



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL



**PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-
PPGISC**

**ALEITAMENTO MATERNO E FATORES DE RISCO PARA SEU DESMAME
UM ESTUDO DE COORTE.**

DANIELLE MARIA DA SILVA

RECIFE

2012

DANIELLE MARIA DA SILVA

**ALEITAMENTO MATERNO E FATORES DE RISCO PARA SEU DESMAME
UM ESTUDO DE COORTE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Ana Bernarda Ludermir

RECIFE

2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Giseani Bezerra, CRB4-1738

S586a Silva, Danielle Maria da.
Aleitamento materno e fatores de risco para seu desmame: um estudo / Danielle Maria da Silva. – Recife: O autor, 2012.
157 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Ana Bernarda Ludermir.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia e anexos.

1. Aleitamento materno. 2. Tabagismo. 3. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 4. Cuidado pré-natal. 5. Período pós-parto. I. Ludermir, Ana Bernarda (Orientador). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2012-142)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRANDO(A)

DANIELLE MARIA DA SILVA

No dia 15 de março de 2012, às 9h, na Auditorio do NUSP, Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Ana Bernarda Ludermir (Doutora) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a); Membro Interno, Sophie Helena Eickmann (Doutora) do Departamento Materno Infantil da UFPE; Membro Externo e Thálla Velho Barreto de Araújo (Doutora) do Departamento de Medicina Social da UFPE; Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Danielle Maria da Silva, sobre a sua Dissertação intitulada: *"A influência dos comportamentos de risco no período gestacional e puerperal no aleitamento materno. Um estudo de coorte"*. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof.^a Dra. Ana Bernarda Ludermir

Prof.^a Dra. Sophie Helena Eickmann

Prof.^a Dra. Thálla Velho Barreto de Araújo

Prof.^a Dra. Ana Bernarda Ludermir

Prof.^a Dra. Sophie Helena Eickmann

Prof.^a Dra. Thálla Velho Barreto de Araújo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERGRADA EM SAÚDE COLETIVA

REITOR DA UFPE

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR DA UFPE

Prof. Silvio Romero de Barros Marques

COORDENADORA DO PPGISC

Nicelma Figueiredo

VICE- COORDENADORA DO PPGISC

Solange Laurentino dos Santos

SECRETÁRIO DO PPGISC

José Moreira de Oliveira

CORPO DOCENTE

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Ana Bernarda Ludermit

Ana Paula de Oliveira Marques

Antonio Carlos do Espírito Santo

Heloisa Maria Mendonça Moraes

Luci Praciano Lima

Marcelo Luiz Pelizzoli

Márcia Carrera Campos Leal

Maria Luiza Carvalho de Lima

Nilcema Figueiredo

Paulo Henrique Novaes Martins

Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Sandra Valongueiro Alves

Sérgio Souza da Cunha

Solange Laurentino dos Santos

Thália Velho Barreto de Araújo

*Dedico esta dissertação à minha
Mãezuca que me ensinou que
com o conhecimento podemos
garantir uma estrada pouco
tortuosa e feliz.*

AGRADECIMENTOS

- *A Deus que vem iluminando meu caminho e me colocando em estradas com poucas curvas.*
- *À Minha Mãezuca, Conceição, que sempre exigiu o melhor do melhor e me fez perceber que construir uma vida com dedicação é uma dádiva.*
- *A Ricardo, meu noivo, pela paciência e pelas revisões dos dados que realizou comigo na fase mais estressante dessa caminhada.*
- *A todos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família- UPE, em especial a: Paulette Cavalcanti, Dulcilene Araújo, Fabiana Fernandes e Maria Bernadete Antunes pelo incentivo diário.*
- *À equipe de Fonoaudiologia do HUOC (Elane Ivo, Helena Pinto, Patrícia Luna) pelo apoio nas horas de necessidade e à Socorro Porto pela sensibilidade comigo e como toda a equipe.*
- *A turma do Mestrado PPGISC 2010 pelas trocas de conhecimento, pelos momentos de alegria e pelo carinho ao longo dessa caminhada.*
- *A Moreira, pela paciência e competência demonstrada sempre.*
- *A todos os Professores do Mestrado que me fizeram ampliar meus conhecimentos além da Fonoaudiologia e ver a saúde de forma ampliada em número e cores.*
- *A querida tia Patrícia Verônica, que nos deixou tão cedo: uma parte dessa dissertação é sua!*
- *Aos meus amigos e familiares por entenderem e apoiarem minha ausência.*
- *À Ana Bernarda Ludermir, minha orientadora e iluminadora, pelas horas dedicadas não só na pesquisa, mas em lições de vida, que vão acompanhar toda minha vida.*

AMAMENTAÇÃO

Amamentação

Entrega que transcende a
Sensibilidade do entendimento
Ficando sempre na memória
E tatuado no espírito
Laços de carinhos que se eternizam
Aplacando inseguranças
E o medo do desconhecido
Longe do lago seguro em que vivia....
Banhado de carinho.

Ato que às vezes parece tão mecânico
Mas só a criaturinha que está recebendo
Este sumo divino... É que sabe.....
Que não só alimento está solvendo
E sim presenciando um ato de ternura....
Da natureza por meio de sua mãe.

Que por mais desnutrida que esteja
Tira forças de suas entranhas... E dá ao filho...
A essência de que tanto ele necessita.
Não só para fortalecer o pequeno corpo
Mas também para acalentar a alma.
Que feliz se manifesta através do olhar brilhante
Que o filhote dirige...
A sua mãe.

ELIANA DE FARO VALENÇA

RESUMO

O aleitamento materno favorece a saúde materno-infantil, diminuindo o risco de morbimortalidade da mulher e da criança, porém alguns fatores podem dificultar ou impedir essa estratégia para fortalecimento da saúde dessa população. O objetivo do presente estudo de coorte, realizado no período de julho de 2005 a dezembro de 2006, foi estimar a frequência, início e continuidade do aleitamento materno e os fatores de risco associados ao período pré, Peri e pós-natal associadas a mulheres e crianças, cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do Recife. A população do estudo foi constituída por 753 mulheres que foram entrevistadas durante o período gestacional e após seis meses de vida do bebê, com entrevistas realizadas pessoalmente com ela. Na análise de dados foram medidas a média, mediana e desvio padrão do tempo de aleitamento das mulheres e o OR (*odds ratio*) foi a medida de associação adotada. Foi observada uma prevalência de 96,41% no início do aleitamento e de 47,41% na continuidade. Além disso, foi observada redução de 49% na taxa do aleitamento materno, quando comparado a continuidade até o sexto mês de vida do bebê. Na análise bivariada foram observadas associações entre o não início do aleitamento materno e poucos anos de instrução (OR=3,34, IC95%: 1,16-10,77), e o pré-natal inadequado (OR=3,21, IC95%= 1,31-7,87), assim como da descontinuidade do aleitamento com a não aceitação da gravidez pelo companheiro (OR=1,16, IC95%=1,01-1,84), com o tipo de parto cesariano (OR=1,37, IC95%=1,01-1,84), com ausência de fonte de renda (OR= 0,65, IC95%= 0,49-0,87), com o relato de dificuldade de aleitar (OR= 1,96, IC95%=1,35-2,81), com assistência pré-natal inadequada (OR=2,01, IC95%=1,22-3,33) e com o trabalho no puerpério (OR=0,50, IC95%=0,36-0,67). Após ajuste, a associação do não início do aleitamento materno com a assistência pré-natal inadequada (OR=3,2, IC95%=1,31-7,87) e da descontinuidade do aleitamento até o sexto mês de vida do bebê com a assistência pré-natal inadequada (OR= 1,97, IC 95%= 1,18-3,30) e com o trabalho no puerpério (OR=1,97, IC95%=1,40-2,80). Considerando a necessidade de fortalecimento da estratégia do aleitamento materno e os fatores de risco levantados, conclui-se que estudos sobre a influência do uso do álcool e do tabaco pelas mulheres durante a gravidez devem ser aprofundados e que a estratégia de incentivo ao aleitamento deve ser estendida no pós-parto e nas consultas de puericultura.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Tabagismo, Alcool, Pré-natal, Trabalho no Puerpério.

