?”, sendo não ou sim as alternativas de resposta da mãe e a forma como a variável foi categorizada neste estudo. As variáveis independentes foram: características sociodemográficas da mãe (idade, escolaridade e raça/cor da pele), assistência ao pré-natal (local de realização, adequação da assistência ao pré-natal e avaliação da usuária da qualidade

da assistência recebida), parto (local de realização, tipo, presença de acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e qualidade da assistência recebida durante o parto), puerpério (alojamento conjunto) e características da criança (sexo e peso ao nascer).

A idade materna foi classificada em quatro faixas etárias: <20, 20 a 29, 30 a 34 e ≥ 35 anos de idade; escolaridade foi classificada em três níveis: 0 a 7, 8 a 10 e ≥ 11 anos de estudo; raça/cor da pele foi categorizada em: branca, negra e amarela/indígena.

Quanto à assistência pré-natal, o local de realização do pré-natal foi categorizado em serviço público ou serviço privado. A classificação de adequação do pré-natal foi realizada conforme modelo proposto por Leal e colaboradores (2015) (85), que teve por base os indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (86). Considerou-se pré-natal adequado para: 1) início no primeiro trimestre gestacional; 2) realização de pelo menos seis consultas; 3) aferição do peso em todas as consultas; 4) aferição da pressão arterial sistêmica em todas as consultas; 5) exame das mamas em pelo menos uma consulta; 6) realização de hemograma; 7) realização de glicemia; 8) análise de urina; 9) realização de teste para sífilis com entrega dos resultados em até 15 dias; 10) realização de teste para síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) com entrega dos resultados em até 15 dias; 11) orientação sobre aleitamento materno e 12) orientação sobre local para a realização do parto. O pré-natal foi considerado não adequado quando uma dessas ocorrências foi ausente. A percepção da usuária sobre a qualidade da assistência recebida durante o pré-natal foi classificada em duas categorias: 1) boa ou muito boa e 2) satisfatória, ruim ou muito ruim.

O local de realização do parto foi classificado em três categorias: serviço público, serviço privado e outro. O tipo de parto foi categorizado em vaginal e cesáreo. A presença de acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto foi classificado em sim e não. A percepção da usuária sobre a qualidade da assistência recebida durante o parto foi classificada em duas categorias: 1) boa ou muito boa e 2) satisfatória; ruim ou muito ruim. Mãe e filho permanecer em alojamento conjunto após o parto foi categorizado em sim e não. No que se refere às características da criança, as variáveis estudadas foram sexo, categorizado em masculino e feminino, e peso ao nascer, classificado em baixo peso (< 2500g) e não baixo peso (≥ 2500 g).

3.1.6 Análise dos dados

Todos os dados apresentados neste estudo foram calculados com o fator de ponderação da amostra. O fator de ponderação foi obtido a partir da razão entre população residente de crianças menores de um ano em cada município (utilizando-se como base o censo demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e número de crianças entrevistadas na Chamada Neonatal em cada município, o que permitiu conhecer a proporcionalidade de participação de cada criança no conjunto da amostra em cada um dos locais avaliados.

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi estimada segundo as características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, do parto e do puerpério e das características da criança. Os fatores associados foram identificados pelo valor das razões de prevalência brutas e razões de prevalência ajustadas para todas as variáveis do modelo, calculadas por regressão log-linear de Poisson. Todas as estimativas consideraram intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). As análises dos dados foram realizadas com auxílio do *software Stata* versão 12.0, utilizando-se comandos *survey* para amostras complexas.

3.1.7 Aspectos éticos

A Pesquisa “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP) com o protocolo nº 56/10, em 23 de março de 2010 (Anexo B). Todas as mães participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C).

Esta pesquisa foi financiada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

3.2 FATORES LIGADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DETERMINAM O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA. DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 2011.

3.2.1 Desenho do estudo

O estudo transversal “Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” foi realizado no dia 13 de agosto de 2011, durante a segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite no DF. Os sujeitos de pesquisa foram os pares mãe e filho (menor de um ano de idade), que compareceram aos postos de vacinação selecionados.

A amostra aplicada foi por conglomerado, com seleção em dois estágios e probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado. Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se a prevalência conservadora de 50%, em razão dos diversos indicadores investigados, além do nível de confiança de 95% e do erro amostral máximo de 4%; o cálculo resultou em um tamanho amostral de 1.170 pares mãe/filho, já levando em conta uma perda amostral de até 30% e corrigindo o efeito do plano amostral (EPA), igual a 1,5.

A seleção do primeiro estágio amostral (postos de vacinação) foi realizada de forma que houvesse a representatividade de todas as Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal que possuíssem, em seu território, postos de vacinação elegíveis para participar do inquérito: 1) estar localizado em perímetro urbano; 2) ser posto fixo e 3) dispor dos dados da campanha contra poliomielite realizada em junho de 2010 no DF.

A partir da listagem de postos de vacinação ativos do Distrito Federal durante a campanha de vacinação contra a poliomielite, ocorrida em junho de 2010, obteve-se um total de 69 postos de saúde que atenderam os critérios de inclusão na pesquisa.

A probabilidade de seleção de cada posto de vacinação foi obtida por meio da divisão entre o número de crianças vacinadas no posto i , em adição a um fator aleatório, e a quantidade de crianças vacinadas em todos os postos, conforme os dados da campanha contra a poliomielite realizada no ano anterior. A seleção resultou em um total de 25 postos de vacinação a serem pesquisados, distribuídos em 21 das 30

Regiões Administrativas que o DF possuía em 2011 (Quadro 4) sendo que oito Regiões Administrativas não participaram do estudo por não haver postos de saúde que atendessem aos critérios de inclusão na pesquisa e uma foi excluída porque os dados da campanha contra poliomielite realizada em junho de 2010 estavam subestimados.

O segundo estágio referiu-se à seleção sistemática do par mãe e filho na fila de vacinação, na data da pesquisa. Para o cálculo do intervalo amostral estimou-se o quantitativo de crianças menores de um ano de idade que seriam vacinadas em cada unidade de coleta, tendo como base o número de crianças que foram vacinadas na campanha do ano anterior. Essas informações foram cedidas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O intervalo amostral pré-determinado variou de 1:2 até 1:10 pares mãe e filho, a fim de atingir a meta amostral em cada posto de vacinação.

A equipe de coordenação, composta por duas pesquisadoras e dois estudantes de pós-graduação *stricto sensu*, da Universidade de Brasília, monitorou, durante todo o Dia D, a obtenção do tamanho amostral em cada unidade de coleta. Nos casos em que se constatou uma procura por vacinação menor do que o esperado, diminuiu-se o intervalo de seleção para atingir a meta amostral em intervalos menores aos pré-determinados, o que ocorreu em nove dos 25 postos de vacinação (36,0%), contudo preservaram-se os critérios de inclusão e aleatoriedade da amostra.

Quadro 4 - Tamanho da amostra planejada, da amostra obtida (entrevistas realizadas) e percentual da meta alcançada segundo os postos de vacinação nas Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal. Chamada Neonatal, DF, Brasil, 2011

	n planejado¹	n obtido²	Meta (%)³
Região Administrativa			
Asa Norte	38	75	197,4
Candangolândia	22	14	63,6
Ceilândia			
<i>Posto de vacinação 1</i>	39	39	100,0
<i>Posto de vacinação 2</i>	42	39	92,9
<i>Posto de vacinação 3</i>	36	47	130,6
Cruzeiro	20	38	190,0
Estrutural	39	71	182,1
Gama			
Posto de vacinação 1	26	24	92,3
Posto de vacinação 2	26	24	92,3
Guará	37	20	54,1
Lago Norte	19	26	136,8
Lago Sul	31	36	116,1
Núcleo Bandeirante	47	37	78,7
Paranoá	95	59	62,1
Planaltina	99	41	41,4
Recanto das Emas	77	50	64,9
Riacho Fundo I	50	39	78,0
Riacho Fundo II	35	36	102,9
Samambaia	64	38	59,4
Santa Maria	65	78	120,0
São Sebastião	97	49	50,5
Sobradinho	47	43	91,5
Taguatinga			
<i>Posto de vacinação 1</i>	46	32	69,6
<i>Posto de vacinação 2</i>	63	57	90,5
Varjão	10	15	150,0
TOTAL	1170	1027	87,8

O par mãe/filho elegíveis para esta pesquisa foram aqueles cuja criança tinha idade inferior a um ano e estava acompanhada pela mãe; deviam ser residentes na RA em que o posto de vacinação estava localizado; não apresentavam patologia, ou imobilização que interferisse na aferição do peso e estatura de ambos; não era gêmeo e nem filho adotivo. Se a mãe elegível estivesse com mais de um filho menor de um ano, o mais velho era o selecionado para participar do estudo.

3.2.2 Coleta de dados

A equipe de coordenação da pesquisa e os coordenadores de campo (responsáveis por garantir o cumprimento dos métodos em cada posto de vacinação), visitaram todos os locais em que haveria coleta de dados, a fim de estabelecer a logística de realização do inquérito sem interferir na realização da campanha de vacinação. Estabeleceu-se que os pares seriam identificados na fila de vacinação e que a entrevista seria realizada após a vacinação da criança.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário testado previamente, adaptado da Pesquisa “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste” (82) realizada em 2010, acrescido de um módulo sobre violência no parto (87) (Anexo D).

O formulário foi preenchido digitalmente por 164 entrevistadores - estudantes ou profissionais da área da saúde, previamente capacitados - com a utilização de um *Personal Digital Assistant* (PDA); as respondentes foram as mães das crianças menores de um ano de idade, que foram selecionadas e que aceitaram participar do estudo. O tempo médio de duração do questionário foi de 21 minutos. Além dos entrevistadores, cada posto de vacinação contou com até dois coordenadores de campo. A pesquisa investigou vários fatores relacionados ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e à saúde da mulher e da criança.

3.2.3 Classificação das variáveis de estudo

O aleitamento materno na primeira hora de vida, variável dependente deste estudo, foi respondido pela mãe por meio da pergunta: “A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?”, sendo a resposta classificada em não ou sim.

A idade da mãe foi classificada em quatro faixas etárias: 14 a 19, 20 a 29, 30 a 34 e ≥ 35 anos de idade. A escolaridade materna foi categorizada em três níveis: 0 a 8, 9 a 11 e ≥ 12 anos de anos de estudo. A cor da pele foi classificada em três categorias: branca, negra ou amarela/indígena.

A conformidade da assistência prestada no pré-natal foi classificada conforme modelo proposto por Leal e colaboradores (2015) (85), que tiveram como base os indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (86). Desta forma a assistência pré-natal foi classificada em duas categorias. Considerou-se o pré-natal adequado quando a mulher atendeu aos 11 critérios estabelecidos, sendo estes: 1) ter iniciado no primeiro trimestre gestacional; 2) ter realizado seis ou mais consultas; 3) peso aferido em todas as consultas; 4) pressão arterial sistêmica aferida em todas as consultas; 5) realizou análise de urina; 6) realizou hemograma; 7) realizou glicemia; 8) fez teste para sífilis e recebeu o resultado em até 15 dias; 9) fez teste para a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e recebeu o resultado em até 15 dias; 10) foi orientada sobre aleitamento materno e 11) recebeu orientação sobre o local para a realização do parto. O pré-natal foi inadequado na ausência de qualquer um desses cuidados.

A avaliação da usuária da qualidade do pré-natal e do parto foi classificada em duas categorias: 1) muito boa ou boa e 2) satisfatória, ruim, ou muito ruim. O local de realização do parto foi categorizado em serviço público ou serviço privado. O tipo de parto foi classificado, conforme a via de parto, em duas categorias: vaginal ou cesáreo.

As variáveis sobre a presença de acompanhante no pré-parto, presença de acompanhante no parto e presença de acompanhante no pós-parto foram categorizadas em sim ou não.

Os indicadores de violência na relação parturiente e profissionais de saúde foram analisados segundo método utilizado por Souza e colaboradores (2014) (87). Considerou-se violência física quando a entrevistada respondeu sim a uma das questões: Na hora do parto algum profissional a) fez o exame do toque de forma dolorosa?; b) bateu em você?; c) te empurrou?; d) te amarrou? A violência verbal foi identificada quando a parturiente respondeu sim para qualquer uma das perguntas: Na hora do parto algum profissional a) gritou com você?; b) Disse algo parecido com: Não chora não! Ano que vem você estará aqui de novo; c) Na hora de fazer você não chorou, nem chamou a mamãe. Por que está chorando agora?; d) Se gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender mais; e) Se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném. Ele vai nascer surdo. Enquanto a negligência foi identificada quando as mulheres responderam sim a uma das questões: Algum profissional de saúde: a) deixou de oferecer alívio para a sua dor?; b) negou atendimento? e c) não te informou sobre procedimentos os quais você estava sendo submetida? Quando a entrevistada

respondeu não para todas as questões de cada um dos blocos (violência verbal, física e negligência) categorizou-se como não.

Alojamento conjunto foi classificado em sim e não; enquanto que a avaliação da usuária da qualidade do atendimento ao parto foi classificado em duas categorias: 1) muito boa e boa e 2) satisfatória, ruim ou muito ruim.

No que se refere às características das crianças foram consideradas como baixo peso, crianças com peso ao nascer < 2.500g, e não baixo peso, crianças com peso ao nascer ≥ 2.500g; a idade gestacional foi classificada em três categorias: pré-termo, quando a criança nasceu antes da 37^a semanas de gestação; a termo, considerado quando a criança nasceu entre a 37^a a 41^a semana de gestação; pós-termo, no caso do nascimento ter ocorrido após a 42^a de gestação (88). O índice de Apgar no quinto minuto foi classificado em duas categorias: 8 a 10 (sem asfixia) e menor que 8 (com asfixia em algum grau) (89).

3.2.4 Análise de dados

Todas as estimativas apresentadas foram calculadas com os pesos pós-estratificação. O fator de ponderação foi calculado conforme o número de crianças menores de um ano de idade vacinadas na segunda etapa da campanha de poliomielite no Distrito Federal, utilizando-se os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do DF, além do desenho da amostra, tendo os postos de saúde como unidade primária de amostragem. Assim, o peso amostral foi obtido por meio do cálculo:

$$w_{ij} = w_j \frac{F_j}{R_j}$$

Em que w_j é o peso do posto de saúde j , calculado pelo inverso da sua probabilidade de ser selecionado, F_j é o número total de crianças de 0 a 1 ano que participaram da campanha de vacinação no posto j e R_j é o número total de pares que responderam ao questionário.

A cobertura da segunda etapa da campanha de vacinação contra poliomielite, na faixa etária de crianças menores de 12 meses no DF, realizada em 2011, momento em que os dados deste estudo foram coletados, foi igual a 97,9%, variando de 67,1%

na Região Administrativa Asa Norte a 151,1% na Região Administrativa Lago Norte.² A alta cobertura contribui para reduzir o viés de seleção neste tipo de estratégia de coleta de dados (84).

Inicialmente, calculou-se a distribuição da população segundo as variáveis estudadas com intervalo de confiança (IC) de 95%. A prevalência de AMPH foi calculada segundo as características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; referência à violência física, verbal e negligência no momento do parto e da saúde da criança.

Posteriormente, foram calculadas para todas as variáveis do estudo as razões de prevalência bruta e ajustada para todas as variáveis do modelo, de AMPH por regressão log-linear de Poisson considerando-se IC95% e $p < 0,05$. Para o cálculo das razões ajustadas considerou-se AMPH como variável dependente e todas as demais variáveis como independentes, tendo como categoria de referência a de maior proteção para a amamentação na primeira hora de vida. As análises dos dados foram realizadas com auxílio do software estatístico *Stata* versão 12.0, utilizando-se comandos *survey* que consideram a complexidade amostral.

Calculou-se a prevalência de AMPH segundo a faixa etária das crianças (0 a 11 meses) a fim de conhecer o efeito de um possível viés de memória sobre a variável desfecho. Não se observou diferença na prevalência de aleitamento materno entre as faixas etárias, o que pode indicar que o viés de memória não foi uma limitação neste estudo (Apêndice B).

Para este estudo, foram excluídos 143 pares mãe/filho com dados inconsistentes ou sem informação sobre o AMPH, restando 1.027 pares para o estudo.

3.2.5 Aspectos éticos

A Pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de

² Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório estatístico Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/images/Dados%20Estatisticos/relatorio%20estatistico%20da%20ses-df/relatorio%20estatistico%20ses%20e%20hub%202011.pdf>>. Acesso em: 22/07/2015.

Brasília com o protocolo nº 130/10 de 09 de fevereiro de 2011 (Anexo E). Todas as mães participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal financiou a realização da pesquisa (Anexo F).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta dois artigos, sendo estes: 4.1) Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida no Nordeste brasileiro em 2010 e 4.2) Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida. Distrito Federal, Brasil, 2011.

4.1 ARTIGO 1

Artigo submetido ao Journal of Human Lactation

Factors associated with breastfeeding in the first hour of life in Northeastern Brazil in 2010

Naíza Nayla Bandeira de Sá.¹

Leonor Maria Pacheco Santos.²

Erly Catarina Moura³

¹ Doctoral student of the Graduate Program in Health Sciences - University of Brasilia, Brazil.

College of Nutrition. Institute of Health Sciences - Federal University of Pará, Brazil.

² PhD. Department of Public Health - University of Brasilia, Brazil.

³ PhD. Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil .

Corresponding author: Naíza Nayla Bandeira de Sá.

Estrada da Vila Nova, Chácara Rosa do Campo, n. 09, 304, Bl F. Cidade Nova. CEP: 67130-600. Ananindeua-PA.

Telephone number: +55 91 98403-3825

E-mail: naizasa@ufpa.br

Key words: Breastfeeding; Mass vaccination; Health Services; Maternal and children health; Rooming-in care.