ABSTRACT

Breastfeeding promotes maternal and child health, reducing the risk of morbidity and mortality of women and children, but some factors may hinder or prevent such a strategy for strengthening the health of this population. The aim of this cohort study, carried out between July 2005 and December 2006, was to estimate the frequency, start and continuity of breastfeeding up to the infant's 6 months of age and the risk factors associated with pre, peri and post-natal period in women who registered in the Primary Health Care Program (Health Family Program - HFP and Community Health Workers Program) in the study area. had registered with the Primary Health Care Program in the Health District II of Recife. The study population consisted of 753 women who were interviewed during pregnancy and after six months of baby's life with interviews with her personally. In the analysis of data mean, median and standard deviation of the duration of breastfeeding were measured. Odds Ratio (OR) and 95% CI were measures of the association. There was a frequency of 96.41% in early lactation and 47.41% in continuity. The rate of breastfeeding decreased 49% after sixth months of baby's life. In bivariate analysis associations were observed between the non-initiation beginning of breastfeeding and partner year of education (OR=3,34, 95%CI=1,16-10,77), and inadequate prenatal care (OR=3,21, 95%CI=1,31-7,87), as well as the discontinuation of breastfeeding with mothers acceptance of pregnancy (OR=1,16, 95%CI=1,01-1,84), with the type of cesarean delivery (OR= 1,37, CI 95%=1,01-1,84), with no source of income (OR= 0,65, 95%CI=0,49-0,87), with reporting difficulty in breastfeeding (OR= 1,96, 95%CI=1.35-2.81), with inadequate prenatal care (OR=2,01, 95%CI=1.22-3.33) and the return to work (OR=0.50, 95%CI=0,36-0,67). After adjustment, the association of non-initiation of breastfeeding with inadequate prenatal care (OR=3.20, 95%CI=1.31-7,87) and discontinued breastfeeding until to sixth month of baby's life with prenatal care (OR=1,97, 95%CI=1,18-3,30) and the work in the postpartum period (OR=1,97, 95%CI=1.40-2,80). Considering the need for strengthening the strategy of breastfeeding and the risk factors found, it is concluded that studies on the influence of alcohol and tobacco by women during pregnancy should be investigated and that the strategy of encouraging breast-feeding should be extended to the postpartum and the child care in the primary care.

KEY-WORDS: Breastfeeding, Smoking, Alcohol, Prenatal, Work in postpartum period.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Revisão Bibliográfica dos Fatores que podem influenciar o aleitamento materno.....	Pág. 21
Figura 2- População de estudo.....	Pág. 41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sócio-econômicas e demográficas da mulher, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.51
Tabela 2- Características das variáveis relacionadas ao trabalho no puerpério e assistência pré-natal, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág. 52
Tabela 3- Uso de álcool e tabaco, antes e durante o período gestacional, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.52
Tabela 4- Descrição da amostra segundo características da mulher e do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.53
Tabela 5- Início e continuidade do aleitamento materno, Recife- Pernambuco, 2005-2006.....	Pág. 54
Tabela 6- Associação entre as variáveis sócio-econômicas e demográficas com o não início do aleitamento, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.55
Tabela 7- Associação das variáveis relacionadas as características da mulher e do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.56
Tabela 8- Associação entre a assistência pré-natal e o não início do aleitamento materno, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.57
Tabela 9- Associação entre o uso de álcool e tabaco com o não início do	

aleitamento materno.....	Pág.58
Tabela 10- Associação entre as variáveis sócio-econômicas e a descontinuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.58
Tabela 11- Associação entre as variáveis relacionadas a mulher e o bebê com a descontinuidade do aleitamento até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.59
Tabela 12- Associação entre o trabalho no puerpério e a descontinuidade ao aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág. 60
Tabela 13- Associação entre a assistência pré-natal e descontinuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.60
Tabela 14- Associação entre o uso de álcool e tabaco e continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág. 61
Tabela 15- Associação das co-variáveis com as variáveis independentes do estudo, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.62
Tabela 16- Associação do não início do aleitamento e assistência pré-natal ajustada pelas outras variáveis, Recife- Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.66

Tabela 17- OR ajustado da associação das variáveis- continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de gestação e o trabalho no puerpério, Recife-Pernambuco, 2005-2006.....	Pág.67
--	--------

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	Pág.15
2. INTRODUÇÃO.....	Pág.17
2.1 A estratégia do aleitamento e a saúde materno-infantil.....	Pág.18
2.2 Fatores associados ao desmame precoce.....	Pág. 20
2.3 O uso do álcool e tabaco no período gestacional e o aleitamento materno: consequências para mãe e o bebê.....	Pág. 24
2.4 Assistência pré-natal e aleitamento materno.....	Pág. 28
2.5 Trabalho e aleitamento materno.....	Pág. 32
3. JUSTIFICATIVA.....	Pág. 34
4. OBJETIVOS.....	Pág.36
4.1 Objetivo Geral.....	Pág.37
4.2 Objetivos Específicos.....	Pág.37
5. MÉTODOS.....	Pág.38
5.1 Área de Estudo.....	Pág.39
5.2 População de Estudo.....	Pág.40
5.3 Seleção, Treinamento das Entrevistadoras e Estudo Piloto.....	Pág.42
5.4 Coleta de Dados.....	Pág.43
5.5 Instrumento da coleta de dados.....	Pág.44
5.6 Definição das Variáveis.....	Pág. 46
5.6.1 Variáveis Dependentes.....	Pág.46
5.6.2 Variáveis Independentes.....	Pág.46
5.6.3 Variáveis sócio-econômica e relacionadas à mulher e ao bebê.....	Pág.47
5.7 Plano de Descrição e Análise dos Dados.....	Pág.48
5.8 Considerações Éticas.....	Pág.48
6. RESULTADOS.....	Pág. 50
6.1 Caracterização da Amostra.....	Pág. 51
6.2 Fatores associados ao do início do aleitamento materno: análise	

bivariada.....	Pág. 54
6.3 Fatores associados à descontinuidade do aleitamento materno a partir do sexto mês de vida do bebê: Análise Bivariada.....	Pág.58
6.4 Análise dos fatores de exposição que interferem no Aleitamento Materno com as variáveis relacionadas a mulher e o bebê.....	Pág.61
6.5 Fatores Associados ao não início e descontinuidade do aleitamento materno- Análise multivariada.....	Pág. 66
7. DISCUSSÃO.....	Pág.68
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	Pág.76
REFERENCIAS.....	Pág.78
ANEXOS.....	Pág.95
ANEXO A- Seções utilizadas do questionário da Mulher.....	Pág.96
ANEXO B- Questionário da Puérpera.....	Pág.114
ANEXO C- Cópia do parecer do comitê de ética.....	Pág.139
ANEXO D- Artigo 1- <i>A ESTRATÉGIA DO PRÉ-NATAL NO FORTALECIMENTO DO ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO DE COORTE</i>	Pág.140
Anexo E- Cópia do recebimento do artigo 1 pelo <i>Cadernos de Saúde Pública</i> .	Pág.158

1. APRESENTAÇÃO

Evidências científicas demonstram que o aleitamento materno traz vantagens para o recém-nascido, tanto do ponto de vista nutricional, contendo os componentes adequados e com a biodisponibilidade ideal para desenvolvimento do lactente, como do ponto de vista da proteção que a especificidade do leite humano confere, além dos aspectos emocionais, sociais e de prevenção de doenças na vida adulta, entre outros (Ministério da Saúde, 2009).

Vários pesquisadores vêm tentando compreender os fatores que influenciam o início e manutenção do aleitamento materno.

Faleiros *et al* (2006) analisaram os fatores que influenciam por meio de pesquisas, chegando à conclusão de que a maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, pouca atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar, são freqüentemente considerados como determinantes do desmame precoce. Contudo, outros, como o apoio familiar, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pela amamentação. Esse estudo também traz como dado o fato de que os aspectos culturais e a história de vida da mãe foram os mais importantes na decisão materna pelo aleitamento e pelo momento do desmame.

Em um estudo sobre o aleitamento, em todo o Brasil, com 34.366 crianças menores de um ano, foi verificada uma freqüência de aleitamento materno na primeira hora na região Nordeste de 66,9% (65,4%-68,5%). Porém esse percentual diminuiu quando se pesquisou o AME nos seis primeiros meses, no qual se observou uma freqüência de 37% (35%-39%) (Ministério da Saúde, 2009).

A partir disso surge a necessidade de aprofundar os estudos sobre os fatores que influenciam o aleitamento materno, negativamente. Para isso, este estudo se propõe a compreender a influência do uso de tabaco e álcool no período gestacional, da assistência pré-natal e do trabalho fora de casa no puerpério.

2. INTRODUÇÃO

2.1 A estratégia do aleitamento e a saúde materno-infantil

O aleitamento materno vem sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma estratégia de proteção para saúde materno-infantil e devido a isso muitos pesquisadores vem verificando seus benefícios.

Tem sido recomendado o aleitamento exclusivo até o sexto mês, introduzindo alimentos a partir daí, porém mantendo o aleitamento até o segundo ano de vida (OPAS, 2001).

Para uma melhor compreensão da recomendação do aleitamento materno, este foi categorizado de acordo com o tipo de adesão, segundo definição da OPAS (2001) e OMS (Brasil, 2002):

- Aleitamento materno exclusivo (AME)- a criança recebe apenas leite materno, diretamente da mama ou extraído, sem utilizar nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante (AMP)- quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como suco de frutas ou chás.
- Aleitamento materno (AM)- caracteriza pelo fato da criança receber o leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer outro alimento.

Réa (2004), em um dos seus estudos, observou que os estudos relatam uma relação positiva entre amamentação e menor incidência de doenças como câncer de mama, certos cânceres do epitélio ovariano e certas fraturas ósseas por osteoporose, especialmente de quadril. Alguns estudos apontaram o efeito da amamentação e a redução do risco de artrite reumatóide, e outros abordam o retorno ao peso pré-gestacional mais precoce (Jorgensen *et al*, 1996; Musiej-owakowska Plosk, 1999). Outros estudos associam a amamentação à amenorréia pós-parto e ao conseqüente maior espaçamento intergestacional (Réa, 2004; Ceccati *et al*, 2004).

O sistema imunológico inato no leite materno é complexo e oferece proteção ao tecido mamário da mãe, indicando que a amamentação reduz o risco de câncer de mama (Armogida *et al*, 2004). Martin *et al* (2005) realizaram uma pesquisa com 4000 amostras,

originalmente investigadas entre 1937 e 1939, e encontraram, através da metanálise, que a taxa de câncer de mama diagnosticado em mulheres em pré-menopausa foi aproximadamente, 12% inferior entre aquelas que foram amamentadas quando bebê.

A mulher quando realiza o aleitamento materno exclusivo (AME), apresenta um processo de amenorréia que é considerado um método de contracepção natural, que diminui o intervalo intergestacional e é também um excelente estímulo à saúde da criança (Cecatti *et al*, 2004; Réa, 2004; Egbunu *et al*, 2005).

Ainda sobre os benefícios da amamentação para a puérpera, um estudo realizado com 405 mulheres acompanhadas dos 6 aos 9 meses no pós-parto confirmou a associação entre a amamentação e a perda de peso, que foi em média de 0,44kg por mês (Kac *et al*, 2004).

Levando em consideração os aspectos psicológicos, a amamentação, quando realizada com sucesso, pode se tornar um elemento que facilita a sintonia da mãe com o bebê, atendendo às suas necessidades primordiais e contribuindo para que ele desenvolva a capacidade de estabelecimento de relações objetais; capacidade que se ampliará do objeto materno para o mundo exterior, norteando, inclusive, seus futuros relacionamentos (Costa e Locatelli, 2008).

Para a criança os benefícios do aleitamento materno são vários. Segundo Tinoco *et al* (2007), o leite materno fornece um fração lipídica que é a maior fonte de energia, além de nutrientes essenciais, tais como vitaminas lipossolúveis e ácidos graxos poliinsaturados. Além disso o leite materno favorece o desenvolvimento infantil, além de fortalecer os aspectos emocionais, sociais e de prevenção de doenças na vida adulta (Brasil, 2004; Sandes *et al* 2007).

Além da presença dos fatores de proteção contra infecções no leite materno, a amamentação evita os riscos de contaminação no preparo de alimentos lácteos e de diluições inadequadas que interferem no crescimento das crianças (Brasil, 2002).

Toma e Réa (2008) revisaram vários estudos sobre o AM e apontaram como benefícios: proteção de crianças amamentadas contra a mortalidade neonatal e infantil quando comparadas às crianças que não foram amamentadas, principalmente quanto à morbidade por diarreia; proteção do colostro contra agentes patogênicos e a prevenção de ocorrência da hipotermia pelo contato com a pele da mãe.

A influência do AME na diarreia foi comprovada por Popkin *et al* (1990), em um estudo longitudinal realizado com 3000 puérperas. Os autores concluíram que a adição de outros alimentos no período de aleitamento está associada ao aumento na ocorrência da mesma.

Outro aspecto relacionado às vantagens do aleitamento é o desenvolvimento das funções orais de sucção, mastigação, deglutição e fala, além do bom desenvolvimento da respiração. O ato de sucção no aleitamento materno poderá desenvolver adequadamente os órgãos fonoarticulatórios (OFA'S) e favorece a mobilidade dos mesmos. O bebê que é favorecido pelo aleitamento materno mantém a postura de repouso de lábios ocluídos e respiração nasal. Quando ocorre o desmame precoce, a postura de lábios entreabertos do bebê é mais comum, facilitando a respiração oral (Neiva *et al*, 2003; Medeiros *et al*, 2009).

Saes *et al* (2006) concluíram que o Brasil está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS e que apesar das campanhas de incentivo ao AM, a realidade é diferente, uma vez que as crianças são amamentadas, em média, por 23 dias.

2.2 Fatores associados ao desmame precoce

Além dos benefícios, os fatores que influenciam o desmame do AM também tem sido objeto de estudo na tentativa de indicá-los como fator de risco, assim como de traçar estratégias que fortaleçam essa estratégia.

Vários autores realizaram estudos de coorte para investigar fatores que influenciam o aleitamento materno e que são apresentados na Figura 1.