ABSTRACT

Background: Breastfeeding in the first hour of life provides numerous benefits to the mother and the newborn. The health professionals should support the mother and child for the breastfeeding in the first hour happen properly. **Objectives:** To identify the prevalence of breastfeeding in the first hour of life and associated factors. **Methods:** Data from 8,980 mothers living in the Northeast were collected from the database "Neonatal Call," conducted in 2010 in the Northeast and Legal Amazon. The dependent variable was breastfeeding in the first hour of life, and the independent variables were: maternal sociodemographic characteristics; prenatal, delivery, and postpartum care; and child characteristics. Crude and adjusted prevalence ratios were calculated by Poisson regression and used as a measure of association. **Results:** The prevalence of breastfeeding in the first hour of life was 62.4%. Women less likely to breastfeed in the first hour were younger (PR = 0.91); had inadequate prenatal care (PR = 0.92); considered prenatal care satisfactory, poor, or very poor (PR = 0.93); had cesarean delivery (PR = 0.86); did not have companion during (PR = 0.93) or after delivery (PR = 0.92); considered delivery care satisfactory, poor, or very poor (PR = 0.91); and were not roomed in with their children (PR = 0.13), which was the main predictor. **Conclusions:** The prevalence of breastfeeding in the first hour is low, but most of the factors associated with this practice are modifiable. Local health services need to change their strategies to promote breastfeeding in the first hour.

Key words: Breast-feeding; Mass vaccination; Health Services; Maternal and children health; Rooming-in care; Brazil.

BACKGROUND

Colostrum, the milk produced by the mother during the first days after delivery, provides essential nutrients as well as important amounts of antibodies for the newborn's immune system, consequently reducing the likelihood of death during the neonatal period. For the newborn, breastfeeding in the first hour of life (BF1H) also reduces the risk of hypothermia and favors the mother/child relationship. For the woman, early breastfeeding increases uterine contractions, reducing the likelihood of bleeding.¹

BF1H is a simple procedure that can reduce neonatal mortality significantly.² A study conducted in Nepal from 2002 to 2006 found that 7.7% and 19.1% of neonatal deaths could have been avoided if breastfeeding (BF) had begun within a day of delivery and within the first hour of delivery, respectively.³

In 2012 the United Nations Children's Fund (UNICEF) reported that only 42% of the world's newborns breastfeed in the first hour of life.¹ A study conducted in the 26 Brazilian state capitals and Federal District in 2008 during the multiple vaccination campaign found a BF1H prevalence of 67.7% for the country and 66.9% for the Brazilian Northeast.⁴

The World Health Organization (WHO) recommends that the mother and child remain together and enjoy skin-to-skin contact immediately after birth, except in clinically contraindicated cases. It is during this period that health professionals should help mothers recognize the time in which their children are apt to breastfeed for the first time.^{5,6} The literature has listed maternal characteristics, such as education level, age, and income,⁷ in addition to factors related to prenatal care,^{8,9} delivery^{7,10}, and postnatal care, as BF1H determinants.^{11,12}

In 2000 the WHO established objectives for the Millennium Development Goals (MDG), with which Brazil and another 191 countries agreed: two such objectives were to reduce, by 2015, the mortality of children aged less than five years by two-thirds and maternal mortality by three-fourths.¹³ Since then, numerous programs have been implemented in Brazil to meet the “Pact to Reduce Maternal and Neonatal Mortality,” especially in the Brazilian North and Northeast regions, which have the highest maternal and newborn mortality rates.¹⁴ In this context, BF1H is a protective factor against neonatal mortality.³

Hence, the objective of the study was to determine the prevalence of breastfeeding in the first hour of life in the Brazilian Northeast, and the sociodemographic and health factors associated with this practice.

METHODS

Study design

The study used secondary data from the “*Chamada Neonatal*” (Neonatal Call), a population-based survey that assessed 16,863 pairs of mothers and children aged less than one year who attended the National Vaccination Campaign on June 12, 2010, in the municipalities prioritized for the Pact to Reduce Childhood Mortality.¹⁵

The method, including training, quality control, calculation of sample expansion factors, and sample losses, was described in detail in the official publication: “*Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste,*

Brasil, 2010” (Assessment of the care provided prenatally, during delivery, and to children aged less than one year in the Legal Amazon and Northeast, Brazil, 2010).¹⁶ Data were collected in 189 of the 192 municipalities prioritized for reducing childhood mortality in the Northeast (98.4%). Three Northeastern municipalities did not participate in the survey due to lack of local human resources.¹⁶ A total of 10,346 pairs of mothers with children aged less than one year were interviewed in this region.

This study used data from mothers and children aged less than one year from the Brazilian Northeast. All mother/child pairs without data on any of the study variables of interest were excluded, namely: maternal age (1.3%); maternal education level (0.9%); maternal race/skin color (0.5%); prenatal care location (2.4%); self-reported prenatal care quality (2.3%); delivery location (2.3%); type of delivery (3.5%); companion before delivery (5.8%); companion during delivery (7.9%); companion after delivery (6.0%); self-reported delivery quality (3.2%); breastfeeding in the first hour of life (4.0%); rooming-in (4.2%); child’s sex (0.02%); and birth weight (2.2%). A total of 1,875 pairs were excluded because of missing data, so 8,471 mother/child pairs were included. The percentage of infants breastfed in the first hour of life in the excluded cases (63.7%; 95%CI=61.1 – 66.3) did not differ from that of the included cases (62.4%; 95%CI=61.0 – 63.8).

Data collection

The study collected sociodemographic, prenatal care, delivery, and postpartum characteristics, in addition to the children’s health and feeding practices, which were investigated by trained interviewers using a validated form. Most questions were closed.

Study variables

The dependent variable, BF1H, was collected by asking the mother the following question: “Was the child offered the breast to suckle in the first hour of life, right after delivery?” The possible answers were yes and no, which also determined how the variable was categorized in this study. The independent variables were: maternal sociodemographic characteristics (age, education level, and race/skin color); prenatal care (location, prenatal care adequacy, and self-reported prenatal care quality); delivery (location, type, presence of companion before, during, and after delivery, and self-reported delivery care quality); postpartum characteristics (rooming-in); and child characteristics (sex and birth weight).

The mothers were classified into four age groups: <20, 20 to 29, 30 to 34, and ≥ 35 years; three education level groups: 0 to 7, 8 to 10, and ≥ 11 years of formal education; and race/skin color was classified as white, black, and yellow/indigenous.

Prenatal care location was categorized as public or private service. Prenatal care adequacy was classified according to the model proposed by Leal et al. (2015),¹⁷ which is based on the process indicators of the *Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal* (PHPN, National Prenatal Humanization Program).¹⁸ Prenatal care was considered complete when: 1) it began on the first trimester of pregnancy; 2) it consisted of at least six visits; 3) weight was measured in all visits; 4) blood pressure was measured in all visits; 5) the breasts were examined in at least one visit; 6) complete blood count performed; 7) blood glucose measured; 8) urine analyzed; 9) tested for syphilis and having the result within 15 days; 10) tested for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and having the result within 15 days; 11) received breastfeeding information; and 12) received information about delivery location. Prenatal care was considered incomplete when any of these items were not performed. The

mother's self-reported prenatal care quality was classified into two categories: very good or good; and satisfactory, bad, or very bad.

Delivery location was classified into three categories: public service, private service, and other. Type of delivery was categorized as vaginal and caesarean. Presence of a companion before, during, and after delivery was classified as yes and no. The mother's self-reported delivery care quality was classified into two categories: very good or good; and satisfactory, bad, and very bad. Rooming-in was categorized as yes and no. The study child characteristics were sex, categorized as male and female, and birth weight, classified as low ($< 2500\text{g}$) and non-low ($\geq 2500\text{g}$).

Data analysis

The weighted factor was given by the number of children aged less than one year in each municipality according to the 2010 census of the *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE, Brazilian Institute of Geography and Statistics) and the sample design, the municipalities being the primary sampling unit.

The prevalence of BF1H was estimated based on the maternal sociodemographic, prenatal care, delivery, and postpartum characteristics, and the child's characteristics. The factors associated with BF1H were identified by prevalence ratios, crude and adjusted for all the variables of the model, calculated by log-linear Poisson regression. All estimates considered a confidence interval of 95% (95%CI). The data were analyzed by the software Stata version 12.0 using the commands *survey* for the complex samples.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the National Public Health School Sérgio Arouca (CEP/ENSP) under protocol number 56/10, on March 23, 2010. All participants signed an informed consent form.

RESULTS

Of the 8,471 mothers who participated in the study, 55.2% were aged 20 to 29 years, 45.7% studied 11 years or more, and 76.5% reported being black (includes brown). Prenatal care was provided mainly by the Unified Healthcare System (SUS, 80.6%), being adequate for only 6.7% of the women according to PHPN criteria. Most (83.9%) of the interviewees considered prenatal care very good or good, and 80.7% had their children in public hospitals. The frequencies of vaginal (50.8%) and caesarean (49.2%) deliveries did not differ. Most women (70.5%) had no companion during delivery, 68.5% had a companion before delivery, and 66.6% had a companion after delivery. The quality of care received during delivery was considered very good or good by 78.1% of the sample, 85.9% of the children were roomed in with their mothers, 6.3% of the children had low birth weight, and 62.4% of the children were BF1H, the study outcome variable (Table 1).

The prevalence of BF1H was higher in women who: considered prenatal care very good or good (63.8%); had vaginal delivery (67.4%); had a companion before delivery (64.7%), during delivery (68.1%), or after delivery (65.3%); considered delivery care very good or good (64.7%); and who were roomed in with their children (71.1%). The prevalence of BF1H was smaller among children with low birth weight (43.5%) (Table 2).

After adjustment for all variables, the probability of BF1H was smaller among: younger women (PR = 0.91), women who received inadequate prenatal care (PR = 0.92), women who considered prenatal care satisfactory, bad, or very bad (PR = 0.93), women who had caesarean delivery (PR = 0.86), women who did not have a companion after delivery (PR = 0.92), and women who classified delivery care as satisfactory, bad, or very bad (PR = 0.91). Children who were not roomed in with their mothers after delivery were 87% less likely to BF1H (Table 2).

DISCUSSION

Except for low maternal age, the factors associated with BF1H in the Brazilian Northeast were related to health care services, namely: inadequate prenatal care; self-reported prenatal care as satisfactory, bad, or very bad; having caesarean delivery; not having a companion during delivery; self-reported delivery care as satisfactory, bad, or very bad; and no rooming-in after delivery.

The Northeast is the second most populous region in Brazil with the lowest rate of urbanization, highest concentration of black and brown individuals, and the lowest education level among people aged 25 to 34 years (8.9 years of formal education). The estimated newborn mortality in Brazil in 2013 was 15 for each 1000 live births, and most of these were in the Northeast (19.4/1000 live births).¹⁹

Most (62.4%) of the study children were BF1H. The National Demography and Health Survey (PNDS) conducted in Brazil in 2006 with mothers and respective children aged less than five years found a BF1H prevalence of 51.4% in the Northeast.²⁰ Comparing the study

data with PNDS data is limited, since the children in the two studies have different ages. Using data from the survey Being Born in Brazil, which interviewed puerperal women during their hospital stay from 2011 to 2012, Moreira et al., (2014),²¹ found that 41.3% of the newborns in the Northeast region were BF1H.

In the present study, women aged less than 20 years were less likely to BF1H, corroborating other studies.^{22, 23} This may be explained by the fact that most young women are primiparous, so they have more difficulty starting breastfeeding²³ because of their inexperience and insecurity.²² On the other hand, pluriparity has been pointed out as a protective factor for BF1H.^{24, 25}

Only 6.7% of the study women received adequate prenatal care according to PHPN indicators. The prevalence of adequate prenatal care in Vitória, Espírito Santo, from 2010 to 2011, was 4.4%.²⁶ Dias da Costa et al. (2013)²⁷ found a prevalence of inadequate prenatal care of 19.2% in women with children aged less than five years from the municipalities of Caracol and Anísio de Abreu, both located in the semiarid region of Piauí, Brazilian Northeast; adequate prenatal care was defined as beginning before pregnancy day 120 and consisting of at least six visits. The limitations regarding the confrontation of literature prevalences with prenatal care quality include the absence of a universal definition for this indicator, and sample and methodological differences.

In the present study, inadequate prenatal care reduced the probability of BF1H by 8%. A PNDS conducted in Nigeria in 2008 found that women who attended 1 to 3 prenatal care visits were 37% more likely to BF1H than women who did not receive prenatal care; the chance of BF1H increased to 49% when the number of prenatal care visits were equal to or greater than four.²⁸ In Feira de Santana, Bahia, women who were informed about the advantages of breastfeeding during prenatal care were 23% more likely to BF1H than those who were not.²⁹

The study prevalence of caesarean delivery was high (49.2%) since the WHO recommends a maximum of 15%.³⁰ In a systematic literature review, Esteves et al., (2014)²², found that caesarean delivery was a risk factor for not BF1H in 11 out of the 18 reviewed studies, corroborating the present findings that women who had caesarean delivery were less likely to BF1H (14%). Silveira et al., (2008)⁷, found that women who had caesarean delivery were almost twice as likely not to BF1H. Boccolini et al., (2011),³¹ found that mothers who had a caesarean delivery in Rio de Janeiro from 1999 to 2001 were less likely to BF1H (PR = 0.48). In Jeddah, Saudi Arabia, women who had caesarean delivery reported that postpartum pain interfered with their ability to breastfeed and look after the newborn.¹⁰

Although only 29.5% of the study women had a companion during delivery, the percentage of women who had a companion before (68.5%) and after (66.6%) delivery was approximately 2.3 times greater. In 2005 Federal Law no. 11,108 was passed in Brazil, allowing the presence of a companion, chosen by the mother, in all stages of delivery (labor, delivery, and postpartum) in private and public hospitals.³² Diniz et al., (2014),³³ using data from the survey Being Born in Brazil, found that only 32.7% and 61.3% of the women had a companion during and after delivery, respectively; most women believed that having a companion before and during delivery was very good or useful, making them calmer during delivery (91.2%).

Women without companions during and after delivery were 6% and 9%, respectively, less likely to BF1H. Another Brazilian study found that women with companions during delivery were 41% more likely to BF1H.²¹ Studies have found that companions provide emotional support, as they encourage women to overcome difficulties,³⁴ make them feel more competent and in control, reducing the dependence on medical interventions; increase women's confidence about delivery by increasing their ability to communicate and express

their wishes; and finally, the presence of a companion may also be considered an indicator of safe and quality care.³⁵

Women with self-reported satisfactory, bad, or very bad prenatal care and delivery care were 7% and 9%, respectively, less likely to BF1H. Women's satisfaction is influenced by their care expectations, which usually does not reflect the quality of the care provided.³⁶ However, self-reported care quality can be an important tool of social control.³⁶ Moreover, women's degree of satisfaction with delivery care is strongly related to the quality of their interaction with health professionals, effective communication, and participation in decision making.³⁴ Health professional practices affect not only the onset of breastfeeding, but also its duration.^{37, 38}

The study newborns who were not roomed in with their mothers were 87% less likely to BF1H. In 2009 in Vitória, Espírito Santo, Will et al., (2013),¹² found that children who were roomed in with their mothers were almost nine times more likely to be BF1H than those who were not. In the United Arab Emirates, women who were roomed in with their children were roughly 18 times more likely to BF1H.³⁹

The main limitations of this study include the fact that the Neonatal Call was not designed to assess BF1H, so important data that could help to clarify the outcome were not investigated, such as whether the child was offered the breast in the delivery room, what procedures were performed on the mother and child in the delivery room, the mother's expectations regarding breastfeeding, whether the mother received help to breastfeed in the delivery room or during rooming-in, and parity, among others. However, the performance of surveys during vaccination campaigns has been a widely used strategy in Brazil as their main advantages include rapid data collection, relatively low cost, mobilization, and the involvement of local managers.⁴⁰

CONCLUSIONS

Among the factors related to health services and health professional practices, no rooming-in after delivery was the factor that most prevented BF1H in the Brazilian Northeast, followed by caesarean delivery; low maternal age; satisfactory, bad, or very bad self-reported delivery care; inadequate prenatal care; absence of companion after delivery; absence of companion during delivery; and satisfactory, bad, or very bad self-reported prenatal care. However, the frequency of events associated with not being BF1H should also be considered.

To promote BF1H, local health managers should adopt measures accordant with the recent recommendations made by the Brazilian Ministry of Health regarding prenatal, delivery, and postpartum care, given that the only non-modifiable BF1H-associated factor is maternal age. These changes go from adequate prenatal assistance to health team practices, which should be evidence based, to giving women the chance of being delivery protagonists.

Funding

This research was funded by the Department of Science and Technology of the Ministry of Health of Brazil .

Conflict of Interest

No conflict of interest exists.

REFERENCES

1. United Nations Children's Fund. Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress. 2013; 1-124.
2. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. BMC Public Health. 2013; 13(Suppl 3):19.
3. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, Leclercq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. J Nutr. 2008;138(3):599-603.
4. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J. Pediatr. 2010; 86 (4): 317-24.
5. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital self-appraisal and monitoring. 2009; 1-83
6. World Health Organization (WHO). Maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO Guidelines Review Committee. Handbook for guideline development. 2012; 1-13.
7. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant 2008; 8 (1): 35-43.
8. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. International Breastfeeding

- Journal 2014, 9: 8.
9. Bbaale E. Determinants of Early Initiation, Exclusiveness, and Duration of Breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr* 2014; 32 (2): 249-60.
 10. Albokhary AA, James JP. Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Med J*. 2014; 35 (11): 1400-03.
 11. Beck AMO, Assunção KO, Barbosa LR, Gomes E. Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012; 17 (4): 464-8.
 12. Will TK, Arndt JG, Torres GG, Andrade JR, Pereira TSS, Molina MCB. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *RBPS* 2013; 26 (2): 274-280.
 13. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Grupo Técnico para o acompanhamento dos Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM. 2014; 1-208.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: 2012.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Brasília: 2010.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Brasília; 2013.

17. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2015; 15 (1): 91-104.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília; 2008.
21. Moreira MELM, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS *et al*. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 (Sup): 128-139.
22. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saude Pública* 2014; 48(4):697-703.
23. Victor R, Baines SK, Agho KE, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open*. 2013;3(1).
24. El-Gilany AH, Sarraf B, Al-Wehady A. Factors associated with timely initiation of breastfeeding in Al- Hassa province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2012; 18(3): 250-4.
25. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16 (2): 525-34.

26. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(7):1999-2010.
27. Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2013; 13(2): 101-09.
28. Ogbo FA, Agho KE, Page A. Determinants of suboptimal breastfeeding practices in Nigeria: evidence from the 2008 demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2015; 15:259.
29. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani EJR, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010; 10: 760.
30. World Health Organization; United Nations Population Fund; United Nations Children's Fund; Mailman School of Public Health. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva: 2009.
31. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcelos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Pública* 2011; 45(1): 69-78.
32. Brasil. Lei no 11.108. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2005.
33. Diniz CSG, D'Orsi E, Rosa Domingues MSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de

- acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30, (suppl.1):140-153.
34. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):160-72.
35. Rance S, McCourt C, Rayment J, Mackintosh N, Carter W, Watson K, et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? *BMJ Qual Saf* 2013; 22:348-55.
36. Espiridião M. Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1267-76.
37. Holbrook KE, White MC, Heyman MB, Wojcicki J. Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal* 2013; 8 (7): 1-14.
38. Regan J, Thompson A, DeFranco E. The Influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in Women with a Prior Cesarean Delivery: A Population-Based Study. *Breastfeeding Medicine* 2013; 8(2): 181-86.
39. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*. 2013; 13:171.
40. Santos LMP, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 474-79.

Table 1 – Distribution (%) of maternal sociodemographic, prenatal care, delivery care, neonatal care, and child’s health characteristics. Northeast, Brazil, 2010

Characteristics	Categories	Northeast (n= 8,471)	
		% ^a	95%CI ^b
Maternal age (years)	≥ 35	9.5	(8.7 - 10.3)
	30 to 34	16.1	(15.1 - 17.1)
	20 to 29	55.2	(53.8 - 56.6)
	< 20	19.2	(18.1 - 20.3)
Maternal education level (years)	≥ 11	45.7	(44.3 - 47.1)
	8 to 10	28.4	(27.2 - 29.7)
	0 to 7	25.8	(24.6 - 27.1)
Maternal race/skin color	White	20.2	(19.2 - 21.3)
	Black	76.5	(75.4 - 77.7)
	Yellow / Indigenous	3.2	(2.8 - 3.7)
Prenatal care location	Public service	80.6	(79.5 - 81.7)
	Private service	19.4	(18.3 - 20.5)
Prenatal care according to PHPN criteria ^c	Complete	6.7	(6.0 - 7.4)
	Incomplete	93.3	(92.6 - 94.0)
Self-reported prenatal care quality	Very good and good	83.9	(82.9 - 85.0)
	Satisfactory/bad/very bad	16.1	(15.0 - 17.1)
Delivery location	Public service	80.7	(79.6 - 81.8)
	Private service	17.8	(16.7 - 18.9)
	Other locations	1.5	(1.2 - 1.8)
Type of delivery	Vaginal	50.8	(49.4 - 52.2)
	Caesarean	49.2	(47.8 - 50.6)
Companion before delivery	Yes	68.5	(67.2 - 69.8)
	No	31.5	(30.2 - 32.8)
Companion during delivery	Yes	29.5	(28.3 - 30.8)
	No	70.5	(69.2 - 71.7)
Companion after delivery	Yes	66.6	(65.2 - 67.9)
	No	33.4	(32.1 - 34.8)
Self-reported delivery care quality	Very good and good	78.1	(76.9 - 79.3)
	Satisfactory/bad/very bad	21.9	(20.7 - 23.1)
Breastfeeding in the first hour of life	Yes	62.4	(61.0 - 63.8)
	No	37.6	(36.2 - 39.0)
Rooming-in	Yes	85.9	(84.9 - 87.0)
	No	14.1	(13.0 - 15.1)
Child’s sex	Male	50.5	(49.1 - 51.9)
	Female	49.5	(48.1 - 50.9)
Birth weight	≥ 2,500g	93.7	(93.1 - 94.4)
	< 2,500g	6.3	(5.6 - 6.9)

^a Prevalence adjusted to represent the proportionality of participation of each child in the set of the sample for the Brazilian Northeast region, according to the census 2010 distribution.

^b 95%CI = 95% confidence interval.

^c PHPN = *Programa de Humanização do Parto e Nascimento* (Birth and Delivery Humanization Program)²⁰.

Table 2 – Crude and adjusted prevalence and prevalence ratios of breastfeeding in the first hour of life according to maternal sociodemographic, prenatal care, delivery care, and postpartum care characteristics and newborn health. Northeast. Brazil, 2010

Characteristics	Categories	PREVALENCE		PREVALENCE RATIO (PR)			
		% ^a	95%CI ^b	CRUDE PR		ADJUSTED PR ^c	
		%	95%CI	%	95%CI	%	95%CI
Maternal age (years)							
	≥ 35	63.9	(59.5 - 68.3)	1.00		1.00	
	30 a 34	65.4	(62.2 - 68.7)	1.02	(0.94 - 1.11)	1.01	(0.94 - 1.09)
	20 a 29	61.8	(59.9 - 63.7)	0.97	(0.90 - 1.04)	0.94	(0.88 - 1.01)
	< 20	60.7	(57.6 - 63.8)	0.95	(0.87 - 1.04)	0.91	(0.84 - 0.98)
Maternal education level (years)							
	≥ 11	60.8	(58.7 - 62.8)	1.00		1.00	
	8 a 10	63.2	(60.6 - 65.7)	1.04	(0.99 - 1.10)	1.03	(0.98 - 1.08)
	0 a 7	64.3	(61.6 - 67.0)	1.06	(1.00 - 1.12)	1.05	(1.00 - 1.10)
Maternal race/skin color							
	White	64.3	(61.4 - 67.2)	1.00		1.00	
	Black	61.8	(60.2 - 63.4)	0.96	(0.91 - 1.01)	0.97	(0.93 - 1.02)
	Yellow / Indigenous	63.8	(56.8 - 70.8)	0.99	(0.88 - 1.12)	0.96	(0.86 - 1.07)
Prenatal care location							
	Public service	62.8	(61.2 - 64.3)	1.00		1.00	
	Private service	60.7	(57.7 - 63.7)	0.97	(0.91 - 1.02)	0.95	(0.89 - 1.03)
Prenatal care adequacy according to PHPN criteria^d							
	Adequate	66.9	(61.6 - 72.1)	1.00		1.00	
	Inadequate	62.1	(60.6 - 63.5)	0.93	(0.86 - 1.01)	0.92	(0.86 - 0.99)
Self-reported prenatal care quality							
	Very good and good	63.8	(62.3 - 65.3)	1.00		1.00	
	Satisfactory/bad/very bad	54.7	(51.2 - 58.2)	0.86	(0.80 - 0.92)	0.93	(0.87 - 0.99)
Delivery location							
	Public service	62.5	(60.9 - 64.0)	1.00		1.00	
	Private service	61.9	(58.8 - 65.1)	0.99	(0.94 - 1.05)	1.00	(0.93 - 1.08)
	Other locations	62.6	(52.9 - 72.4)	1.00	(0.86 - 1.17)	0.99	(0.85 - 1.14)

Type of delivery					
	Vaginal	67.4 (65.4 - 69.3)	1.00		1.00
	Caesarean	57.2 (55.3 - 59.2)	0.85 (0.81 - 0.89)	0.86 (0.82 - 0.90)	
Companion before delivery					
	Yes	64.7 (63.0 - 66.3)	1.00		1.00
	No	57.4 (54.8 - 59.9)	0.89 (0.84 - 0.93)	0.97 (0.92 - 1.02)	
Companion during delivery					
	Yes	68.1 (65.8 - 70.5)	1.00		1.00
	No	60.0 (58.3 - 61.7)	0.89 (0.84 - 0.93)	0.93 (0.89 - 0.97)	
Companion after delivery					
	Yes	65.3 (63.6 - 66.9)	1.00		1.00
	No	56.6 (54.1 - 59.1)	0.87 (0.82 - 0.91)	0.92 (0.87 - 0.96)	
Self-reported delivery care quality					
	Very good and good	64.7 (63.2 - 66.3)	1.00		1.00
	Satisfactory/bad/very bad	53.9 (50.8 - 57.1)	0.83 (0.78 - 0.89)	0.91 (0.86 - 0.96)	
Rooming-in					
	Yes	71.1 (69.7 - 72.5)	1.00		1.00
	No	9.1 (6.9 - 11.2)	0.13 (0.10 - 0.16)	0.13 (0.11 - 0.17)	
Child's sex					
	Male	62.1 (60.1 - 64.0)	1.00		1.00
	Female	62.7 (60.7 - 64.6)	1.01 (0.97 - 1.06)	0.99 (0.96 - 1.03)	
Birth weight					
	≥ 2.500g	63.6 (62.2 - 65.1)	1.00		1.00
	< 2.500g	43.5 (38.0 - 49.0)	0.68 (0.60 - 0.78)	0.94 (0.85 - 1.05)	

^a Prevalence adjusted to represent the proportionality of participation of each child in the set of the sample for the Brazilian Northeast region, according to the census 2010 distribution.

^b 95%CI = 95% confidence interval.

^c Adjusted for all variables in the model with $p < 0.05$.

^d PHPN = *Programa de Humanização do Parto e Nascimento* (Birth and Delivery Humanization Program)²⁰.

4.2 ARTIGO 2

Artigo aceito para publicação, em português e inglês, na Revista Brasileira de Epidemiologia.

Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida no Nordeste do Brasil, 2010

Factors related to health services determine breastfeeding in the first hour of life. Federal District, Brazil, 2011

Naíza Nayla Bandeira de Sá^I

Muriel Bauermann Gubert^{II}

Wallace dos Santos^{III}

Leonor Maria Pacheco Santos^{IV}

^IPrograma de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Bolsista de Pós Doutorado no Exterior. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil.

^{III}Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

^{IV}Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Naíza Nayla Bandeira de Sá. Estrada da Vila Nova, Chácara Rosa do Campo, n. 09. Apt. 304, Bloco F. Cidade Nova, CEP: 67130-600, Ananindeua, Pará, Brasil.
E-mail: naizasa@ufpa.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal.

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida.

Métodos: Estudo transversal, realizado junto às mães e crianças menores de um ano de idade, que compareceram à segunda etapa da campanha de poliomielite no Distrito Federal, Brasil, em 2011. A amostra estudada foi de 1.027 pares (mães e filhos). Considerou-se como variável dependente o aleitamento materno na primeira hora de vida e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas da mãe, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, referência à violência física, verbal e negligência no momento do parto e saúde da criança. As razões de prevalência (RP), brutas e ajustadas, foram utilizadas como medida de associação, calculadas por regressão de Poisson. **Resultados:** Foi encontrada prevalência de 77,3% de aleitamento materno na primeira hora de vida. Não ter realizado pré-natal de forma adequada (RP = 0,72), ter tido cesariana (RP = 0,88) e mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto (RP = 0,28) foram fatores que interferiram negativamente no aleitamento materno na primeira hora. Nenhuma característica materna e da criança esteve associada ao aleitamento materno na primeira hora. **Conclusão:** Fatores ligados aos serviços de saúde, como assistência ao pré-natal, tipo de parto e alojamento conjunto, interferiram no aleitamento materno na primeira hora, indicando que as práticas dos serviços e dos profissionais de saúde foram os principais determinantes do aleitamento materno na primeira hora.

Palavras-chaves: Aleitamento materno. Vacinação em massa. Serviços de saúde. Saúde materno-infantil. Cuidado pré-natal. Alojamento conjunto.

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with breastfeeding in the first hour of life.

Methods: A cross-sectional study conducted among mothers and children under one year of age, who attended the second phase of the polio vaccination campaign in the Federal District, Brazil, in 2011. The sample was composed of 1,027 mother-children pairs. Breastfeeding within one hour of birth was considered as the dependent variable; and the independent variables were: socio-demographic characteristics of the mother, prenatal, delivery and postpartum care, reference to physical or verbal violence/neglect during delivery, and children health. Unadjusted and adjusted prevalence ratios (PR) were used as measures of association, calculated by Poisson regression. **Results:** The prevalence of breastfeeding within one hour of birth was 77.3%. Inadequate prenatal care (PR = 0.72), cesarean section (PR = 0.88) and no access to rooming-in after birth (PR = 0.28) were factors that interfered negatively in breastfeeding within one hour of life. No maternal and child's characteristics were associated with breastfeeding in the first hour of life. **Conclusions:** Factors related to health services such as prenatal care, type of delivery and postpartum rooming-in interfered with breastfeeding within one hour of birth, indicating that health services, as well health professional practices were major determinants the breastfeeding within one hour of birth.

Keywords: Breastfeeding. Mass vaccination. Health services. Maternal and children health. Prenatal care. Rooming-in care.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que imediatamente após o parto deve ser oportunizado à mãe e à criança o contato pele a pele entre ambos, sendo esse o período em que as mães devem ser orientadas quanto ao reconhecimento do momento em que seus filhos estão prontos para mamar pela primeira vez^{1,2}.

O aleitamento materno (AM) garante às crianças os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudável e seus benefícios podem ser observados além da primeira infância. Estudo recente realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, apontou que crianças que mamaram durante 12 ou mais meses apresentaram maior coeficiente de inteligência, escolaridade e renda aos 30 anos de idade, em relação às crianças que mamaram por menos de um mês³.

O início precoce do AM, na primeira hora de vida, proporciona ao recém-nascido benefícios imunológicos, psicossociais, fortalecimento do vínculo materno-infantil⁴, além de aumentar a probabilidade da criança receber o colostro, que é altamente nutritivo, de fácil digestão e apresenta propriedades imunológicas substanciais para essa fase da vida⁵. Desta forma, o aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPH) é considerado como um importante fator de proteção para a mortalidade neonatal⁶. Os principais achados de um estudo conduzido em Gana, África, nos anos de 2003 a 2004, apontaram que 16,3% dos óbitos neonatais poderiam ser evitados se a amamentação iniciasse no primeiro dia de vida e 22,3% se o aleitamento materno fosse realizado na primeira hora de vida⁷.

Revisão sistemática de literatura, realizada por Esteves et al.⁸, indicou que a prevalência de AMPH variou de 11,4% em uma província na Arábia Saudita⁹ a 83,3% no Sri Lanka¹⁰. Dados da II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e

Distrito Federal (DF) apontaram que 67,7% das crianças mamaram na primeira hora de vida nas capitais brasileiras em 2008¹¹. A Pesquisa Nascer no Brasil, realizada nas cinco macrorregiões do país, no período de 2011 a 2012, encontrou prevalência de 50,4% de AMPH entre os recém-nascidos na região Centro-Oeste¹².

A equipe de saúde tem o papel de ajudar e apoiar o par mãe e filho para que o AMPH ocorra de forma adequada^{1,2}. A literatura tem indicado que as práticas dos profissionais de saúde^{8,13-18}, bem como a organização e gestão dos serviços de saúde, são determinantes para o início precoce da amamentação¹². Mães que fizeram o pré-natal¹³, que foram aconselhadas durante o pré-natal sobre AM¹⁸ e que receberam auxílio dos profissionais de saúde no pós-parto para o AM foram mais propensas a amamentar seus filhos na primeira hora^{16,17}. No que se refere aos serviços de saúde, foram indicados como fatores protetores para o aleitamento na primeira hora de vida: permitir acompanhante no parto, ter parto financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e nascer em hospitais que tenham o título Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)¹².

Poucos estudos investigaram os fatores associados ao AMPH para a população brasileira^{15,18-22} e nenhum na região Centro Oeste. Desta forma, este estudo objetivou conhecer a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida, bem como os fatores que interferiram nessa prática no DF, capital do país, em 2011.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado em agosto de 2011, durante a segunda etapa da campanha de poliomielite no DF. Os sujeitos de pesquisa foram pares de mães e seus filhos, com idade entre 0 e 12 meses, que compareceram às unidades de saúde selecionadas conforme o planejamento amostral.

A amostra aplicada foi por conglomerado, com seleção em dois estágios e probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado. Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se a prevalência conservadora de 50%, em razão dos diversos indicadores investigados, além do nível de confiança de 95% e do erro amostral máximo de 4%. O cálculo resultou em um tamanho amostral de 1.170 pares mãe e filho, já levando em conta uma perda amostral de até 30% e corrigindo o efeito do plano amostral (EPA) igual a 1,5.

A seleção do primeiro estágio amostral (postos de vacinação) foi realizada de forma que houvesse a representatividade de todas as regiões administrativas (RA) do DF que possuíssem, em seu território, postos de vacinação elegíveis para participar do inquérito: (1) estar localizado em perímetro urbano; (2) ser posto fixo; e (3) dispor dos dados da campanha de multivacinação realizada em junho de 2010 no DF. A seleção de postos elegíveis resultou em um total de 25 postos de vacinação a serem pesquisados, distribuídos em 21 das 30 RA que o DF possuía em 2011.

O segundo estágio referiu-se à seleção sistemática dos pares mãe e filho na fila de vacinação, na data da pesquisa. Calculou-se o intervalo amostral para cada unidade de coleta selecionada, de acordo com a estimativa de comparecimento baseada no número de crianças

vacinadas naquela unidade na campanha do ano anterior. O intervalo pré-determinado variou de 1:2 até 1:10 crianças, para atingir a meta amostral em cada posto de vacinação. A equipe de coordenação monitorou, durante todo o Dia D, a obtenção do tamanho amostral em cada unidade de coleta. Nos casos em que se constatou uma procura por vacinação menor do que o esperado, diminuiu-se o intervalo de seleção para atingir a meta amostral em intervalos menores aos pré-determinados, o que ocorreu em 9 dos 25 postos de vacinação (36,0%), contudo, preservaram-se os critérios de inclusão e aleatoriedade da amostra.