Autor(es)	Ano/ Local de Estudo	Fatores levantados que influenciam o desmame	N
<i>Vieira et al. (2010)</i>	A partir de 2004/ Bahia	- Falta de experiência com a amamentação; - Presença de fissura mamilar; - Dificuldade com horários da amamentação; - Uso da chupeta.	1309
<i>Bueno et al. (2003)</i>	A partir de 1998/ São Paulo	- Idade Materna (jovem); - Sexo do bebê (Feminino); - Anos de instrução (Nível fundamental).	450
<i>Soares et al. (2003)</i>	A partir de 1999/ Porto Alegre	- Uso de chupeta	250
<i>Haggkvis et al. (2010)</i>	1999-2008/ Noruega	- Parto Cesário; - Problemas durante o processo de amamentação; - Uso de suplemento alimentares.	107.000
<i>Roig et al (2010)</i>	2002-2003/Espanha	- Falta de Experiência com aleitamento materno; - Experiências anteriores negativas; - Baixa escolaridade; - Aleitamento exclusivo anterior inferior aos 4 meses; - Uso de leite artificiais.	270 (pares)
<i>Newton (2009)</i>	2004- 2005/Massachusetts	- Parto Cesário; - Presença de enfermidades dos bebês; - Mulheres com menos de 25 anos.	349

<i>Chaves et al (2007)</i>	A partir de 2003/Minas Gerais	- Idade materna inferior a 20 anos; - Idade gestacional inferior a 37 semanas; - N° de consultas de pré-natal inferior a 5. - Uso de álcool e tabaco; - Primeira mamada iniciada após 6 horas de vida do bebê; - Intercorrência com o recém nascido; - Uso de chupeta.	246
----------------------------	-------------------------------	--	-----

Figura 1- Estudos de coorte sobre fatores que influenciam o desmame do aleitamento materno

Dentre os fatores que podem dificultar o aleitamento materno temos aqueles que são classificados em fatores físicos que afetam a mães (Ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite, abscesso, mamilo plano ou invertido) e algumas doenças infecciosas que podem impedir definitivamente e temporariamente o aleitamento materno tais como: Mãe HIV-positivo, alcoolismo, mãe usuária de drogas, citomegalovírus e mãe com alguma doença de base que cause icterícia na mesma (Giugliane, 2004; Lana, 2001).

Alguns estudos referem que as mães que menos iniciaram a amamentação na primeira hora de vida foram as mais velhas, com maior escolaridade e maior renda, evidenciando-se dose-resposta (Silveira *et al*, 2008; Carracozza *et al*, 2005).

Carracozza *et al* (2005) ainda levanta como fatores de risco para o desmame a situação conjugal instável, baixo número de consultas pré-natais, experiência negativa anterior com aleitamento materno.

A assistência pré-natal e o trabalho fora de casa no puerpério também foram fatores levantados pelos pesquisadores sobre o aleitamento materno, em que se observa que uma

assistência pré-natal inadequada e mulheres que trabalham no puerpério apresentam maior probabilidade de desmame precoce (Al-Sahab *et al*, 2010; Silva, 2009; Carracoza, 2005).

Também encontramos vários estudos que ressaltam a importância do apoio social no início e continuidade ao aleitamento materno (Murhead *et al*, 2006; Albernaz *et al*, 2008; Muller & Silva, 2009).

Esse apoio social pode ser dado à gestante através de várias pessoas do seu convívio. Dentre elas, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional (Dessen & Braz, 2000).

A participação do genitor no incentivo ao aleitamento materno é um tema recente dentro dos estudos que envolvem o início do aleitamento materno, sendo um apoio social à gestante importante.

Em um estudo mais aprofundado, realizado através de um ensaio clínico controlado, Pisacane *et al* (2005) chegou à conclusão que os pais desempenham um papel importante no apoio da lactação e amamentação. Os dados observacionais sugeriram que os pais influenciam na decisão materna de como alimentar a criança e que as mães optam pela mamadeira quando não são apoiadas pelo companheiro.

Pontes *et al* (2008) e Tohotoa (2009) chegaram a mesma conclusão do estudo anterior, porém acrescentaram que muitas vezes os pais não são incluídos durante o período pré-natal nas orientações sobre amamentação, deixando toda a responsabilidade para a mãe.

Um ensaio clínico realizado por Susin *et al* (2008), avaliou a presença do pai em um programa de educação sobre AM, com 586 casais (201- grupo controle, 192- mães expostas apenas a intervenção e 193- com presença dos pais), cuja conclusão foi que há um aumento da taxa de AME do grupo com presença dos pais quando comparado aos demais.

Nessa perspectiva, observa-se que o apoio do pai e parceiro é fundamental para a adesão ao processo da amamentação. Porém, esse apoio deve ser integral e deve ser baseado em uma relação saudável na tríade mãe-pai-criança.

Por ultimo, o uso de tabaco e álcool no período de aleitamento vem sendo associado a descontinuidade do aleitamento materno além de ser levantado como um malefício para o bebê já que as substâncias contidas em ambos são transferidas para o leite materno (Buja *et al.*,2011; Mello,2001).

O ato de amamentar é uma decisão da nutriz, porém a construção de uma rede de apoio da puerpera e do bebê poderá facilitar o processo de adesão e manutenção do AME (Silva, 2001).

2.3 O uso de álcool e tabaco no período gestacional e o aleitamento materno: consequências para mãe e o bebê.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) refere que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Independente das classificações, o consumo de álcool e tabaco causam diversas alterações para a saúde das pessoas, de forma coletiva e individual. O que se observa é que a prevalência e fatores associados ao consumo abusivo de álcool está em torno de 14,3%, sendo 29,2% para os homens e 3,7% para as mulheres Costa *et al* (2004).

Quando vamos relacionar o uso de álcool à população feminina, vemos que elas não são alvo de ações e que para esse público as representações sobre o uso do álcool estão ligadas às relações familiares, profissionais e de gênero, que definem os modos de classificação do uso do álcool concebidos como socialmente aceito e como abusivo e, por essa via, acionam um sistema de acusações, que envolve os valores próprios do universo sociocultural no qual estão inseridas, identificando-as como “mulheres que abusam do álcool”, isto é, mulheres

que não cumprem suas obrigações sociais nas esferas da família e do trabalho (Campos & Reis, 2010).

Até o século 20, o uso do tabaco pela mulher era pouco freqüente, já que havia o domínio masculino e o ato de fumar do sexo feminino era considerado algo grosseiro, porém a partir da década de 60 e 70, com emancipação feminina o hábito de fumar tornou-se rotineiro e começou a fazer parte do cotidiano (Eirnarson & Riordan, 2009).

A incidência de tabagismo na população do sexo feminino em idade fértil vem aumentando ao longo dos anos. Esse consumo na maioria das vezes é mantido no período gestacional, acarretando problemas para o bebê (Machado & Lopes, 2009). A partir dessa observação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), promoveu em Janeiro de 1999 em Genebra uma consultoria em vários países desenvolvidos correlacionando o cigarro no meio-ambiente e a saúde da criança (Utagawa *et al*, 2007).

O uso do tabaco durante o período gestacional pode trazer diversas alterações desde o período pré-natal até a infância do bebê, tais como: parto pré-termo, baixo peso ao nascer, à microcefalia, ao Índice de Apgar baixo aos 5 minutos de vida, a abortos e à morte neonatal (Correia *et al*, 2007; Machado & Lopes, 2009).

A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução do peso ao nascer, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes, além disso durante a amamentação as substâncias tóxicas do cigarro são transmitidas para o bebê através do leite materno (Carlini *et al*, 2001).

Com o objetivo de descrever o consumo de álcool e cigarro em gestantes adultas e identificar a associação desse consumo ao resultado obstétrico foi realizado um estudo do tipo transversal, no qual foram incluídas 433 puérperas adultas e seus filhos atendidos em maternidade pública do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2006, onde se observou que as características maternas associadas ao fumo na gestação foram: situação marital (mulheres sem companheiro) ($p=0,005$); idade materna (>35 anos) ($p=0,01$) e assistência nutricional pré-natal (média de 2,3 consultas) ($p=0,003$). Além disso, o fumo durante a gestação foi

fortemente associado ao uso do álcool, sendo que 31,3% das gestantes fizeram uso concomitante de cigarro e álcool ($p<0,05$). Quanto ao uso de álcool, as características associadas a essa prática foram situação marital (sem companheiro) ($p=0,003$); e história de aborto ($p=0,04$). Não foi verificada associação entre o uso de álcool e cigarro na gestação e as condições ao nascer (idade gestacional, peso ao nascer e intercorrências com o recém-nascido, $p>0,05$) (Freire, Padilha & Saunders, 2009).

O uso do tabaco pode trazer vários malefícios para o bebê, mesmo quando a mãe não é fumante. Em um estudo realizado com 150 mulheres não fumantes, onde uma parte destas (13,3%) foram expostas ao fumo passivo e apresentaram resultado significativo no apgar de seu bebês ($p=0,02$). Porém não foi encontrada relação significativa entre o fumar passivo durante o período gestacional e peso ao nascer, início e dificuldades no aleitamento materno (Wdowiak; Wiktor & Wdowiak, 2009).

Um outro estudo realizado por Beker *et al* (1999), mediu o nível de cotinina urinária nos lactentes de mães fumantes. A cotinina urinária é um dos exames específicos que servem para avaliar o grau de dependência à nicotina. O estudo de Beker *et al* (1999) foi do tipo caso-controle em que esses níveis foram medidos em crianças expostas ao aleitamento materno e um controle de mães que não aleitaram. O nível de cotinina foi mais elevado nas mães fumantes que aleitaram ($P=0,05$), indicando que mulheres fumantes que aleitam podem causar dependência aos seus filhos.

Chou *et al* (2008) também avaliou a dependência do tabaco através do nível de cotinina em que conclui que as mulheres com baixo nível de cotinina apresentavam uma maior probabilidade de aleitamento quando comparadas às mulheres com alto nível de cotinina ($OR=5.5$).

Embora alguns estudos indiquem que há diminuição do uso de cigarro durante a gestação devemos perceber que essa redução está ligada a alguns fatores. Um estudo realizado na Austrália, com o objetivo de investigar as características sócio-demográficas de gestantes que pararam de fumar durante a gravidez e a associação de cessação do tabaco e a duração

do aleitamento materno, realizado com 587 mulheres, trouxe como principais resultados: 39% das mulheres eram fumantes, mas deste total que fumavam antes da gravidez 34% pararam de fumar. As mulheres que eram primíparas apresentavam duas vezes mais chances de deixar de fumar no período gestacional do que mulheres multíparas. A quantidade de cigarro também influenciava o abandono do cigarro (OR=0,36; IC 95%= 0,18-0,69, $p>0,05$) (Giglia, Binns & Alfonso, 2006).

Quanto ao uso do álcool estima-se que aproximadamente 20% das mulheres façam uso de álcool durante a gravidez. Este hábito tem aumentado significativamente nos últimos anos, apesar de ser uma causa evitável de defeitos congênitos e de alterações no desenvolvimento da criança. Tal fato é preocupante, principalmente quando se sabe que o consumo de álcool durante a gestação envolve grande risco, devido à embriotoxicidade e teratogenicidade fetal que a ele estão relacionadas, transformando-se em sério problema de saúde pública, com enormes repercussões físicas, cognitivas e comportamentais (Santos & Santos, 2009).

Apesar de haver evidências desde a antigüidade sobre o efeito prejudicial do álcool (etanol), somente neste século (final da década de 60 e começo da década de 70) se iniciou a pesquisa do álcool como um agente capaz de induzir malformações e retardo mental no feto. A partir de então, foi introduzido o termo Síndrome do Álcool Fetal (SAF) para definir um conjunto de características associadas ao alcoolismo materno, caracterizado por malformações, alterações principalmente faciais, retardo de crescimento, retardo da maturação psicomotora e desenvolvimento intelectual diminuído. Atualmente, esta síndrome é reconhecida como a principal causa de retardo mental em países desenvolvidos (Schüler-Faccini & Peres, 2010; Centers for Disease Control and Prevention, 2002; Bauer, 1999).

Quanto ao uso do álcool durante o período pré e pós-natal a saúde pública se depara com um agravante que é o folclore de algumas culturas que encorajam as mulheres a utilizarem álcool para otimizar a produção do leite materno e nutrição infantil (Menella, 2001).

Estudos experimentais e comportamentais vêm mostrando que o uso do álcool durante o período de aleitamento, diminuem a lactação moderadamente, além de sugerir: modificação do comportamento, com valores reduzidos de hormônio luteinizante e produção de leite, com aumento na quantidade de gordura e redução de lactose; aumento da lipogênese, na atividade da lipase lipoprotéica e hormônio sensível, alterações nas estruturas celulares epiteliais da mama, anormalidade na produção da caseína; redução na liberação da oxitocina e prolactina, provocando diminuição na ejeção do leite, diminuição de peso e conteúdo protéico da mama. (Menella, 2008; Pueta, 2008).

Nos recém-nascidos observa-se redução no consumo alimentar, no peso corporal, no crescimento, desenvolvimento, glicogênio hepático, glicemia, aminoácidos plasmáticos, insulina, glicerol, ácidos graxos e uremia, aumento de acetoacetato no sangue, quando amamentados por animais alcoolizados na gestação/ lactação; a ingestão na lactação provoca nas crias alterações no fígado como redução de peso, triglicerídeos, proteínas, DNA e lipídios; no sangue: baixa de proteínas, triglicerídeos, colesterol, ácidos graxos, glicerol, com elevação de β -hidroxibutirato; alteração do sistema motor e do comportamento. A análise dos parâmetros envolvidos sugere a necessidade de mais estudos, que possibilitem estabelecer com segurança, o limite mínimo de consumo de álcool que poderá provocar efeitos patológicos no binômio mãe/filho (Burgos *et al*, 2004).

Diante desses achados, a investigação da associação entre o uso de álcool e tabaco com o início e duração do aleitamento materno torna-se importante

2.4 Assistência pré-natal e aleitamento materno

A gravidez em muitas situações é o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de uma grande oportunidade para uma assistência direcionada à promoção da saúde da mulher, orientação e rastreamento de enfermidades (Costa *et al*, 2010).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, lançado em junho de 2000, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da

cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tivessem fortes evidências de que são efetivas (Serruya, 2004).

O Ministério da Saúde traz a assistência pré-natal como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito.

Para possibilitar a atenção a tais aspectos, exige-se um cuidado centrado no usuário, que se contrapõe ao centrado em procedimentos. O enfoque/ênfase na gestante deve ser sustentado em tecnologias leves, cuja atenção se volte para a saúde, a partir de uma inter-relação, envolvendo um vínculo, um acolhimento e uma responsabilização (Albuquerque *et al*, 2011).

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (BRASIL, 2005).

Ainda Segundo o Ministério da Saúde (2005), o pré-natal deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal. Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco

perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

Para verificação da eficácia do pré-natal, alguns autores procuraram ajustar indicadores que avaliassem se os cuidados com a gestante e feto estão sendo realizados de forma adequada. Alguns deles utilizaram critérios qualitativos e outros quantitativos. Os estudos quantitativos levam em consideração o período de início do pré-natal e o número de consultas realizadas no período gestacional. Há ainda quem utilize exames laboratoriais como referência para verificação da adequação do pré-natal (Carvalho e Araújo, 2007).

Um desse é o Índice de Kessner que classifica o pré-natal da seguinte maneira: adequado - o pré-natal com seis ou mais consultas; início antes de 20 semanas de gestação e, pelo menos, um registro de todos os exames laboratoriais de rotina; inadequado - o pré-natal com menos de três consultas ou com início após 28 semanas de gestação, ou nenhum registro de exame; intermediário - todas as demais situações (Koffman e Bonadio, 2005).

Outro índice bastante utilizado é o APNCUI que caracteriza a utilização do pré-natal em duas dimensões independentes e distintas: a adequação início do cuidado pré-natal agrupada em quatro categorias, e a adequação da atenção recebida, baseada no número esperado de consultas, de acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), para gestações não complicadas, também em quatro grupos. A razão entre o observado e o esperado categoriza a utilização em sobreadequada, adequada, intermediária e inadequada (Silveira & Santos, 2004).