Os pares mãe e filho elegíveis para esta pesquisa foram aqueles cuja criança tinha idade inferior a um ano e estava acompanhada pela mãe; deviam ser residentes na RA em que o posto de vacinação estava localizado; não apresentar doença ou imobilização que interferisse na aferição do peso e estatura de ambos; não ser gêmeo e nem filho adotivo. Se a mãe elegível estivesse com mais de um filho menor de um ano, o mais velho era o selecionado para participar do estudo. Para a análise, foram excluídos 143 pares mãe e filho com dados inconsistentes ou sem informação sobre o AMPH, restando 1.027 pares para o estudo.

O fator de ponderação foi calculado conforme o número de crianças menores de um ano de idade vacinadas na segunda etapa da campanha de poliomielite no DF, utilizando-se os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do DF, além do desenho da amostra, tendo os postos de saúde como unidade primária de amostragem. A cobertura da segunda etapa da campanha de vacinação contra poliomielite, na faixa etária de crianças menores de 12 meses no DF, realizada em 2011, momento em que os dados deste estudo foram coletados, foi igual a 97,9%, variando de 67,1% na RA Asa Norte a 151,1% na RA Lago Norte²³. A alta cobertura contribui para reduzir o viés de seleção nesse tipo de estratégia de coleta de dados²⁴.

Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário testado previamente, adaptado da Chamada Neonatal realizada nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste brasileiros²⁵, aplicado à mãe da criança, acrescido de um módulo sobre violência no parto²⁶. O formulário foi preenchido digitalmente pelos entrevistadores, que foram estudantes ou profissionais da área da saúde, com a utilização de um *Personal Digital Assistant* (PDA). A pesquisa investigou vários fatores relacionados ao pré-natal, parto, saúde da mulher e criança. No presente estudo foram utilizadas as questões sobre as características sociodemográficas da mãe (idade, escolaridade e raça/cor materna); assistência ao pré-natal (pré-natal adequado e avaliação da usuária sobre a qualidade da assistência ao pré-natal), assistência ao parto (tipo de serviço de realização do parto, tipo de parto, presença de acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto, violência durante o parto e avaliação da usuária sobre a qualidade da assistência ao parto) e assistência ao puerpério (alojamento conjunto e aleitamento materno na primeira hora de vida); saúde da criança e suas características (sexo da criança, peso ao nascer, idade gestacional e índice de Apgar no 5º minuto).

Classificação das variáveis de estudo

O aleitamento materno na primeira hora de vida, variável dependente deste estudo, foi respondido pela mãe por meio da pergunta: “A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?”, sendo a resposta classificada em “não” ou “sim”.

A idade da mãe foi classificada em quatro faixas etárias: 14 a 19, 20 a 29, 30 a 34 e \geq 35 anos de idade. A escolaridade materna foi classificada em três níveis: 0 a 8, 9 a 11 e \geq 12 anos de anos de estudo. A cor da pele foi classificada em três categorias: branca, negra ou amarela/indígena, considerada *proxy* da situação socioeconômica.

A conformidade da assistência prestada no pré-natal foi classificada conforme modelo proposto por Leal et al.²⁷, que tiveram como base os indicadores de processo do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal (PHPN). Desta forma, a assistência pré-natal foi classificada em duas categorias. Considerou-se o pré-natal adequado quando a mulher atendeu aos 11 critérios estabelecidos, sendo estes: (1) ter iniciado no primeiro trimestre gestacional; (2) ter realizado seis ou mais consultas; (3) peso aferido em todas as consultas; (4) pressão arterial sistêmica aferida em todas as consultas; (5) realizou análise de urina; (6) realizou hemograma; (7) realizou glicemia; (8) fez teste para sífilis e recebeu o resultado em até 15 dias; (9) fez teste para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e recebeu o resultado em até 15 dias; (10) foi orientada sobre aleitamento materno; e (11) recebeu orientação sobre o local para a realização do parto. O pré-natal foi inadequado na ausência de qualquer um desses cuidados. A avaliação da usuária da qualidade do pré-natal e do parto foi classificada em: muito boa/boa; satisfatória; ou ruim/muito ruim. O tipo de parto foi categorizado, conforme a via de parto, em duas categorias: vaginal ou cesáreo.

Os indicadores de violência na relação parturiente e profissionais de saúde foram analisados segundo método utilizado por Souza²⁶. Considerou-se violência física quando a entrevistada respondeu sim a uma das questões: Na hora do parto algum profissional (a) fez o exame do toque de forma dolorosa?; (b) bateu em você?; (c) te empurrou?; (d) te amarrou? A violência verbal foi identificada quando a parturiente respondeu sim para qualquer uma das perguntas: Na hora do parto algum profissional (a) gritou com você?; (b) disse algo parecido com: Não chora não! Ano que vem você estará aqui de novo?; (c) na hora de fazer você não

chorou, nem chamou a mamãe. Por que está chorando agora?; (d) se gritar eu paro o que estou fazendo e não vou te atender mais?; (e) se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném. Ele vai nascer surdo? Enquanto a negligência foi identificada quando as mulheres responderam sim a uma das questões: algum profissional de saúde: (a) deixou de oferecer alívio para a sua dor?; (b) negou atendimento?; e (c) não te informou sobre procedimentos aos quais você estava sendo submetida? Quando a entrevistada respondeu não para todas as questões de cada um dos blocos (violência verbal, física e negligência), categorizou-se como “não”.

No que se refere às características das crianças, foram consideradas como baixo peso crianças com peso ao nascer < 2.500 g; a idade gestacional foi classificada em três categorias: pré-termo, quando a criança nasceu antes da 37^a semana de gestação; a termo, considerado quando a criança nasceu entre a 37^a e 41^a semana de gestação; pós-termo, no caso do nascimento ter ocorrido após a 42^a de gestação²⁸. O índice de Apgar no 5º minuto foi classificado em duas categorias: 8 a 10 (sem asfixia) e menor que 8 (com asfixia em algum grau)²⁹.

Análise de dados

Todas as estimativas apresentadas foram calculadas com os pesos pós-estratificação. Inicialmente, calculou-se a distribuição da população segundo as variáveis estudadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). A prevalência de AMPH foi calculada segundo as características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, referência à violência física, verbal e negligência no momento do parto e da saúde da criança.

Posteriormente, foram calculadas para todas as variáveis do estudo as razões de prevalência (RP), brutas e ajustadas, para todas as variáveis do modelo, de AMPH por regressão log-linear de Poisson considerando-se IC95% e $p < 0,05$. Para o cálculo das razões ajustadas considerou-se AMPH como variável dependente e todas as demais variáveis como independentes, tendo como categoria de referência a de maior proteção para a amamentação na primeira hora de vida. As análises dos dados foram realizadas com auxílio do software estatístico Stata versão 12.0, utilizando-se comandos *survey* que consideram a complexidade amostral.

Aspectos éticos

A pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade de Brasília com o protocolo nº 130/10 de 9 de fevereiro de 2011. Todas as mães participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Do total de 1.027 entrevistadas, 77,3% amamentaram na primeira hora de vida. A maioria da amostra não fez o pré-natal de forma adequada (78,4%), porém avaliou a

qualidade do seu pré-natal como boa e muito boa (85,9%). No que se refere ao atendimento ao parto, 61,5% dos partos foram cesáreos. A violência verbal por parte dos profissionais de saúde no momento no parto foi referida por 17,8% das parturientes, seguida da violência física (17,3%) e negligência (16,7%); por outro lado, 80,0% das mulheres classificaram a qualidade do atendimento ao parto como boa e muito boa. Quanto às características das crianças menores de 1 ano de idade, 91,8% nasceram com peso maior ou igual a 2.500 g e a maioria nasceu a termo (80,7%) (Tabela 1).

Todas as mulheres que foram classificadas como tendo realizado o pré-natal adequado praticaram AMPH. A prevalência de AMPH também foi significativamente maior entre mulheres que tiveram parto vaginal (84,4%), que permaneceram em alojamento conjunto com seus filhos no pós-parto (83,8%) e entre as de menor escolaridade (82,0%). Crianças que nasceram com peso maior ou igual a 2.500 g tiveram maior prevalência de AMPH, assim como aquelas com presença de acompanhante no pós-parto. Após o ajuste para todas as variáveis do estudo, observou-se que não ter realizado o pré-natal de forma adequada e ter feito cirurgia cesárea diminuíram a probabilidade de AMPH em 28% e 12%, respectivamente. Mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto reduziu em 72% a probabilidade de AMPH (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Neste estudo, os fatores que interferiram negativamente no AM na primeira hora de vida, após o ajuste para todas as variáveis do modelo, referem-se à prestação da assistência ao

pré-natal (não ter realizado pré-natal de forma adequada), ao parto (ter feito cirurgia cesárea) e ao puerpério (mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto).

A prevalência de AMPH encontrada neste estudo para o DF (77,3%) está acima da prevalência encontrada para o Brasil, para a região Centro-Oeste e para o DF em estudos anteriores. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008, apontou que 67,7%, do total de crianças mamaram na primeira hora de vida, sendo que no DF a prevalência observada foi 72,5%³⁰. Dados de 2006 da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) demonstraram que 43,0%, das crianças mamaram na primeira hora de vida no Brasil, já na região Centro-Oeste, essa prevalência foi igual a 39,7%. Entretanto, a comparação dos dados deste estudo com a PNDS é limitada, uma vez que as faixas etárias das crianças incluídas nas duas pesquisas são diferentes³¹.

Das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, 21,6% não realizaram o pré-natal de forma adequada, segundo os critérios do PHPN, entretanto, 85,9% das entrevistadas avaliaram a qualidade da assistência recebida durante o pré-natal como muito boa ou boa. Leal et al.²⁷, em estudo realizado na Amazônia Legal e no Nordeste, apontaram que apenas 3,4% das entrevistadas tiveram acesso a um pré-natal classificado como adequado. Em pesquisa no Rio de Janeiro, Domingues et al.³² verificaram adequação de pré-natal em apenas 38,5% das grávidas investigadas. A diferença encontrada entre os estudos pode ser explicada, em parte, por diferenças amostrais, de acesso aos serviços de saúde e por diferentes critérios para classificação de assistência pré-natal adequada ou não. No que se refere ao grau de satisfação da assistência recebida durante o pré-natal, sabe-se que ele é influenciado pela expectativa de atendimento que cada indivíduo possui, o que na maioria das vezes não reflete a qualidade da assistência recebida, entretanto, é considerado um importante indicador para o controle social³³. A literatura tem apontado que a satisfação das mulheres com a qualidade do atendimento pré-natal está relacionada ao número de consultas realizadas³⁴, bem como a

comunicação eficiente, a atenção, a confiança e o respeito dos profissionais de saúde para com elas³⁵.

Todas as entrevistadas classificadas como tendo realizado pré-natal adequado amamentaram na primeira hora de vida. O acesso a consultas médicas durante o pré-natal tem sido apontado na literatura como fator protetor para o AMPH^{13,36}. Dados da PNDS de Uganda, realizado em 2006, apontaram que as mulheres que buscaram atendimento pré-natal tiveram maior probabilidade de AMPH (6 a 7%) quando comparadas às que referiram não buscar atendimento durante o pré-natal³⁷. Estudo transversal conduzido no Rio de Janeiro indicou que fazer o pré-natal foi um fator protetor para a não AMPH (RP = 0,23)¹⁹.

Diversos estudos têm apontado que os profissionais de saúde, por meio de suas práticas e ações, exercem influência tanto no início do aleitamento materno, quanto na sua duração^{38,39}. Ser orientada sobre aleitamento materno por profissionais de saúde logo após o parto aumentou a chance da mulher amamentar na primeira hora de vida¹⁷. Boccolini et al.²⁰ constataram que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre a amamentação de seus filhos na primeira hora de vida, ficando limitadas às práticas dos profissionais envolvidos no parto e às rotinas institucionais vigentes nas maternidades. Realizar procedimentos hospitalares inadequados em recém-nascidos saudáveis, como aspiração de vias aéreas e gástricas imediatamente após o parto⁵ e fornecer alimentos pré-lácteos para a criança⁹ também têm sido apontados na literatura como fatores que podem interferir no início do AM, o que reforça a importância da recomendação da OMS que preconiza que a mãe e o filho não devem ser separados na sala de parto, exceto se existir um motivo de saúde que justifique tal ação¹. A prática profissional no momento do parto, desta forma, torna-se crucial para o AMPH.

A cirurgia cesárea também foi fator relacionado à menor prevalência de AM na primeira hora. Boccolini et al.²⁰ verificaram essa mesma tendência no Rio de Janeiro. A cesariana influencia no adiamento da primeira mamada^{40,41} por diversos fatores, dentre eles os

relacionados à anestesia e ao próprio procedimento cirúrgico²⁰. A prevalência de cirurgia cesárea neste estudo foi elevada (61,5%), maior do que a observada no Brasil (55,4%)⁴¹, o que aponta para a necessidade de revisão das práticas profissionais em relação à eleição da cesariana como procedimento de rotina, uma vez que, em 2008, o Brasil contribuiu com 15% do total de cesarianas desnecessárias ocorridas no mundo⁴².

A prevalência do AMPH foi maior entre os pares mães e filhos que permaneceram em alojamento conjunto (AC) (83,8%), mantendo a associação (RP = 0,28) mesmo após o ajuste para todas as variáveis do estudo. O alojamento conjunto é um ambiente hospitalar que permite a convivência do binômio mãe e filho durante todo o tempo⁴³. Diversos estudos têm apontado a importância do AC no ato de amamentar, fornecendo maior segurança à mãe em relação à pega e posição correta para a amamentação, autonomia para entender e cuidar da criança, além de proporcionar maior interação entre as puérperas e os profissionais de saúde, que podem aproveitar esse ambiente para abordar temas indispensáveis para a maior eficácia do AM^{44,45}. Revisão sistemática Cochrane constatou que a prevalência de AM exclusivo, até o quarto dia antes da alta hospitalar, foi maior entre as mulheres que permaneceram em AC do que entre as que ficaram separadas de seus filhos⁴⁶.

Embora neste estudo a violência física, verbal e negligência relatadas pela mulher durante o parto não tenham sido associadas ao AMPH, esses são fatores importantes a serem considerados em outros estudos, uma vez que as práticas dos profissionais de saúde foram associadas ao início precoce do AM. É necessário proporcionar cuidado e ambiente adequados à saúde da mulher, que no momento do parto se encontra mais vulnerável física e emocionalmente, priorizando a humanização do parto e colocando a mulher como sujeito da atenção, que muitas vezes fica centralizada somente no recém-nascido e à mercê das práticas dos profissionais de saúde^{47,48}. Alguns autores sugeriram que experiências estressantes no parto podem retardar o início da amamentação⁴⁹, entretanto, nenhum desses estudos

investigou a existência de associação entre violência no parto e AMPH, sendo o presente artigo pioneiro ao investigar essa associação. Torna-se, desta forma, necessária a realização de novas pesquisas para que esse fator seja melhor elucidado.

CONCLUSÃO

A realização de pesquisas durante a campanha de vacinação tem sido uma estratégia amplamente utilizada no Brasil, uma vez que apresenta como principais vantagens a obtenção de dados de forma rápida, custo relativamente baixo, mobilização e envolvimento dos gestores locais^{11,24,27}. Entretanto, esse tipo de pesquisa somente pode ser realizada se o Programa Nacional de Imunização mantiver a continuidade do “dia D” nas campanhas de vacinação.

No que se refere às principais limitações deste estudo, pode-se citar o fato da Chamada DF não ter tido como principal objeto de investigação os fatores associados ao AMPH, o que limitou a inclusão de outras informações importantes e que poderiam estar associadas a esse desfecho, como: se a mãe teve ajuda para colocar a criança no peito, se o AM ocorreu ainda na sala de parto, se foram realizados procedimentos hospitalares inadequados em recém nascidos saudáveis, como aspiração de vias aéreas e faringe, dentre outros aspectos, além da não inclusão da população residente em áreas rurais do DF.

As práticas dos serviços e dos profissionais de saúde, em todas as etapas da atenção integral à saúde do binômio mãe e filho, são determinantes para o AMPH. É necessário que seja oportunizado às mulheres assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério, para que essas, empoderadas, assumam papel ativo e sejam protagonistas nas decisões referentes à sua

saúde e de seus filhos durante a internação para o parto. Os achados deste estudo podem subsidiar melhorias no planejamento e na gestão dos serviços de saúde a fim de promover o AM desde a primeira hora de vida. Os autores deste manuscrito declaram não haver conflito de interesse. Este estudo foi financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

1. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF), World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital self-appraisal and monitoring. Geneva: UNICEF/WHO; 2009.
2. World Health Organization (WHO). Maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO Guidelines Review Committee. Handbook for guideline development. Geneva: WHO; 2012.
3. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet* 2015; 3(4): 199-205.
4. World Health Organization (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO; 2003.
5. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF), World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff. Geneva: WHO; 2009.
6. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr* 2013; 89(2): 131-6.
7. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3): 380-6.

8. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(4): 697-703.
9. El-Gilany AH, Sarraf B, Al-Wehady A. Factors associated with timely initiation of breastfeeding in Al- Hassa province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2012; 18(3): 250-4.
10. Senarath U, Siriwardena I, Godakandage SS, Jayawickrama H, Fernando DN, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding practices: an analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007. *Matern Child Nutr* 2012; 8(3): 315-29.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): 128-39.
13. Patel A, Badhoniya N, Khadse S, Senarath U, Agho KE, Dibley MJ, et al. Infant and young child feeding indicators and determinants of poor feeding practices in India: secondary data analysis of National Family Health Survey 2005-06. *Food Nutr Bull* 2010; 31(2): 314-33.
14. Oliveira MI, Silva KS, Gomes Junior SC, Fonseca VM. Delivering rapid HIV tests results after delivery: a threat to breastfeeding at birth. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1): 60-9.
15. Will TK, Arndt JG, Torres GG, Andrade JR, Pereira TSS, Molina MCB. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Promoc Saúde* 2013; 26(2): 274-80.
16. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. *Int Breastfeed J* 2014; 9: 8.
17. Setegn T, Gerbaba M, Belachew T. Determinants of timely initiation of breastfeeding

among mothers in Goba Woreda, South East Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11: 217.

18. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010; 10: 760.

19. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(2): 525-34.

20. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcelos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(1): 69-78.

21. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(11): 2681-94.

22. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2008; 8(1): 35-43.

23. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório estatístico Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde; 2011.

24. Santos LM, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ* 2008; 86(6): 474-9.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

26. Souza KJ. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
27. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2015; 15(1): 91-104.
28. Ballard JL, Khoury JC, Weding K, Wang L, Eilers-Ealsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991; 119(3): 417-23.
29. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg* 1953; 32(4): 260-7.
30. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr* 2010; 86(4): 317-24.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
32. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3): 425-37.
33. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6): 1267-76.
34. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(Esp): 255-62.
35. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(3): 479-87.

36. Mahrshahi S, Kabir I, Roy SK, Agho KE, Senarath U, Dibley MJ, et al. Determinants of infant and young child feeding practices in Bangladesh: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2004. *Food Nutr Bull* 2010; 31(2): 295-313.
37. Bbaale E. Determinants of early initiation, exclusiveness, and duration of breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr* 2014; 32(2): 249-60.
38. Regan J, Thompson A, DeFranco E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. *Breastfeed Med* 2013; 8(2): 181-6.
39. Holbrook KE, White MC, Heyman MB, Wojcicki J. Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2013; 8(1): 7-14.
40. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth* 2010; 37(4): 275-79.
41. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): 101-16.
42. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. World Health Report. Health systems financing. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva; 2010.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Normas básicas de alojamento conjunto. Brasília: Diário Oficial da União.
44. Beck AMO, Assunção KO, Barbosa LR, Gomes E. Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012; 17(4): 464-8.

45. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LLD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery* 2014; 18(2): 257-61.
46. Jaafar SH , Lee KS , Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD006641.
47. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres TA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): 154-68
48. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 (Suppl): S8-10.
49. Foster DA, McLachlan HL. Breastfeeding initiation and birth setting practices: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(3): 273-80.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, parto, puerpério, referência à violência no momento do parto e saúde da criança. Distrito Federal, Brasil, 2011

Table 1 - Mother's socio-demographic characteristics, prenatal, delivery, postpartum health assistance, reference to violence at delivery and child health. Federal District, Brazil, in 2011

Característica*	Categoria	%**	IC_{95%}
Idade materna (anos) (n = 1.027)	≥ 35	21,7	17,8 – 25,6
	30 a 34	23,2	19,6 – 26,9
	20 a 29	40,9	36,6 – 45,2
	14 a 19	14,1	10,6 – 17,7
Escolaridade materna (anos) (n = 1.027)	≥ 12	37,6	33,4 – 41,9
	9 a 11	43,3	38,9 – 47,8
	0 a 8 anos	19,0	15,3 – 22,8
Raça/cor materna (n = 1.027)	Branca	35,2	31,0 – 39,4
	Negra	59,9	55,6 – 64,3
	Amarela/indígena	4,9	2,9 – 6,9
Pré-natal adequado (n = 1.027)	Sim	21,6	18,2 – 25,1
	Não	78,4	74,9 – 81,8
Avaliação da usuária da qualidade da assistência ao pré-natal (n=1.017)	Muito boa/boa	85,9	82,9 – 88,9
	Satisfatória	11,2	8,5 – 13,9
	Ruim/muito ruim	2,9	1,5 – 4,3
Tipo de serviço de realização do parto (n=1.027)	Serviço público	57,4	53,1 – 61,7
	Serviço privado	42,6	38,3 – 46,9
Tipo de parto (n=1.027)	Vaginal	38,5	34,0 – 42,9
	Cesáreo	61,5	57,0 – 65,9
Presença de acompanhante			
	No pré-parto (n=1.027)	Sim	70,5
	Não	29,5	25,5 – 33,5
No parto (n=1.027)	Sim	48,6	44,2 – 53,1
	Não	51,4	46,9 – 55,8
No pós-parto (n=1.027)	Sim	70,0	65,8 – 74,3
	Não	30,0	25,7 – 34,2
Violência física durante o parto (n=1.022)	Sim	17,3	13,8 – 20,8
	Não	82,7	79,2 – 86,2
Violência verbal durante o parto (n=1.022)	Sim	17,8	14,2 – 21,4
	Não	82,2	78,6 – 85,8
Negligência durante o parto (n=1.022)	Sim	16,7	13,1 – 20,2
	Não	83,3	79,8 – 86,9
Alojamento conjunto (n=1.027)	Sim	89,9	87,5 – 92,2
	Não	10,1	7,8 – 12,5
Mamada na primeira hora (n=1.027)	Sim	77,3	73,8 – 80,8
	Não	22,7	19,2 – 26,2
Avaliação da usuária da qualidade do atendimento ao parto (n=1.027)	Muito boa/boa	80,0	76,2 – 83,7
	Satisfatória	12,1	8,9 – 15,2
	Ruim/muito ruim	8,0	5,5 – 10,4
Sexo da criança (n=1.027)	Masculino	48,7	44,2 – 53,2
	Feminino	51,3	46,8 – 55,8
Peso ao nascer (n=1.009)	≥ 2.500 g	91,8	89,6 – 94,0
	< 2.500 g	8,2	6,0 – 10,4
Idade Gestacional (n=1.027)	A termo	80,7	77,3 – 84,0
	Pré-termo	7,2	5,2 – 9,2
	Pós-termo	12,1	9,3 – 15,0
Apgar 5º minuto (n=1.027)	≥ 8	91,5	89,0 – 94,0
	< 8	8,5	6,0 – 11,0

*Amostra estudada sem ponderação; **prevalência ajustada para representar todas as crianças menores de um ano de idade vacinadas no Distrito Federal em 2011; IC95%: intervalo de confiança de 95%. *Unweighted sample; **prevalence adjusted to represent all children under one year of age vaccinated in the Federal District in 2011; 95%CI: 95% confidence interval

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida segundo características sociodemográficas da mãe, da assistência ao pré-natal, parto, puerpério, referência à violência no momento do parto e saúde da criança. Distrito Federal, Brasil, 2011

Table 2. Prevalence and prevalence ratio of breastfeeding in the first hour of life according to socio-demographic characteristics of the mother, prenatal care, delivery, postpartum health assistance, reference to violence at delivery and child health. Federal District, Brazil, in 2011

Característica	Categoria	Aleitamento materno na primeira hora de vida							
		%*	IC95%	RP bruta	IC95%	Valor p	RP ajustada**	IC95%	Valor p
Idade Materna (anos)						0,6540			0,0750
	≥ 35	79,0	70,1 – 87,9	1			1		
	30 a 34	75,9	70,3 – 81,6	0,96	0,84 – 1,10		0,97	0,85 – 1,10	
	20 a 29	75,7	68,6 – 82,8	0,96	0,83 – 1,11		1,00	0,88 – 1,15	
	14 a 19	80,5	73,5 – 87,4	1,02	0,88 – 1,17		1,09	0,96 – 1,25	
Escolaridade materna (anos)						0,0380			0,0310
	≥ 12	72,6	66,3 – 78,9	1			1		
	9 a 11	79,3	74,6 – 84,1	1,09	0,98 – 1,21		1,10	0,97 – 1,26	
	0 a 8 anos	82,0	75,1 – 89,0	1,13	1,00 – 1,28		1,16	0,99 – 1,36	
Raça/cor materna						0,4090			0,4880
	Branca	72,7	66,1 – 79,3	1			1		
	Negra	81,2	77,3 – 85,0	1,12	1,01 – 1,24		1,08	0,99 – 1,19	
	Amarela/ indígena	63,3	43,5 – 83,1	0,87	0,63 – 1,21		0,92	0,74 – 1,16	
Pré-natal adequado						p < 0,001			p < 0,001
	Sim	100,	0,0 – 0,0	1			1		
	Não	71,0	66,7 – 75,4	0,71	0,67 – 0,76		0,72	0,67 – 0,78	
Avaliação da usuária da qualidade da assistência ao pré-natal						0,1200			0,2590
	Muito boa/boa	78,7	75,0 – 82,4	1			1		
	Satisfatória	69,2	57,4 – 80,9	1,08	0,98 – 1,19		0,88	0,75 – 1,03	
	Ruim/muito ruim	69,1	48,2 – 90,0	1,08	0,92 – 1,27		1,06	0,89 – 1,27	

Tipo de serviço de do parto						0,1370		0,5780
	Público	79,6	75,0 – 84,1	1			1	
	Privado	74,2	68,9 – 79,6	0,93	0,85 – 1,02		0,97	0,83 – 1,12
Tipo de parto						0,0010		0,0100
	Vaginal	84,4	79,7 – 89,1	1			1	
	Cesáreo	72,9	68,1 – 77,6	0,86	0,79 – 0,94		0,88	0,80 – 0,97
Acompanhante no pré-parto						0,9370		0,1390
	Sim	77,2	73,0 – 81,5	1			1	
	Não	77,5	71,5 – 83,5	1,00	0,91 – 1,10		0,93	0,84 – 1,03
Acompanhante no						0,6050		0,6640
	Sim	76,4	71,4 – 81,3	1			1	
	Não	78,2	73,3 – 83,1	1,02	0,94 – 1,12		0,95	0,84 – 1,08
Acompanhante no pós-parto						0,0370		0,5650
	Sim	75,1	70,8 – 79,5	1			1	
	Não	82,4	77,1 – 87,7	1,10	1,01 – 1,20		1,03	0,94 – 1,14
Violência física durante o parto						0,1840		0,6550
	Não	78,5	74,7 – 82,2	1			1	
	Sim	71,4	62,1 – 80,8	0,91	0,79 – 1,05		0,96	0,85 – 1,08
Violência verbal durante o parto						0,7050		0,6960
	Não	77,0	73,1 – 80,9	1			1	
	Sim	78,7	70,8 – 86,6	1,02	0,91 – 1,14		1,03	0,92 – 1,15
Negligência durante o parto						0,3440		0,8130
	Não	78,1	74,3 – 81,9	1			1	
	Sim	73,1	63,8 – 82,5	0,94	0,82 – 1,07		0,98	0,88 – 1,09
Alojamento conjunto						p < 0,001		p < 0,001
	Sim	83,8	80,6 – 87,1	1			1	
	Não	19,3	10,7 – 27,9	0,23	0,15 – 0,36		0,28	0,18 – 0,44
Avaliação da usuária da qualidade do atendimento ao parto						0,8840		0,5610
	Muito boa/boa	77,1	73,1 – 81,0	1			1	
	Satisfatória	79,3	69,5 – 89,0	1,03	0,90 – 1,18		1,05	0,95 – 1,16
	Ruim/muito ruim	76,7	65,5 – 87,9	0,08	0,85 – 1,16		1,05	0,90 – 1,22
Sexo da criança						0,1350		0,9719
	Masculino	74,6	69,5 – 79,7	1			1	
	Feminino	79,9	75,1 – 84,7	1,07	0,98 – 1,17		1,06	0,98 – 1,14
Peso ao nascer						p < 0,001		0,2490
	≥ 2,500 g	80,1	76,6 – 83,6	1			1	
	< 2,500 g	45,7	32,0 – 59,4	0,57	0,42 – 0,77		0,90	0,74 – 1,11

Idade gestacional						0,2270		0,2370
	A termo	79,4	75,6 – 83,2	1			1	
	Pré-termo	51,2	37,2 – 65,2	0,64	0,49 – 0,85		0,90	0,75 – 1,08
	Pós-termo	78,9	69,5 – 88,4	0,99	0,87 – 1,13		0,96	0,86 – 1,08
Apgar 5º minuto						0,0050		0,0940
	≥ 8	79,6	76,2 – 83,1	1			1	
	< 8	52,2	37,0 – 67,4	0,66	0,49 – 0,88		0,83	0,68 – 1,02

*Prevalência ajustada para representar todas as crianças menores de um ano de idade vacinadas no Distrito Federal em 2011; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RP: razão de prevalência;

**razão de prevalência ajustada para todas as variáveis do modelo.

*Adjusted prevalence to represent all children under one year old vaccinated in the Federal District in 2011; IC95%: 95% confidence interval; PR: prevalence ratio; **prevalence ratio adjusted for all variables of the model.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

O aleitamento materno na primeira hora de vida foi aquém do estabelecido como muito bom pela classificação da OMS tanto no Nordeste quanto no Distrito Federal, entretanto ambos foram classificados na faixa bom, cuja prevalência de AMPH varia de 50 a 89%. No que se refere as características do pré-natal encontrou-se que a minoria das mulheres do Nordeste e do DF fizeram o pré-natal de forma adequada, embora a maioria das entrevistadas tenha considerado a qualidade da assistência recebida durante o pré-natal como boa e muito boa tanto no Nordeste quanto no DF, o que aponta para a necessidade de rever as práticas dos profissionais de saúde no âmbito da atenção básica, uma vez que a maioria das mulheres entrevistadas tiveram acesso ao pré-natal.

Quanto às características de assistência ao parto encontrou-se que os serviços públicos de saúde foram os locais mais frequentes para a realização do parto e a maioria referiu ter acompanhante no pré-parto e ter acompanhante no pós-parto, entretanto, menos de um terço das mulheres tiveram acompanhantes durante o parto na região Nordeste, enquanto que no DF, a frequência de mulheres que teve acompanhante no parto foi estatisticamente igual a frequência de mulheres que não tiveram. Esse resultado chama a atenção para o possível descumprimento da lei nacional que garante o direito da mulher poder ser acompanhada por alguém de sua escolha durante todas as fases do parto e nascimento.

No Distrito Federal, encontrou-se prevalências elevadas de violência verbal, seguida da violência física e de negligência por parte dos profissionais de saúde no momento do parto para com a parturiente, o que evidencia a necessidade de reforçar as ações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que preconiza que todas as gestantes têm direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gravidez, no parto e no puerpério.

Outro fator relevante foi a elevada prevalência de partos cesáreos encontrada. Na região Nordeste, a cirurgia cesárea foi tão frequente quanto o parto vaginal; no Distrito Federal o percentual de partos cesáreos foi referido por 61,5% das entrevistadas. Embora as características do parto que foram obtidas não atendam aos critérios determinados pela OMS e pelo Ministério da Saúde, a maior parte das

mulheres avaliou a assistência recebida durante o parto como boa ou muito boa, tanto no Nordeste quanto no DF.

No que se refere ao puerpério, a maioria das mães do Nordeste e do DF referiram ficar em alojamento conjunto após o parto. Já em relação às características das crianças foi encontrado que 6,3% nasceram com baixo peso no Nordeste e no DF esse percentual foi igual a 8,2% e, em ambos os estudos, a maior parte das crianças nasceu a termo.

A prevalência de AMPH no Nordeste e no DF foi maior entre as mulheres que fizeram parto vaginal, tiveram acompanhante no pós-parto, permaneceram em alojamento conjunto com seus filhos e entre as crianças que nasceram com peso \geq 2.500 g. Na região Nordeste observou-se ainda maior prevalência de AMPH entre as mães que avaliaram a qualidade da assistência recebida no pré-natal como boa ou muito boa, que tiveram acompanhante no parto, que tiveram acompanhante no pós-parto, que avaliaram a qualidade da assistência recebida parto como boa ou muito boa. No Distrito Federal, além dos fatores já citados anteriormente, verificou-se maior prevalência de AMPH entre as mulheres com menor escolaridade e entre aquelas classificadas como pré-natal adequado.

No Nordeste, em 2010 e no Distrito Federal, em 2011, a mãe e o filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto foi o fator associado que mais reduziu a probabilidade de AMPH (72% no Distrito Federal e 87% no Nordeste), o que pode indicar que os locais que praticam o alojamento conjunto, considerado uma medida facilitadora para o início da amamentação, possuem uma equipe de saúde mais preparada para incentivar o início precoce do aleitamento materno, bem como uma melhor estrutura e ambiente.

No Nordeste, após o alojamento conjunto, os fatores que mais reduziram a probabilidade de AMPH foram: cirurgia cesárea, autoavaliação da qualidade da assistência ao parto como satisfatório, ruim ou muito ruim, ser mais jovem (< 20 anos de idade), ter sido classificada como pré-natal não adequado, não ter tido acompanhante no pós-parto e não ter tido acompanhante no parto. No Distrito Federal, verificou-se que as mulheres que foram classificadas como pré-natal não adequado e que fizeram cirurgia cesárea tiveram menor probabilidade de amamentar na primeira hora de vida.

Todos os fatores associados ao AMPH, exceto a menor idade materna no Nordeste, são passíveis de modificações pelo serviço de saúde. Tanto o estudo

realizado na região Nordeste, quanto o conduzido no Distrito Federal, evidenciaram o papel determinante desempenhado pelos profissionais de saúde, bem como a organização da rede de saúde materno infantil para que o início do aleitamento materno ocorra com sucesso e em tempo oportuno.

Sugere-se que os gestores de saúde promovam ações de educação continuada para os profissionais de saúde que integram a rede de saúde materno infantil. É importante destacar que o Ministério da Saúde tem investido na educação continuada em aleitamento materno para os profissionais em saúde, principalmente no âmbito da atenção básica por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, entretanto é necessário que a educação continuada em aleitamento materno seja pensada também para os profissionais de saúde envolvidos no parto e no puerpério que estão na atenção hospitalar. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança pode ser uma estratégia para mobilizar os funcionários desses estabelecimentos de saúde a mudança de condutas e rotinas e assim aumentar a prevalência de AMPH, e como consequência, o tempo médio de AM.

Recomenda-se ainda aos gestores de saúde a avaliação das normas adotadas nos hospitais e maternidades a fim de garantir que os pares mães e filhos tenham seus direitos respeitados a realização de estudos que esclareçam os motivos da não promoção, apoio e incentivo do AM por parte dos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde materno infantil, já que outros fatores podem estar influenciando esta prática, como a demanda de trabalho e a infraestrutura dos locais de trabalho. As mudanças necessárias perpassam pela assistência à saúde adequada no pré-natal (incentivo e apoio ao início e manutenção do AM), pelas práticas das equipes de saúde, que devem ser baseadas em evidências (por meio de material disponibilizado pelo Ministério da Saúde e/ou pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), até proporcionar à mulher a possibilidade de ser protagonista do seu parto. Neste sentido foram elaborados Sumários Executivos (Apêndices C e D) para contribuir com a adoção destas práticas nos serviços.

REFERÊNCIAS DA TESE

1. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989.
2. The United Nations Children's Fund Innocenti (UNICEF). 1990–2005: Celebrating the innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding - past achievements, present challenges and priority actions for infant and young child feeding. Siena, 2005.
3. Labbok, MH. Breastfeeding and baby-friendly hospital initiative: more important and with more evidence than ever. *J. Pediatr.* 2007; 83 (2): 99-101.
4. World Health Organization (WHO). The United Nations Children's Fund Innocenti (UNICEF). Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Meeting breastfeeding in the 1990s: A global initiative. Florence, 1990.
5. World Health Organization (WHO). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, 1998.
6. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva, 1991.
7. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva, 2008.
8. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, hospital self-appraisal and monitoring. Geneva, 2009.
9. International Food Policy Research Institute. Global nutrition report: Actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition. Washington, 2014.
10. World Health Organization (WHO). 100 Core Health Indicators. Geneva, 2015.
11. Lamounier JA. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. *Rev Ass Med Brasil.* 1998; 44 (4): 319-24.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 11.265 de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/dd8746004745968f9e6bde3fbc4c6735/Lei+N%C2%BA+11265.pdf>

- ?MOD=AJPERES>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 8.552 de 03 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm>
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.9, de 10 de janeiro de 2008. Alterar a redação do critério nº 8 constante das Normas para o Processo de Habilitação do Hospital Amigo da Criança, integrante do SUS. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-273.pdf>>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.80, de 24 de fevereiro de 2011. Estabelece, as normas para o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-694.pdf>>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2011.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas de alojamento conjunto. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ee8d0e80474591da9a2dde3fbc4c6735/portaria+n%c2%ba+1.016-1993.pdf?mod=ajperes>>.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>.
 20. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Programa de pesquisas de demografia e saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro, 1997.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006. Brasília, 2008.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009.
23. Leal MC, Torres JA, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Bittencourt M, Dias MAB, Pereira NM, Vielas EF, Diniz CSG, D’Orsi E, Silva AAM, Pereira APE, Bastos MH, Moreira MEL, Lansky S, Gama SGN. Sumário executivo temático nascer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.
24. Moreira MELM, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Leal MC. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl): 128-39.
25. Javorski M, Scochi C, Silvan CG, Lima RAG. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. *Pediatr Mod*. 1999; 35(1): 30-36.
26. Venâncio SI, Nogueira – Martins MCF, Giugliani ERJ. Reflexões sobre a trajetória do aleitamento materno no Brasil e suas interfaces com o movimento pela humanização do parto e nascimento e com a política nacional de humanização. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010; 4(4): 129 – 141.
27. Espírito Santo LC. Políticas públicas em aleitamento materno. In: Carvalho MR, Tavares LAM. *Amamentação: Bases científicas*. 3.ed. Guanabara Koogan, 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília, 2011.
29. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica*. 2002; 91 (12): 1301-06.
30. Moore ER, Anderson G, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 16 (5): 1–112.
31. Phillips R. The sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infants Reviews*. 2013; 13 (2): 67-72.
32. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS, O’Brien B. Women’s feelings about early contact with their infants on the labour ward. *Midwifery*. 2011; 27: 484 – 88.
33. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breastfeeding. 2005;21:71-79.
34. Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS. Short-term effects of early suckling and

- touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev.* 1990; 21:153-163.
35. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa- Michalias P, Dalhllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011; 100: 79 – 85.
 36. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self- regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100(1):79-85.
 37. World Health Organization (WHO). Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.
 38. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff. Geneva, 2009.
 39. Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Hurt LS. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Clin Nutr.* 2007; 86: 1126 – 31.
 40. Organização Pan-Americana da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças. Washington, 2007.
 41. Tang L, Binns CW, Lee AH, Pan X, Chen S, Yu C. Low Prevalence of Breastfeeding Initiation within the First Hour of Life in a Rural Area of Sichuan Province, China. 2013; 40 (2): 134 – 142.
 42. Raghavan V, Bharti B, Kumar P, Mukhopadhyay K, Dhaliwal L. First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: prevalence and predictors in a tertiary care setting. *the indian journal of pediatrics.* 2014; 81 (8): 743 – 750.
 43. Buccini GS, Benício MHDA, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48 (4): 571-571.
 44. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth.* 2001; 28 (1): 13-19.

45. Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1994; 101(9): 804-805.
46. United Nations Children's Fund. Improving child nutrition: the achievable imperative for global progress. New York, 2013.
47. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, nonsurgical management, and uterine tamponade. *Semin Perinatol*. 2009; 33:82-7.
48. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khattry SK, Leclercq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr*. 2008; 138 (3): 599-603.
49. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117: 380-6.
50. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (4): 697-703.
51. Oddy WH. Amamentação na primeira hora de vida protege contra a mortalidade neonatal. *J. Pediatr*. 2013; 89 (2): 109-111.
52. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Zoca B, Porto D, Lecca RCR. Mortalidade infantil no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, 2014; 3: 65-80.
53. França E, Lansky S, Rêgo MAS, Campos, Abreu DMX, Vasconcelos AMN. Mudança do perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: porque avaliar listas de classificação das causas perinatais. Montevideo: V Congresso da Asociación Latinoamericana de Población – ALAP, 2012.
54. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barro FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377 (9780): 1863 – 76.
55. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML de et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência

- à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl 1): 192-207.
56. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos. Coordenação Estratégicos. Supervisão Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2014.
 57. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. *JAMA*. 2001;286:322-6.
 58. Lutter CK, Prez- Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health*. 1997; 87(4): 659–663.
 59. Regan J, Thompson A, DeFranco E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. *Breastfeed Med*. 2013; 8 (2): 181-86.
 60. Holbrook KE, White MC, Heyman MB, Wojcicki J. Maternal sociodemographic characteristics and the use of the iowa infant attitude feeding scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, latina mothers: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J*. 2013; 8 (7): 1-14.
 61. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, southern Ethiopia. *Int Breastfeed J*. 2014, 9: 1- 8.
 62. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani EJR, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010; 10: 760 - 66.
 63. Lopes FO, Oliveira MIC, Brito AS, Fonseca VM. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 8(2): 431-39.
 64. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16 (2): 525-34.
 65. Stegn T, Gerbaba M, Belachew T. Determinants of timely initiation of breastfeeding among mothers in Goba Woreda, south east Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Public Health*. 2011; 11: 217-22.
 66. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA Angulo-

- Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl): 154-168.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2005.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.920 de 5 de setembro de 2013. Institui a estratégia nacional para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia amamenta e alimenta Brasil (*on line*). Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>
70. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme - Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*, 2014; 30 (Suppl): 17-47.
71. El-Gilany AH, Sarraf B, Al-Wehady A. Factors associated with timely initiation of breastfeeding in Al- Hassa province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2012; 18 (3): 250-4.
72. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff. Geneva, 2009.
73. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcelos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Pública*. 2011; 45 (1): 69-78.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, 2011.
75. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008; 8 (1): 35-43.

76. Patel A, Badhoniya N, Khadse S, Senarath U, Agho KE, Dibley MJ. Infant and young child feeding indicators and determinants of poor feeding practices in India: secondary data analysis of national family health survey 2005-06. *Food Nutr Bull.* 2010; 31 (2): 314-33.
77. Oliveira MIC, Silva KS, Gomes Jr SC, Fonseca VM. Delivering rapid HIV tests results after delivery: a threat to breastfeeding at birth. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44 (1): 60-9.
78. Will TK, Arndt JG, Torres GG, Andrade JR, Pereira TSS, Molina MCB. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *RBPS.* 2013; 26 (2): 274-280.
79. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr.* 2010; 86 (4): 317-24.
80. Senarath U, Siriwardena I, Godakandage SS, Jayawickrama H, Fernando DN, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding practices: an analysis of the Sri Lanka demographic and health survey 2006-2007. *Matern Child Nutr.* 2012; 8 (3): 315-29.
81. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Brasília, 2010.
82. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Brasília, 2013.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Chamada nutricional da região Norte 2007. Resumo executivo. Brasília, 2009.
84. Santos LMP, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National immunization day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ.* 2008; 86: 474–79.
85. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2015; 15 (1): 91-104.

86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.
87. Souza KJ. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; UNB; 2014.
88. Ballard JL, Khoury JC, Weding K, Wang L, Eilers-Ealsman BL, Lipp R. New Ballard score, expanded to include extremely premature infants. JPEDS. 1991; 119 (3): 417-23.
89. Apgar VA. proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Anesth Analg. 1953; 32: 260-67.

APÊNDICES

APÊNDICE A - RELAÇÃO DOS 189 MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO PACTO PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO NORDESTE, QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA "CHAMADA NEONATAL", SEGUNDO UNIDADE DA FEDERAÇÃO, BRASIL, 2010.

Estado	Municípios
Alagoas (12 municípios)	Arapiraca, Coruripe, Delmiro Gouveia, Joaquim Gomes, MACEIÓ, Marechal Deodoro, Palmeira dos Índios, Penedo, Santana do Ipanema, São Luís do Quitunde, Teotônio Vilela, União dos Palmares
Bahia (33 municípios)	Alagoinhas, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Camaçari, Casa Nova, Dias d'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itamaraju, Itapetinga, Jacobina, Jaguaquara, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, SALVADOR, Santa Maria da Vitória, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vitória da Conquista
Ceará (18 municípios)	Barbalha, Camocim, Canindé, Caucaia, Crateús, Crato, FORTALEZA, Granja, Icó, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, São Benedito, Sobral, Tianguá, Viçosa do Ceará
Maranhão (37 municípios)	Açailândia, Alcântara, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Barreirinhas, Buriti, Carolina, Caxias, Chapadinha, Codó, Coelho Neto, Colinas, Coroatá, Cururupu, Estreito, Governador Nunes Freire, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Lago da Pedra, Paço do Lumiar, Pedreiras, Pinheiro, Porto Franco, Presidente Dutra, Raposa, Rosário, Santa Inês, Santa Luzia, São João dos Patos, São José de Ribamar, SÃO LUÍS, Timon, Tuntum, Vargem Grande, Viana, Zé Doca
Paraíba (21 municípios)	Alagoa Grande, Alhandra, Areia, Bayeux, Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Esperança, Guarabira, Itabaiana, JOÃO PESSOA, Juazeirinho, Mamanguape, Monteiro, Patos, Princesa Izabel, Queimadas, Santa Rita, Sapé, Sousa, Taperoá
Pernambuco (26 municípios)	Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bom Conselho, Buíque, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Escada, Garanhuns, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paulista, Pesqueira, Petrolina, RECIFE, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São Bento do Uma, São Lourenço da Mata, Serra Talhada, Timbaúba, Vitória de Santo Antão
Piauí (24 municípios)	Altos, Barras, Batalha, Bom Jesus, Castelo do Piauí, Cocal, Corrente, Esperantina, Floriano, José de Freitas, Luzilândia, Miguel Alves, Oeiras, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Picos, Piracuruca, Piri-piri, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, TERESINA, União, Valença do Piauí
Rio Grande do Norte (9 municípios)	Caicó, Ceará-Mirim, Currais Novos, Macaíba, Mossoró, NATAL, Parnamirim, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante
Sergipe (9 municípios)	ARACAJU, Capela, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, São Cristóvão

Não participaram da Pesquisa: Os municípios de Grajaú (MA) e de Rio Largo (AL) por falta de recursos humanos no local. O município de Atalaia (AL), pois realizou apenas uma entrevista, não possibilitando a inclusão na análise dos dados.

APÊNDICE B – PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA SEGUNDO IDADE DA CRIANÇA. CHAMADA NEONATAL DF. DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 2011

Idade (mês)	%¹	IC_{95%}
0	75,6	(60,3 - 90,8)
1	85,8	(76,5 - 95,1)
2	69,1	(54,8 - 83,3)
3	78,8	(68,5 - 89,1)
4	85,8	(78,6 - 93,0)
5	71,5	(61,0 - 82,0)
6	77,2	(66,4 - 88,0)
7	72,6	(57,9 - 87,3)
8	74,4	(59,9 - 89,0)
9	78,9	(66,7 - 91,2)
10	69,2	(55,4 - 83,0)
11	79,5	(67,5 - 91,5)

¹Prevalência ajustada para representar todas as crianças menores de 1 ano de idade vacinadas no Distrito Federal em 2011. ² Intervalo de Confiança de 95%.

APÊNDICE C – SUMÁRIO EXECUTIVO PARA OS GESTORES DOS 189 MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO PACTO PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA REGIÃO NORDESTE QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA "CHAMADA NEONATAL", BRASIL, 2010.

Naíza Nayla Bandeira de Sá
Leonor Maria Pacheco Santos
Erly Catarina Moura

Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida no Nordeste do Brasil, 2010.

“O Ministério da Saúde preconiza para os recém-nascidos a termo, com ritmo respiratório e tônus normais e sem líquido meconial, o contato pele a pele entre o par mãe e filho imediatamente após o parto e de forma contínua” (13, 14).

RECOMENDAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

A recomendação da OMS e do UNICEF é que todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso clinicamente estáveis e cujas mães estejam aptas para amamentar, sejam colocados em contato pele a pele no menor espaço de tempo possível após o nascimento, por no mínimo uma hora, e que durante este período a equipe de saúde encoraje as mães a dar início ao aleitamento materno oferecendo ajuda, se necessário (1). É recomendado também que as intervenções de rotina do recém-nascido, como o exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação, dentre outros procedimentos, sejam realizados após a primeira hora de vida, a fim não interferir na interação do binômio neste primeiro contato (2, 3).

IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E FATORES QUE ATRASAM O SEU INÍCIO

O início precoce do aleitamento proporciona ao neonato benefícios imunológicos, psicossociais, fortalecimento do vínculo materno-infantil (1), além de prevenir a introdução de bebidas e/ou alimentos, que podem ser uma potencial rota para o ingresso de patógenos, assim como causar danos no intestino do neonato (4). A literatura tem apontado características maternas como, escolaridade, idade e renda (5), além de fatores relacionados à assistência ao pré-natal (6, 7), ao parto (5) e ao puerpério como determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPH) (8,9). O AMPH quando realizado pode reduzir significativamente as taxas de mortalidade neonatal. Estudo realizado no Nepal, no período de 2002 a 2006, apontou que 7,7% dos óbitos neonatais poderiam ter sido evitados se o aleitamento materno (AM) tivesse sido iniciado no primeiro dia de vida e 19,1% se o AM tivesse ocorrido na primeira hora de vida (10, 11).

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu metas para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foram pactuadas pelo Brasil e por mais 191 países e que tiveram, dentre outras determinações, a redução, até 2015, em dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade e a redução em três quartos da mortalidade materna. Desde então, no Brasil, inúmeros programas têm sido implementados com o intuito de cumprir o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se registram as maiores taxas de mortalidade materna e infantil (12). Neste contexto, o AMPH age como um fator protetor contra a mortalidade neonatal (10, 11).

Este estudo teve como objetivo conhecer a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida na região Nordeste do Brasil, bem como fatores sociodemográficos e de saúde associados a esta prática.

Métodos

Dados referentes a 8.980 entrevistas de mães residentes na região Nordeste foram selecionados da base de dados da pesquisa “*Chamada Neonatal*”, realizada em 2010 no Nordeste e na Amazônia Legal. O aleitamento materno na primeira hora de vida foi a variável dependente e as variáveis independentes foram: características sociodemográficas da mãe, assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e características da criança. Razões de prevalência brutas e ajustadas foram calculadas por regressão de Poisson e utilizadas como medida de associação.



Recomendações

Sugere-se que os gestores de saúde promovam ações de educação continuada para os profissionais de saúde que integram a rede de saúde materno infantil. O Ministério da Saúde tem investido na educação continuada em aleitamento materno para os profissionais em saúde, principalmente no âmbito da atenção básica por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, entretanto é necessário que a educação continuada em aleitamento materno seja pensada também para os profissionais de saúde envolvidos no parto e no puerpério que estão na atenção hospitalar. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança pode ser uma estratégia para mobilizar os funcionários desses estabelecimentos de saúde a mudança de condutas e rotinas e assim aumentar a prevalência de AMPH, e como consequência, o tempo médio de AM.

Resultados

A prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida foi 62,4%. Menor probabilidade de aleitamento materno na primeira hora de vida foi observada entre as mulheres: mais jovens (RP = 0,91), com pré-natal não adequado (RP = 0,92), com assistência durante o pré-natal autoavaliada como satisfatória, ruim ou muito ruim (RP = 0,93), que fizeram cirurgia cesárea (RP = 0,86), sem acompanhante no parto (RP = 0,93), sem acompanhante no pós-parto (RP = 0,92), com assistência ao parto autoavaliada como satisfatória, ruim ou muito ruim (RP = 0,91) e sem alojamento conjunto (RP = 0,13), sendo este o principal preditor

Conclusões

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi baixa e a maior parte dos fatores associados à esta prática são passíveis de modificações. É necessária a mudança de estratégias dos serviços de saúde locais a fim de promover o aleitamento materno desde a primeira hora de vida.