Koltelchuck (1994) classifica o pré-natal em quatro categorias: inadequado (Gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e fizeram menos de 50% das consultas esperadas), intermediário (gestantes que iniciaram cuidados pré-natais antes e durante o 4º mês e fizeram de 50 a 79% das consultas), adequado (Gestantes que iniciaram o pré-natal antes e durante o 4º mês de gestação e fizeram de 80 a 109% de consultas) e mais que adequado (Gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o 4º mês e tiveram 110% de consultas ou mais em relação ao esperado para idade gestacional).

Leal *et al* (2004) adaptou o índice de Kotelchuck (1994) incluindo na classificação mais uma categoria: as mulheres que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Sabendo que o período pré-natal tem como proposta a passagem de informações sobre a importância do aleitamento materno, assim como, das dificuldades que a puérpera poderá encontrar no período de aleitamento, a realização de um pré-natal eficaz pode favorecer essa prática (Oliveira, Patel, Fonseca, 2004).

É importante ressaltar que há poucos estudos que associem o pré-natal às variáveis relacionadas ao aleitamento materno, indicando a necessidade de aprofundamento sobre o tema.

Em um estudo descritivo realizado em Caxias do Sul observou-se que 74% (n=496) das mulheres entrevistadas receberam orientação sobre a importância do aleitamento materno, porém não foram investigadas associações entre a adequação do pré-natal e o aleitamento materno (Trevisan *et al*, 2009).

Outro estudo, desta vez um coorte, com o objetivo de identificar fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno encontrou associação entre o desmame e o número de consultas de pré-natal inferior a seis (OR=1,60, IC95%= 1,10-2,33) (Espírito Santo, 2006).

O incentivo precoce ao aleitamento materno exclusivo, representado pela transmissão às mães e familiares sobre a importância do início da prática nas primeiras horas de vida assim como a orientação no pré-natal que apresenta importante efeito na amamentação, principalmente se houver a orientação sobre técnicas e o fortalecimento da autoconfiança da gestante (Dubeux *et al*, 2004).

É importante salientar que a equipe de Saúde da Família deve ser a porta de entrada para desenvolvimento de estratégias que sensibilizem a gestante e a garanta o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida do bebê. Em um estudo realizado com 1423 mulheres,

dentro da estratégia da saúde da família foi observado que houve aumento significativo no aleitamento materno exclusivo após atividades educativas voltadas às equipes de Saúde da Família. As curvas de sobrevivência para o aleitamento materno exclusivo no primeiro momento não mostraram diferença estatisticamente significativa entre as mães assistidas por ambos os grupos ($p=0,502$). Após a intervenção, as curvas de sobrevivência para o aleitamento materno exclusivo mostraram-se significativamente diferentes ($p=0,001$) (Caldeira, Fagundes, Aguiar, 2008)

Isso pode indicar que ações individuais no pré-natal não são suficientes para o fortalecimento da estratégia do pré-natal devendo ser implementadas dentro do cuidado materno-infantil grupos de gestantes, visitas domiciliares, busca ativa, dentre outras ações propostas dentro da estratégia da saúde da família (Sousa & Hamman, 2009).

2.5 Trabalho e aleitamento materno

Atualmente existem leis trabalhistas que favorecem as gestantes e puérperas manterem seu cuidado pessoal e o cuidado com o bebê, incluindo o aleitamento.

Os direitos sociais das gestantes foram conquistados por uma luta pelos direitos das mulheres, desenvolvida a partir de um entendimento da necessidade de proteção à gestante e seu bebê. A legislação brasileira, através da Constituição Federal, artigo 7º, prevê a proteção dos direitos das mulheres, inclusive na seção referente aos direitos dos trabalhadores, enfatizando a proteção da mulher no mercado de trabalho e na sociedade, mediante dispositivos específicos.

Pela Constituição Federal e pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), no que se refere aos direitos trabalhistas pode-se encontrar um apanhado de situações que podem beneficiar a mulher em seu período pré e pós-natal, tanto quando falamos de uma gestação natural, quanto nos casos de adoção.

No seu retorno às atividades, devem oferecer-lhes todas as facilidades para que o aleitamento prossiga até os seis meses de vida da criança, pelo menos. Enquanto a mulher estiver amamentando, mesmo após o término da licença maternidade, ela tem direito a um horário especial de trabalho, com dois descansos – de 30 minutos cada – durante sua jornada, destinados à amamentação (CLT, art. 396).

Em um estudo realizado com o objetivo de verificar a prevalência do aleitamento de mulheres que trabalhavam foi observado que entre as mães com filhos menores de quatro meses observou-se que no grupo de mães “trabalhadoras” a prevalência de *amamentação total* foi significativamente menor (79,3% vs. 84,6%, $p=0,036$) e que ao avaliar o efeito da licença maternidade nesse grupo, a prevalência de *aleitamento materno exclusivo* foi significativamente maior entre aquelas com licença maternidade (29,6% vs. 8,9%; $p=0,005$) (Vianna *et al*, 2007).

Outro estudo exploratório realizado em 13 indústrias de São Paulo em 1994, onde todas as mulheres no terceiro trimestre da gestação (76%) foram entrevistadas e reentrevistadas (69%) na volta ao trabalho (em torno de 5,4 meses pós-parto) verificou que 97% das mulheres iniciaram a amamentação apresentando uma duração mediana de 150 dias. Já com o Aleitamento Materno Exclusivo, a duração mediana foi de 10 dias, e à Amamentação Predominante, a mediana foi de 70 dias (Rêa *et al*, 1997).

Os estudos acima demonstram que o trabalho no puerpério no período de aleitamento pode ser um fator de risco para o desmame precoce, podendo interferir diretamente na saúde do bebê e na relação mãe-bebê.

3 JUSTIFICATIVA

O incentivo ao aleitamento materno é uma estratégia de proteção à saúde materno-infantil, além de ser um estímulo para o fortalecimento do vínculo e afeto mãe e bebê.

Vários autores procuraram identificar os fatores de risco que impedem o início do aleitamento materno, assim como com a continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê.

Estudar os fatores que influenciam o início do aleitamento materno e sua manutenção conforme preconiza a OMS é de suma importância para a saúde pública, já que ao se conhecer a causa que influencia negativamente a amamentação pode-se diminuir a morbimortalidade infantil.

Apesar de serem considerados fatores de risco para a ausência do aleitamento e para o desmame precoce, o uso de álcool e tabaco no período gestacional é pouco estudado, assim como trabalho no puerpério e a adequação do pré-natal, sendo essa última mais relacionada ao risco no parto.

A análise dos fatores que influenciam o aleitamento materno positivamente ou negativamente poderá ajudar na definição de estratégias e políticas que favoreçam o início e continuidade do ato de amamentar até o sexto mês de vida do bebê de forma exclusiva.

Com isso, verificar a frequência e definir as relações dos fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno pode trazer informações importantes para o fortalecimento da estratégia proposta pela OMS, assim como subsídios para novas associações ou necessidade de aprofundamento dos estudos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência do uso de álcool e tabaco no período gestacional, da assistência pré-natal e do trabalho fora de casa no puerpério sobre o aleitamento materno em mulheres cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Recife, no período entre 2005 e 2006.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sócio-econômicas e demográficas das mulheres participantes dessa pesquisa;
- Identificar o consumo de álcool e tabaco antes e após o período gestacional;
- Analisar assistência pré-natal;
- Analisar a associação entre o início do aleitamento e a sua continuidade ao uso de álcool e tabaco, a assistência pré-natal e o trabalho fora de casa no puerpério;
- Verificar outros fatores que podem influenciar no aleitamento materno na população estudada.

5 MÉTODOS

Um estudo de coorte prospectivo foi conduzido a partir do projeto “ Violência na gravidez: determinantes e conseqüências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais”, no Distrito Sanitário II, da cidade do Recife, PE, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIT). A partir dos dados coletados, uma nova pesquisa foi idealizada com os objetivos de

5.1 Área de Estudo

Considerando as características semelhantes da população dos DS do município do Recife, o estudo foi realizado em apenas um DS. O DS II foi selecionado anteriormente no estudo original e os dados a serem analisados seguirão o mesmo.

A cidade do Recife é dividida em seis regiões político-administrativas(RPAs), sendo cada uma subdividida em três microrregiões (MR). No setor da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). Há 214 equipes do Programa Saúde da Família (PSF)distribuídas nas seis RPAs. As características socioeconômicas e demográficas da população cadastrada no PSF são semelhantes, o que facilitou a decisão de realizar a pesquisa num único distrito sanitário, o Distrito Sanitário II, por melhor se adequar às necessidades operacionais e logísticas da pesquisa de campo.

O DS II é composto pelos seguintes bairros: Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Teresinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro.

Quanto às suas características territoriais, o DS II está localizado na região norte do Recife tendo como limites o município de Olinda ao Norte, o DS I ao leste e o DSIII ao sul e oeste. Tem uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,51% da área do

Recife, sendo o menor dentre os seis distritos. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social (Zeis).

Segundo estimativas do Censo 2000 (IBGE, 2000), a população residente é de 205.986 habitantes, ou seja, 14% da população do Recife. As mulheres representam 53,45% e os homens 46,55% distribuídos em 52.383 domicílios. A densidade demográfica é de 144,05 habitantes/hectare e a densidade domiciliar é de 3,8 habitantes/domicílio sendo a da Encruzilhada a menor (3,28 habitantes/domicílio) e a da Linha do Tiro (4,23 habitantes/domicílio) a maior. A população da faixa etária do estudo é de 18 a 49 anos e está representada por 102.446 habitantes, dos quais 53,33% são mulheres e 46,6% homens.

Os dados socioeconômicos (IBGE, 2000) revelam que os responsáveis pelo domicílio (39,37%) ganham até um salário mínimo ou não têm rendimento. A proporção de mulheres responsáveis pelo domicílio é de 39% e a taxa de alfabetização da população na faixa etária de 15 anos e mais é de 89,47%.

Quanto às condições sanitárias (IBGE, 2000), 95,35% dos domicílios estão ligados à rede geral de abastecimentos de água, 51,58% possuem fossa rudimentar e apenas 31,26% estão ligados à rede geral de esgotamento sanitário. A coleta de lixo é feita em 96% das residências e os 4% restantes queimam, enterram ou jogam o lixo em terreno baldio.

A rede de saúde do DSII em 2005 era composta por 38 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e quatro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dando uma cobertura aproximadamente a 78% da população. Possuía ainda dois centros de saúde, uma policlínica, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três residências terapêuticas e uma maternidade.

5.2 População de Estudo

Foram elegíveis para participar do estudo (população-fonte) as gestantes com idade de 18 a 49 anos, cadastradas em todas as Unidades de Saúde do PSF do DSII, mesmo que, por

motivos obstétricos ou quaisquer outros, o pré-natal não estivesse sendo realizado na unidade básica.

A frequência de óbitos no período neonatal precoce foi a variável escolhida para calcular o tamanho da amostra, por ser um dos eventos menos frequentes, dentre os estudados. Foi considerada uma frequência de 2,2% de óbitos no período pré-natal precoce, entre as mulheres da pesquisa, e um risco relativo (RR) de 4,0, com base nos valores encontrados por Menezes *et al* (2003). Para a pesquisa completa, estimou-se uma amostra de 1.133 gestantes. Foram entrevistadas 1.120 gestantes e, dessas, 1.056 foram entrevistadas também no puerpério.

Todas as gestantes (n= 1133) com idade entre 18 a 49 anos cadastradas no PSF do referido distrito foram consideradas elegíveis. Das 1133 mulheres elegíveis, 1121 (98,9%) mulheres foram entrevistadas **no terceiro trimestre da gravidez** e, dessas, 1057 foram re-entrevistadas no pós-parto. Para o atual estudo, a amostra foi composta por 753 mulheres que foram entrevistadas após o sexto mês de vida do bebê, a fim de verificar o início do aleitamento no pós-parto e a continuidade desse aleitamento até seis meses ou mais.

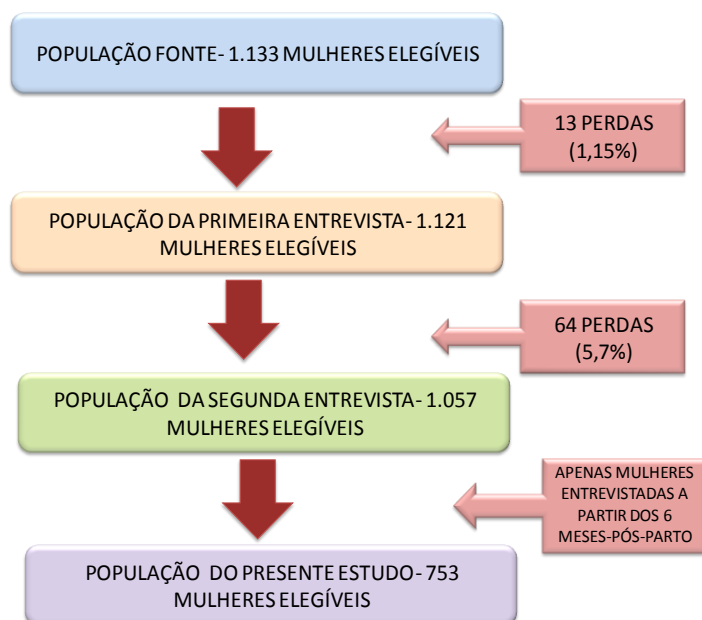


Figura 4-População de Estudo

5.3 Seleção, Treinamento das Entrevistadoras e Estudo Piloto

Inicialmente, 12 entrevistadoras do sexo feminino, com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher foram selecionadas para duas semanas de treinamento.

As entrevistadoras selecionadas tinham nível de escolaridade superior, experiência em lidar com a saúde da mulher e receberam dois treinamentos anteriormente à coleta de dados, com o objetivo de conhecer os instrumentos, identificar possíveis problemas na obtenção das entrevistas e na linguagem do questionário.

O treinamento, realizado no período de 06 a 17 de junho de 2005, constou de exposições dialogadas sobre violência contra mulher e desigualdade de gênero, incluindo apresentação de vídeos. As principais ideias do estudo e seu modelo teórico foram discutidas e o conteúdo do questionário apresentado, com leitura coletiva do manual e do questionário.

Foram enfatizadas as questões éticas do estudo e a necessidade de coletar informações precisas. Tendo em vista que a violência é subestimada, pela dificuldade de indagá-la e de relatá-la, este tópico foi bastante trabalhado durante o treinamento.

As treinandas foram submetidas a entrevistas simuladas, com discussões durante e depois de cada uma delas, com o objetivo de clarear o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados.

Um estudo piloto foi realizado em USF e PACS do DS IV para identificar possíveis problemas na receptividade das mulheres à entrevista, bem como selecionar as entrevistadoras. Depois deste período, três entrevistadoras e uma coordenadora de campo foram contratadas e as mudanças no questionário realizadas. Para agilizar a coleta das informações foram contratadas, posteriormente, mais quatro entrevistadoras que se submeteram ao mesmo tipo de treinamento no período de 27 de dezembro de 2005 a 17 de Janeiro de 2006, totalizando sete entrevistadoras.