Recomenda-se ainda aos gestores de saúde a avaliação das normas adotadas nos hospitais e maternidades a fim de garantir que os pares mães e filhos tenham seus direitos respeitados bem como a realização de estudos locais que esclareçam os motivos da não promoção, apoio e incentivo do AM por parte dos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde materno-infantil, já que outros fatores podem estar influenciando esta prática, como a demanda e a infraestrutura dos locais de trabalho.

As mudanças necessárias perpassam pela assistência à saúde adequada no pré-natal (incentivo e apoio ao início e manutenção do AM), pelas práticas das equipes de saúde, que devem ser baseadas em evidências (por meio de material disponibilizado pelo Ministério da Saúde e/ou pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), até proporcionar à mulher a possibilidade de ser protagonista do seu parto.

Este Sumário Executivo é parte da Tese de Doutorado intitulada: Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida defendida pela discente Naíza Nayla Bandeira de Sá no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob a orientação da Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos.

Informações para contato
e-mail: naizasa@ufba.br, leonac@unb.br

Referências

1. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, hospital self-appraisal and monitoring. Geneva, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças. Washington, 2007.
5. Silveira RB, Albernaz E, Zucchetto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant 2008; 8 (1): 35-43.
6. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. International Breastfeeding Journal 2014, 9: 8.
7. Bbaale E. Determinants of Early Initiation, Exclusiveness, and Duration of Breastfeeding in Uganda. J Health Popul Nutr 2014; 32 (2): 249-60.
8. Beck AMO, Assunção KO, Barbosa LR, Gomes E. Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. Rev Soc Bras Fonoaudiol 2012; 17 (4): 464-8.
9. Will TK, Arndt JG, Torres GG, Andrade JR, Pereira TSS, Molina MCB. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. RBPS 2013; 26 (2): 274-280.
10. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. BMC Public Health. 2013; 13(Suppl 3):19.
11. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, Leclercq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. J Nutr. 2008;138(3):599-603.
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos. Coordenação Estratégica. Supervisão Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2014.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011.

APÊNDICE D – SUMÁRIO EXECUTIVO PARA OS GESTORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

Naíza Nayla Bandeira de Sá
Muriel Bauermann Gubert
Wallace dos Santos
Leonor Maria Pacheco Santos

Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida. Distrito Federal, Brasil, 2011.

RECOMENDAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

A recomendação da OMS e do UNICEF é que todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso clinicamente estáveis e cujas mães estejam aptas para amamentar, sejam colocados em contato pele a pele no menor espaço de tempo possível após o nascimento, por no mínimo uma hora, e que durante este período a equipe de saúde encoraje as mães a dar início ao aleitamento materno oferecendo ajuda, se necessário (1). É recomendado também que as intervenções de rotina do recém-nascido, como o exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação, dentre outros procedimentos, sejam realizados após a primeira hora de vida, a fim não interferir na interação do binômio neste primeiro contato (2, 3).

“O Ministério da Saúde preconiza para os recém-nascidos a termo, com ritmo respiratório e tônus normais e sem líquido meconial, o contato pele a pele entre o par mãe e filho imediatamente após o parto e de forma contínua” (12, 13).

IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E FATORES QUE ATRASAM O SEU INÍCIO

O início precoce do aleitamento proporciona ao neonato benefícios imunológicos, psicossociais, fortalecimento do vínculo materno-infantil (1), além de prevenir a introdução de bebidas e/ou alimentos, que podem ser uma potencial rota para o ingresso de patógenos, assim como causar danos no intestino do neonato (4). A literatura tem apontado características maternas como, escolaridade, idade e renda (5), além de fatores relacionados à assistência ao pré-natal (6, 7), ao parto (5) e ao puerpério como determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPH) (8,9). O AMPH quando realizado pode reduzir significativamente as taxas de mortalidade neonatal. Estudo realizado no Nepal, no período de 2002 a 2006, apontou que 7,7% dos óbitos neonatais poderiam ter sido evitados se o aleitamento materno (AM) tivesse sido iniciado no primeiro dia de vida e 19,1% se o AM tivesse ocorrido na primeira hora de vida (10, 11).

Este estudo teve como objetivo conhecer a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, em 2011, bem como fatores sociodemográficos e de saúde da criança associados a esta prática.

2

Métodos

Estudo transversal, realizado junto a 1.027 pares de mãe e filho que compareceram a segunda etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite no Distrito Federal, Brasil, em 2011. Para ambos os estudos o aleitamento materno na primeira hora de vida foi a variável dependente. As variáveis independentes foram: as características sociodemográficas da mãe e assistência ao pré-natal, parto, puerpério; violência física, verbal e negligência no momento do parto e saúde da criança. As razões de prevalência, bruta e ajustada, foram utilizadas como medida de associação e calculadas por regressão de Poisson.



Recomendações

Sugere-se que os gestores de saúde promovam ações de educação continuada para os profissionais de saúde que integram a rede de saúde materno infantil. O Ministério da Saúde tem investido na educação continuada em aleitamento materno para os profissionais em saúde, principalmente no âmbito da atenção básica por meio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, entretanto é necessário que a educação continuada em aleitamento materno seja pensada também para os profissionais de saúde envolvidos no parto e no puerpério que estão na atenção hospitalar. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança pode ser uma estratégia para mobilizar os funcionários desses estabelecimentos de saúde a mudança de condutas e rotinas e assim aumentar a prevalência de AMPH, e como consequência, o tempo médio de AM.

Resultados

Encontrou-se prevalência de 77,3% de aleitamento materno na primeira hora de vida. A violência verbal por parte dos profissionais de saúde no momento no parto foi referida por 17,8% das parturientes, seguida da violência física (17,3%) e negligência (16,7%). Os fatores que interferiram negativamente no aleitamento materno na primeira hora foram: mãe e filho que não permaneceram em alojamento conjunto após o parto (RP = 0,28), mulheres que não realizaram o pré-natal de forma adequada (RP = 0,72) e que fizeram cesárea (RP = 0,88).

Conclusões

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi baixa e a maior parte dos fatores associados à esta prática são passíveis de modificações. É necessária a mudança de estratégias dos serviços de saúde locais a fim de promover o aleitamento materno desde a primeira hora de vida.

Recomenda-se ainda aos gestores de saúde a avaliação das normas adotadas nos hospitais e maternidades a fim de garantir que os pares mães e filhos tenham seus direitos respeitados bem como a realização de estudos locais que esclareçam os motivos da não promoção, apoio e incentivo do AM por parte dos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde materno-infantil, já que outros fatores podem estar influenciando esta prática, como a demanda e a infraestrutura dos locais de trabalho.

As mudanças necessárias perpassam pela assistência à saúde adequada no pré-natal (incentivo e apoio ao início e manutenção do AM), pelas práticas das equipes de saúde, que devem ser baseadas em evidências (por meio de material disponibilizado pelo Ministério da Saúde e/ou pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), até proporcionar à mulher a possibilidade de ser protagonista do seu parto.

Este Sumário Executivo é parte da Tese de Doutorado intitulada: Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida defendida pela discente Naíza Nayla Bandeira de Sá no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob a orientação da Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos.

Informações para contato
e-mail: naizasa@ufba.br. leooac@unb.br

Referências

1. Children's Rights & Emergency Relief Organization (UNICEF). World Health Organization (WHO). Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, hospital self-appraisal and monitoring. Geneva, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças. Washington, 2007.
5. Silveira RB, Albernaz E, Zucheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2008; 8 (1): 35-43.
6. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. *International Breastfeeding Journal* 2014, 9: 8.
7. Bbaale E. Determinants of Early Initiation, Exclusiveness, and Duration of Breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr* 2014; 32 (2): 249-60.
8. Beck AMO, Assunção KO, Barbosa LR, Gomes E. Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012; 17 (4): 464-8.
9. Will TK, Arndt JG, Torres GG, Andrade JR, Pereira TSS, Molina MCB. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *RBPS* 2013; 26 (2): 274-280.
10. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13(Suppl 3):19.
11. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, Leclercq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr*. 2008;138(3):599-603.
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos. Coordenação Estratégica. Supervisão Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2014.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).

ANEXOS

NUM FAM:

22. **Por que você não fez o pré-natal?**
 Não recebeu informação (PULE PARA 44) Não achou importante (PULE PARA 44) Era longe (PULE PARA 44)
 Não conseguiu consulta (PULE PARA 44) Não sabia que precisava (PULE PARA 44) Outro motivo (PULE PARA 44) Não se aplica
23. **Você fez o seu pré-natal em um serviço:**
 Público/do SUS do seu município Público/do SUS de outro município
 Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde Serviço Privado/Particular Não se aplica
24. **Este local era:** Unidade básica de saúde (posto/ centro de saúde) Hospital/Maternidade Consultório particular
 Ambulatório de especialidade (por exemplo: ginecologia, clínica geral, cardiologia) Outro Não sabe informar Não se aplica
25. **Você teve de pagar alguma coisa por algum atendimento ou exame, incluindo ultra-som, durante este pré-natal?**
 Não Sim, todas as vezes Sim, algumas vezes Não sabe Não quis informar Não se aplica
26. **Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de _____ ?**
 _____ (nome da criança avaliada)
 consultas Não sabe informar Não se aplica
27. **Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal?** mês(es)
 Não sabe Não se aplica
28. **Durante este pré-natal, sua pressão foi medida:**
 em todas as consultas em algumas consultas em nenhuma consulta Não sabe informar Não se aplica
29. **Durante este pré-natal, seu peso foi medido:**
 em todas as consultas em algumas consultas em nenhuma consulta Não sabe informar Não se aplica
30. **Quantos quilos você ganhou do início da gravidez até o parto?** Kg
 Não ganhou, perdeu Não sabe informar Não se aplica
31. **Durante este pré-natal, você fez algum exame de anemia?**
 Sim Não Não sabe informar Não se aplica
32. **Durante este pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?**
 Sim Não Não sabe informar Não se aplica
33. **Durante este pré-natal, você fez algum exame de urina?**
 Sim Não Não sabe informar Não se aplica
34. **Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS?**
 Sim Não (PULE PARA 36) Não sabe (PULE PARA 36) Não se aplica
35. **Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste para HIV/AIDS?**
 Até 2 semanas Mais de 2 semanas Não recebeu Não sabe informar Não se aplica
36. **Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?**
 Sim, uma vez Sim, duas vezes Não (PULE PARA 38) Não sabe Informar (PULE PARA 38) Não se Aplica
37. **Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste de Sífilis?**
 Até 2 semanas Mais de 2 semanas Não recebeu Não sabe Informar Não se Aplica
38. **Durante este pré-natal, suas mamas foram examinadas:**
 Em todas as consultas Em algumas consultas Em nenhuma consulta Não sabe informar Não se aplica
39. **Durante este pré-natal, você recebeu vacina contra o tétano:**
 Sim Não Não sabe Informar Não se Aplica
40. **Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?**
 Sim Não Não sabe Informar Não se Aplica
41. **Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?**
 Sim Não (PULE PARA 43) Não sabe Informar (PULE PARA 43) Não se Aplica
42. **Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez?** Não sabe Informar Não se Aplica
43. **Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:**
 Muito Boa Boa Satisfatória Ruim Muito Ruim Não se Aplica
44. **Durante a gravidez do(a) _____**
 Você foi internada por alguma complicação da gravidez?
 Sim Não (PULE PARA 51) Não sabe Informar (PULE PARA 51)
45. **Por qual motivo?** Hipertensão Infecção Urinária Diabetes Outros Não se aplica
46. **O hospital onde você foi internada era um serviço:**
 Público/do SUS do seu município Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde Não se aplica
 Público/do SUS de outro município Serviço Privado/Particular

NUM FAM:

47. **Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?**
 Sim Não(PULE PARA 49) Não sabe Informar (PULE PARA 49) Não se Aplica
48. **Que transporte você usou para ir ao outro hospital?**
 Ambulância/ Ambulança Avião/Helicóptero Carro Barco Outro Não se Aplica
49. **Nesta ocasião, você foi internada na UTI?** Sim Não Não sabe Informar Não se Aplica
50. **Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar?** (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial) Sim Não Não sabe Informar Não se Aplica
51. **Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez?** Sim Não Não sabe Informar
52. **Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões ou crises?**
 Sim Não(PULE PARA 54) Não sabe Informar(PULE PARA 54) Não se Aplica
53. **Havia apresentado convulsões ou crises antes?** Sim Não Não sabe Informar Não se aplica
54. **Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão?**
 Sim Não Não sabe Informar
55. **Até TRÊS dias depois do parto, teve sangramento intenso (que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão)?**
 Sim Não(PULE PARA 57) Não sabe Informar (PULE PARA 57)
56. **Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento?** Sim Não Não sabe Informar Não se Aplica
57. **Teve febre alta após o parto que necessitou usar antibiótico?** Sim Não Não sabe Informar (PULE PARA 59)
58. **Esta febre veio com calafrios?** Sim Não Não sabe Informar Não se aplica
59. **Seu útero foi retirado por causa de alguma destas complicações?** Sim Não Não sabe Informar
60. **No pré-natal, você foi informada sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto deveria fazer o parto?**
 Sim Não(PULE PARA 63)
61. **Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?** Não Sim(PULE PARA 63) Não se aplica
62. **Por que não?** Não achou importante Era longe Não conseguiu vaga Outro motivo Não se aplica
63. **O serviço de saúde no qual você fez o parto era um**
 Hospital público do SUS do seu município Outro serviço
 Hospital público do SUS de outro município Foi em casa (PULE PARA 81)
 Hospital privado (Convênio/Plano de saúde) Foi em outro local (PULE PARA 81)
 Hospital particular Não se aplica
64. **Este serviço de saúde foi o primeiro que você procurou?** Não Sim(PULE PARA 67) Não se aplica
65. **Por que você procurou outro serviço?** Não conseguiu vaga Não tinha médico Outro motivo Não se aplica
66. **Quantos hospitais você procurou até ser atendida para fazer o parto, quando já estava em trabalho de parto, isto é com contração ou bolsa rompida? (inclusive onde fez o parto)**
 hospitais Não sabe informar Não se aplica
67. **Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar ao hospital onde fez o parto?**
 horas minutos Não sabe Informar
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
68. **Quanto tempo se passou desde que você chegou ao hospital onde fez o parto até ser internada para o parto?(não necessariamente na sala de parto)**
 horas minutos Não sabe Informar
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
69. **Você teve de pagar pelo parto?** Sim Não Não sabe Informar Não quis informar
70. **Qual foi o tipo de parto deste filho?** Normal Fórceps Cesário
71. **Nas horas ANTES do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)**
 Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

NUM FAM:

72. **DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?** (LER AS ALTERNATIVAS)
- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro
73. **DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?** (LER AS ALTERNATIVAS)
- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro
74. **A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?** Sim Não
75. **Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto?** Sim Não
76. **Você tomou uma dose de vitamina A (cápsula vermelha) na maternidade?** Sim Não Não sabe informar
77. **Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto?** dias Não sabe informar
78. **Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:**
- Muito boa Boa Satisfatória Ruim Muito Ruim
79. **Antes de sair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina?** Sim Não Não sabe informar
80. **Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:**
- na primeira semana depois da primeira semana Não Não sabe informar
81. **Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?**
- Sim Não (PULE PARA 84) Não se aplica
82. **Este serviço era:**
- Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do seu município Consultório de Convênio/Plano de saúde
 Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de outro município Consultório particular
 Ambulatório de especialidade do seu município Farmácia
 Ambulatório de especialidade de outro município Outro
 Hospital Público/do SUS do seu município Não sabe informar
 Hospital Público/do SUS de outro município
83. **Você teve de pagar alguma coisa por este atendimento?**
- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica
84. **Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum profissional da Saúde da Família?**
- Sim, na primeira semana Sim, no primeiro mês Sim, depois do primeiro mês Não Não se aplica

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

85. **Este bloco é para criança com menos de 3 MESES, isto é, nascida entre 13 de março e 12 de junho**
- A criança tem menos de três meses?** Sim Não (PULE PARA 96)
- Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, responder o que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...**
86. **Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:**
- Como sempre fez Não tanto quanto antes Sem dúvida, menos que antes De jeito nenhum Não se aplica
87. **Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia:**
- Como sempre sentiu Talvez, menos que antes Com certeza menos De jeito nenhum Não se aplica
88. **Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:**
- Sim, na maioria das vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes (sim, às vezes) Não, nenhuma vez Não se aplica
89. **Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:**
- Não, de maneira alguma Pouquíssimas vezes Sim, algumas vezes Sim, muitas vezes Não se aplica
90. **Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:**
- Sim, muitas vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes Não, nenhuma vez Não se aplica
91. **Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:**
- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes Não se aplica
 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

NUM FAM:

92. **Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir:**
- Sim. Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, nenhuma vez
 Sim. Algumas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Não muitas vezes
93. **Você tem se sentido triste ou arrasada:**
- Sim. Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, de jeito nenhum
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Não muitas vezes
94. **Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:**
- Sim, quase todo o tempo (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, nenhuma vez
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 De vez em quando
95. **A idéia de fazer mal a você mesma passou pela sua cabeça:**
- Sim, muitas vezes, ultimamente (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Nenhuma vez
 Algumas vezes nos últimos dias (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Pouquíssimas vezes, ultimamente

CASO A MÃE RESPONDA SIM EM ALGUMA DAS ÚLTIMAS QUATRO QUESTÕES:

"Eu agradeço por ter respondido a essas perguntas. Pelo que entendi você as vezes se sentiu triste nos últimos sete dias. Você já pensou em procurar ajuda profissional para por causa disto? SE NÃO: Eu irei pedir encaminhamento para um serviço de saúde onde você poderá encontrar profissionais que possam auxiliar você nestas situações (PREENCHER FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A UBS)."

DADOS DA CRIANÇA

96. O (a) _____ (nome da criança avaliada) tem **Certidão de Nascimento / Registro Civil do Cartório?** Não Sim (PULE PARA 98)
97. **A criança tem Caderneta de Saúde (Cartão de Vacina)?**
 Sim, está em mãos Sim, mas não está em mãos (PULE PARA 101) Não
98. **A criança recebeu as vacinas?**
- Poliomielite 1ª dose 2ª dose 3ª dose
 - Tetra (DTP+Hib) 1ª dose 2ª dose 3ª dose
 - Rotavírus 1ª dose 2ª dose 3ª dose
99. **Copiar da Caderneta APGAR ao nascer:**
- 1º minuto: 5º minuto: Não tem na Caderneta Não se aplica
100. **Copiar da Caderneta a idade gestacional da criança ao nascer:** Semanas
 Não tem na Caderneta Não se aplica
101. **Qual o PESO AO NASCER** g
- Copiado da Caderneta Informado pela mãe
 Copiado de outro documento Mãe não soube informar (priorizar Caderneta de Saúde)
102. **Além do peso ao nascer, a criança foi pesada no primeiro mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?**
- Sim Não se aplica, a criança tem menos de um mês de idade
 Não (Ver na Caderneta de Saúde) Não se aplica
103. **Além do peso ao nascer, a criança foi pesada neste último mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?**
- Sim Não (Ver na Caderneta de Saúde) Não se aplica
104. **Seu bebê fez o teste do pezinho?** Sim Não Não sabe informar
105. **A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias?** Não (PULE PARA 115) Sim
106. **Foi internada porque estava com icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)?** Não Sim Não Sabe
107. **Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada?**
- Menos de 7 dias Mais de 7 dias Não sabe Não se aplica
108. **Quanto tempo a criança ficou internada?**
- meses dias Não sabe informar Não se aplica

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
“CHAMADA NEONATAL: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AOS
MENORES DE UM ANO NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE”**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

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



Rio de Janeiro, 27 de abril de 2010.

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

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 56/10
CAAE: 0058.0.031.000-10**

Título do Projeto: “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

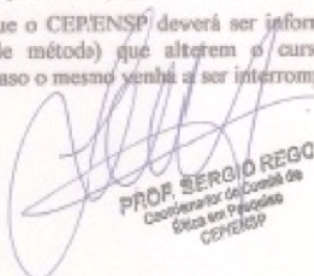
Data de recebimento no CEP-ENSP: 23 / 03 / 2010

Data de apreciação: 07 / 04 / 2010

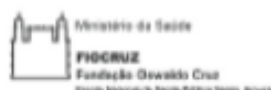
Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

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

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


PROF. SÉRGIO REGO
 Coordenador do Comitê de
 Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA “CHAMADA NEONATAL: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AOS MENORES DE UM ANO NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE”



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”, de responsabilidade do Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Você foi selecionada por ter filho menor de um ano.

Os objetivos deste estudo são identificar fatores sociais, psicológicos, familiares e de atenção à saúde da mãe e da criança menor de um ano. O objetivo final é ter informações que melhorem o atendimento ao pré-natal e ao parto, para que doenças materno-infantis se reduzam, assim como a mortalidade.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre você e seu filho menor de um ano que será pesado e medido. O tempo de duração da entrevista será de 20 minutos, aproximadamente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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

Brasília, _____ / _____ / _____ Entrevistador _____

Assinatura

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA “DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL”



**DECIT/SCTIE
Ministério
da Saúde**

INÍCIO: ___hs___min

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

01. **Cidade ou Região Administrativa:** _____(combo) 02.

UBS: _____

03. **Código:** ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ (código será gerado pelo PDA)

04. **Nome do entrevistador:**

05. **Nome completo da MÃE:**

06. **Data nascimento da MÃE:** ___/___/___

07. **Nome completo da**

CRIANÇA: _____

08. **Data nascimento da CRIANÇA:** ___/___/___ (Priorize data da Certidão Nascimento ou Caderneta de Saúde)

09. **Sexo da CRIANÇA:** () Masculino () Feminino

10. **Até que série a mãe completou com aprovação na escola?**

() Não estudou () Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL (série): () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () 6ª () 7ª ()

8ª

ENSINO MÉDIO (ano): () 1ª () 2ª () 3ª

ENSINO SUPERIOR (ou mais): () Completo () Incompleto

11. **Em sua opinião, a sua cor ou raça é:**

() Branca () Parda () Negra () Indígena () Amarela (*Asiático, Japonês, Chinês, Coreano*)

12. **Quem CHEFIA a sua casa ou família é:** () Você (pule para 16) () Outra pessoa.

Grau de parentesco: () esposo/companheiro () mãe e/ou pai () tia e/ou tio () avô e/ou avô () outros

13. **Qual o sexo do(a) Chefe de Família?** () Masculino () Feminino

14. **Até que série o(a) Chefe de Família completou na escola?**

Não estudou Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL (série): 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª

8ª

ENSINO MÉDIO (ano): 1ª 2ª 3ª

ENSINO SUPERIOR (ou mais): Completo Incompleto

15. **O chefe da família possui quantos anos? _____ anos**16. **Na sua família, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação?**

Sim Não Não sabe informar

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO**Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava**

_____ (nome da criança avaliada)

17. **Você fez o pré-natal durante esta gravidez?** Não Sim (pule para 19)18. **Por que você não fez o pré-natal?** (pule para 35)

Não tinha condições (não tinha dinheiro para a passagem, por causa dos outros filhos em casa)

Era longe Não conseguiu consulta Não sabia que precisava Não recebeu informação

Não quis Outro motivo

19. **Cidade ou Região Administrativa onde fez o pré-natal:**

_____ (combo)

20. **Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de**

_____? (nome da criança avaliada)

(_____) consultas Não sabe informar

21. **Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal?** (_____) mês (es) Não sabe22. **Durante este pré-natal, sua pressão foi medida:**

em todas as consultas em algumas consultas em nenhuma consulta Não sabe informar

23. **Durante este pré-natal, seu peso foi medido:**

em todas as consultas em algumas consultas em nenhuma consulta Não sabe informar

24. **Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de sangue para diagnosticar anemia (hemograma)?**

Sim Não Não sabe informar

25. **Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?**

Sim Não Não sabe informar

26. **Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de urina?**
 Sim Não Não sabe informar
27. **Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS?**
 Sim Não (pule para 29) Não sabe (pule para 29)
28. **Você foi informada do resultado do teste de HIV/AIDS?**
 Sim Não Não se lembra
29. **Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?**
 Sim, uma vez Sim, duas vezes Não (pule para 31) Não sabe informar (pule para 31)
30. **Você foi informada do resultado do teste de Sífilis?**
 Sim Não Não se lembra
31. **Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?**
 Sim Não Não sabe informar
32. **Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?**
 Sim Não (pule para 34) Não sabe informar (pule para 34)
33. **Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez?** (____) exames Não sabe informar
34. **Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:**
 Muito boa Boa Satisfatória Ruim Muito ruim
- Durante a gravidez do(a) (nome da criança)**

35. **Você foi internada por alguma complicação da gravidez (ênfatizar que a complicação tenha sido da gravidez)?** Sim Não (pule para 41)
36. **Por qual motivo?** Pressão Alta Infecção Urinária Diabetes Outro.
 Qual? _____
37. **O hospital onde você foi internada era um serviço:**
 Público/do SUS do DF Serviço Privado/Plano de Saúde ou convênio
 Público/do SUS de outro local Serviço Privado/Particular
38. **Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?**
 Sim Não (pule para 41)
39. **Nesta ocasião, você foi internada na UTI?** Sim Não
40. **Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar? (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial)**
 Sim Não Não sabe informar
41. **Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez?**
 Sim Não Não sabe informar

56. **Quanto tempo demorou desde que você chegou ao hospital onde fez o parto até ser internada para o parto?** (não necessariamente na sala de parto)
 _____ horas _____ minutos () Não sabe informar
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
57. **Qual foi o tipo de parto deste filho?** () Normal () Fórceps () Cesárea
58. **Nas horas ANTES do parto (durante a internação) você foi acompanhada por alguma pessoa próxima a você?:** (LER AS ALTERNATIVAS)
 () Sim. Quem foi? () homem ou () mulher
 () Não, não sabia que podia ter acompanhante
 () Não, não quis acompanhante
 () Não, o serviço não permitiu
 () Outro
59. **DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?:** (LER AS ALTERNATIVAS)
 () Sim, a pessoa que você escolheu () Não, não sabia que podia ter acompanhante
 () Sim, outra pessoa () Não, não quis acompanhante
 () Não, o serviço não permitiu () Outro
60. **DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?:** (LER AS ALTERNATIVAS)
 () Sim, a pessoa que você escolheu () Não, não sabia que podia ter acompanhante () Sim, outra pessoa
 () Não, não quis acompanhante () Não, o serviço não permitiu () Outro
61. **A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?** () Sim () Não
62. **Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto?** () Sim () Não
63. **Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto?** _____ dias () Não sabe informar
64. **Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:**
 () Muito boa () Boa () Satisfatória () Ruim () Muito ruim
65. **Antes de sair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina?** () Sim () Não () Não sabe informar
66. **Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde?:**
 () na primeira semana () depois da primeira semana () Não () Não sabe informar
67. **Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?**
 () Sim () Não (pule para 69) () O bebê permaneceu internado (pule para 69)

68. **Este serviço era:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do DF
Convênio/Plano de Saúde | <input type="checkbox"/> Consultório de |
| <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de outro local | <input type="checkbox"/> Consultório particular |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade do DF | <input type="checkbox"/> Farmácia |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade de outro local | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público/do SUS do DF | <input type="checkbox"/> Não sabe informar |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público/do SUS de outro local | |

DADOS DA CRIANÇA

69. **O(a)** _____ *(nome da criança avaliada)* **tem Certidão de Nascimento / Registro Civil do cartório?**

- Não Sim

70. **A criança tem Caderneta de Saúde (Cartão de Vacina)?**

- Sim, está em mãos Sim, mas não está em mãos (pule para 75) Não (pule para 75)

71. **Copiar da caderneta APGAR ao nascer:** 1° minuto: _____ 5° minuto: _____

- Não há registro

72. **Copiar da Caderneta a idade gestacional da criança ao nascer:** _____
semanas

73. **Além do peso ao nascer, há alguma marcação, na Caderneta de Saúde, de peso da criança nos dois primeiros meses de vida? (ver na Caderneta de Saúde)**

- Sim Não Não, a criança tem menos de dois meses

74. **Além do peso ao nascer, há alguma marcação, na Caderneta de Saúde, de peso da criança nestes dois últimos meses? (ver na Caderneta de Saúde)**

- Sim Não Não, a criança tem menos de dois meses

75. **Qual o PESO AO NASCER** (priorizar Caderneta de Saúde): _____g

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copiado da Caderneta | <input type="checkbox"/> Informado pela mãe |
| <input type="checkbox"/> Copiado de outro documento | <input type="checkbox"/> Mãe não soube informar |

76. **Seu bebê fez o teste do pezinho?** Sim Não Não sabe informar

77. **A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias?**

- Não (pule para 86) Sim

78. **Caso a criança tenha ficado internada em um hospital do serviço público do DF, qual o nome do hospital:** _____ **combo com o nome dos hospitais do DF*

79. **Foi internada porque estava com icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)?**

Não Sim Não sabe

80. **Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada?**

7 dias ou menos 8 dias ou mais Não sabe informar

81. **Quanto tempo a criança ficou internada?** (_____) meses (_____) dias Não sabe informar

82. **O hospital onde a criança foi internada era um serviço:**

Público/do SUS do DF Serviço Privado/Plano de Saúde ou convênio
 Público/do SUS de outro local Serviço Privado/Particular

83. **Durante este internamento a criança precisou ser transferida?**

Não (pule para 86) Sim

84. **A criança ficou internada:**

Na UTI Na enfermaria Em quarto individual Não sei Outro

85. **Este serviço era:**

SUS Privado (Convênio/Plano de Saúde) Particular Não sabe

86. **Você e/ou seu filho têm plano de saúde pago?**

Sim, só a mãe Sim, só a criança Sim, a mãe e a criança Ambos não têm
 Não quis informar

87. **Seu filho está tomando suplemento de ferro ou sulfato ferroso?**

Sim Não Não quis informar

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Estamos quase chegando ao fim da entrevista e agora eu preciso saber o que a criança comeu e bebeu desde ontem de manhã até hoje de manhã. A criança recebeu: (LEIA O NOME DA CADA ALIMENTO)

88. **Leite de Peito?** Sim Não

89. **Água?** Sim Não

90. **Chá?** Sim Não

91. **Suco natural de frutas?** Sim Não

92. **Outro leite (apenas de origem animal)?** Sim Não

93. **Mingau com leite?** Sim Não

94. **Mingau sem leite?** Sim Não

95. **Legumes/verduras (não vale batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha, nem temperos)?** Sim Não

96. **Frutas?** () Sim () Não

AValiação de Sintomas de Depressão Pós-Parto

97. **Este bloco é para mães de crianças com menos de 3 MESES**

A criança tem menos de três meses? () Sim () Não (pule para 104)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, responder o que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...

98. **Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?:**

() Como sempre fez () Não tanto quanto antes () Sem dúvida, menos que antes () De jeito nenhum

99. **Você tem pensado no futuro com alegria?:**

() Sim, como de costume () Um pouco menos que de costume () Muito menos que de costume () Praticamente não

100. **Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir?:**

() Sim, na maioria das vezes () Sim, algumas vezes () Raramente () Não, nenhuma vez

101. **Você tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?:**

() Sim, muito frequentemente () Sim, às vezes () Raramente () Não, de jeito nenhum

102. **Você tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?:**

() Sim, muito frequentemente () Sim, às vezes () Raramente () Não, de jeito nenhum

103. **Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?:**

() Sim, muito frequentemente () Sim, às vezes () Raramente () Não, de jeito nenhum

AValiação da Violência no Pré-Natal e no Parto

104. **Você já sofreu algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades ou no atendimento do pré-natal:**

() Não, nunca () Só na maternidade () Só no serviço de pré-natal
() Em ambos () Não quis informar

105. **Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional: *Pode escolher mais de uma opção.***

() Fez o exame de toque de forma dolorosa () Negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para a sua dor
() Gritou com você () Não te informou sobre algum procedimento que estava fazendo () Se negou a te atender () Te xingou ou te humilhou () Te empurrou () Te amarrou
() Bateu em você

Caso a mãe se enquadre em um possível caso de depressão pós-parto, avise o encaminhamento à UBS:

“Pelo que entendi você às vezes se sentiu triste nos últimos sete dias. Você já pensou em procurar ajuda profissional para por causa disto? SE NÃO: Eu irei pedir encaminhamento para um serviço de saúde onde você poderá encontrar profissionais que possam auxiliar você nestas situações (PREENCHER FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A UBS).”

ENCAMINHAR PARA TESTE DE ANEMIA (ENTRE 6 MESES E 1 ANO)

117. **Dosagem de Hemoglobina sanguínea: _____ g/dL**
() Não mediu a Hemoglobina

AGRADECER A COLABORAÇÃO E SE DESPEDIR DA MÃE

TÉRMINO: ___hs___min

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA “DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno-infantil no Distrito Federal”, que servirá para avaliar algumas das atuais medidas de saúde para o público materno-infantil.

Os primeiros anos de vida são muito importantes para a qualidade de vida no futuro, isso inclui a saúde. Existem fases em que o risco de morte, por desnutrição, é maior, e entre essas fases inclui-se a infância, com crianças menores de cinco anos. Mas ainda faltam informações para criar boas medidas de cuidados às crianças e às gestantes, desde o parto até a recuperação desse. Por essa razão realiza-se essa pesquisa, para obter informações e disponibilizá-las para que melhore a saúde.

Para o andamento da pesquisa usaremos um questionário, abordando assuntos do pré-natal à recuperação pós-parto. Iremos pesar e medir o comprimento da criança e da mãe. Também poderá ser solicitada dosagem de hemoglobina, um componente do sangue que identifica anemia, para isso será necessário coletar uma gota de sangue da criança.

Este estudo é importante para melhorar as condições de saúde e assim pode aumentar até o desenvolvimento social. Todos os cuidados para evitar riscos de contaminação serão tomados. Na realização da coleta de sangue a criança sentirá um pequeno desconforto, porém não haverá riscos a sua saúde, e essa é uma das formas mais amenas para identificar anemia. As informações coletadas serão transformadas em números e a identidade da sua família será tratada com padrões profissionais de sigilo. Caso a criança seja diagnosticada anêmica será imediatamente tratada ou encaminhada ao competente.

A senhora será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e receberá os seus resultados coletados e os referentes ao(à) seu(sua) filho(a). O peso e comprimento da criança serão anotados na caderneta da criança, com marcação do gráfico.

Há liberdade para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, este estudo não te acarretará custos, como também não disponibilizará nenhuma compensação financeira.

Os resultados deste estudo serão publicados, principalmente em meios científicos, sem comprometer sua confidencialidade. Os dados coletados estarão sob a guarda do departamento de nutrição da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, onde permanecerá uma cópia deste termo.

Em caso de eventualidade poderá contatar a responsável pela pesquisa, professora Muriel Gubert pelos telefones 3307-2510 ou 3307-2543 ou na secretaria do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Brasília-DF; ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UnB pelo telefone 3307- 3799 ou correspondência eletrônica, cepfs@unb.br.

Nestes termos declaro que concordo em participar desse estudo, que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Brasília, ____ de _____ de 20__.

Nome da


criança: _____

Nome da responsável: _____

Assinatura do(a) responsável

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

ANEXO F – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: “DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL”


Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **130/10**

Título do Projeto: “Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no distrito federal”.


Pesquisadora Responsável: Muriel Bauermann Gubert

Data de Entrada: 26/10/2010

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **130/10** com o título: “Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal”, analisado na 1ª Reunião Ordinária, realizada no dia 1º de fevereiro de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de fevereiro de 2011.


Prof. Natália Moraes
Coordenador do CEP-FS/UnB