5.4 Coleta de Dados

A primeira fase da coleta de dados foi realizada no período de julho de 2005 a outubro de 2006. A fim de garantir uma melhor parceria com os profissionais de saúde e esclarecimento a respeito de estudo, antes de iniciar o trabalho de campo a equipe da pesquisa visitou todas as USF do DS II. Nessas visitas foram fornecidos os horários das consultas de pré-natal e solicitada a lista das gestantes agendadas para consulta. A partir deste contato, a coordenadora de campo organizou uma listagem que constava do nome da USF; nome, endereço e idade da gestante; data do provável parto e da consulta. Esta listagem era atualizada semanalmente pelas entrevistadoras e por uma batedora, contratada pela pesquisa.

As gestantes com 31 semanas ou mais de gestação foram contatadas durante a consulta de pré-natal e a entrevista realizada antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF, no carro da pesquisa ou agendada para a data e local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as mesmas.

Os contatos com as gestantes de alto risco, que não faziam o pré-natal na USF, e com aquelas que não freqüentavam o pré-natal com regularidade, foram feitos no domicílio. Essas foram identificadas a partir dos registros dos ACS.

Na segunda fase, as puérperas foram contatadas a partir do agendamento para as consultas de puericultura, seguindo o mesmo padrão estipulado para a realização das entrevistas da primeira fase. Semanalmente, uma listagem das puérperas entrevistadas na primeira etapa da pesquisa (quando ainda grávidas) e agendadas para a consulta de puericultura, foi elaborada pela coordenação de campo, a partir dos registros das USF. O contato com as puérperas que não haviam agendado consulta para a puericultura foi feito no domicílio, sendo a entrevista realizada em data e local mais conveniente para elas. Em razão da cobertura ainda insuficiente dos ambulatórios de puericultura e da inconveniência de entrevistá-las em companhia do bebê, a maioria das entrevistas foi realizada na residência das mulheres. Nesta fase, as entrevistas foram realizadas de maio a dezembro de 2006.

A fim de garantir a confiabilidade da informação coletada foram também adotados os seguintes procedimentos:

- a) Observação de entrevistas pela coordenadora de campo, a fim de avaliar e aprimorar o desempenho das entrevistadoras.
- b) Acompanhamento do desempenho das entrevistadoras por meio da correção dos questionários, com avaliação das informações obtidas e checagem da consistência interna dos dados.
- c) Discussão dos casos e feedback sobre os achados de qualidade através de reuniões semanais entre coordenadora de campo, equipe central e entrevistadoras, a fim de aprimorar o trabalho de campo e a condução das entrevistas.

5.5 Instrumento da coleta de dados

O instrumento da coleta de dados foi composto por dois questionários: o questionário da mulher, aplicado às gestantes e o questionário da puérpera, aplicado no pós-parto.

Questionário da Mulher

Este instrumento permitiu investigar a situação sócio-demográfica e financeira, a história reprodutiva, dados sobre a gestação, assim como questões referentes a autonomia financeira e trabalho das mulheres da pesquisa.

O questionário da mulher é composto por 11 seções, relacionadas a seguir. Entretanto, para o presente estudo serão utilizadas as seções 1, 2, 3, 10

SEÇÃO 1- Características socioeconômicas e demográficas da mulher.

SEÇÃO 2- História reprodutiva e contraceptiva.

SEÇÃO 3- Gravidez atual.

SEÇÃO 4- Saúde Mental.

SEÇÃO 5- Parceiro atual ou mais recentes.

SEÇÃO 6- Atitudes com relação aos papéis de gênero.

SEÇÃO 7- A entrevistada e seu companheiro atual (ou mais recente).

SEÇÃO 8- Outras experiências.

SEÇÃO 9- Impacto e enfrentamento.

SEÇÃO 10- Autonomia Financeira.

SEÇÃO 11- Complemento

Questionário da Puérpera:

As questões desse questionário trouxeram dados sobre o apoio social, o uso de serviços de pré-natal, as condições do parto. os resultados perinatais e aleitamento materno.

O questionário da puérpera é composto pelas 14 seções relacionadas a seguir, das quais serão utilizadas, para este estudo as seções 1,2, 3, 5, 6 e 8.

SEÇÃO 1- Situação atual.

SEÇÃO 2- Pré-natal.

SEÇÃO 3- Parto e pós-parto.

SEÇÃO 4- Depressão pós-parto.

SEÇÃO 5- Sobre o recém-nascido.

SEÇÃO 6- Apoio social.

SEÇÃO 7- História contraceptiva atual.

SEÇÃO 8- História da gravidez anterior à ultima.

SEÇÃO 9-O último aborto induzido.

SEÇÃO 10- Informações complementares sobre o ultimo aborto.

SEÇÃO 11- Violência sexual.

SEÇÃO 12- Sexualidade.

SEÇÃO 13- A entrevistada e seu companheiro atual (ou mais recente).

SEÇÃO 14- Sentimentos da mãe após o parto.

5.6 Definição das Variáveis

5.6.1 Variáveis Dependentes

Início de Aleitamento Materno- Corresponde o ato de iniciar a oferta do leite materno à criança, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano. Sendo categorizado em: Mães que iniciaram à amamentação (sim) e Mães que não aderiram à amamentação (não).

Continuidade do Aleitamento Materno- Continuidade do aleitamento materno até o sexto mês ou mais de vida do bebê, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira:

- Continuidade do Aleitamento Materno – SIM e NÃO.

5.6.2 Variáveis Independentes

Uso de Álcool e Tabaco no período gestacional- Corresponde ao uso do álcool e tabaco no período gestacional, independente da quantidade e da frequência de uso, já que o uso de ambos, mesmo em pequenas quantidades, pode ocasionar problemas de saúde para o feto e para o bebê. Ambas variáveis foram categorizadas em SIM (USO) ou Não (abstinência).

Assistência Pré-natal- Avaliada conforme indicação do Ministério da saúde, observando o número de consultas e início do pré-natal.

- Inadequado: Início do pré-natal depois do 4º mês de gestação e/ou números de consultas inferior a 06 (seis).

- Adequado: Início do Pré-natal antes do 4º mês de gestação e seis ou mais consultas de pré-natal realizadas.

Trabalho fora de casa no puerpério- Referente à mulher que relata exercer alguma atividade laboral antes do sexto mês de vida do bebê. Será classificado como sim e não.

5.6.3 Variáveis sócio-econômicas, demográficas e relacionadas à mulher e ao bebê.

Idade- A variável será classificada em: 18- 24 anos, 25-35 e acima de 35 anos.

Anos de instrução - Categorizado em 0-4 anos, 5-9 anos e 10 ou mais anos de estudos completos.

Situação Conjugal - Possui ou não companheiro.

Fonte de Renda- Qualquer quantia monetária recebida mensalmente pela mulher.

Categorizada em: Possui Fonte de renda e não possui fonte de renda.

Aceitação da gravidez atual por parte da mulher- Relato da mulher entrevistada sobre seu sentimento em relação a atual gestação. Categorizada em SIM e NÃO.

Aceitação da gravidez por parte do marido / companheiro- Relato da mulher sobre sentimento do marido/companheiro em relação a atual gestação. Também categorizada como SIM ou NÃO.

Paridade - Número de gestações anteriores a atual. Essa variável foi categorizada em: 1ª gestação, 1-3 filhos e 4-10 filhos.

Tipo de parto- Classificado em parto normal e parto cesario.

Peso do bebê ao Nascer -Valor do peso do bebê em gramas no momento do nascimento.

Categorizado em: <2500 (baixo peso) e ≥2500(peso normal).

Prematuridade- Referente ao nascimento do bebê antes da 37ª semana. Categorizada como variável dicotômica em SIM ou NÃO.

Problemas de saúde no nascimento do bebê- Qualquer alteração na saúde da criança que tenha ocorrido durante e/ou logo após o nascimento. Categorizada como variável dicotômica em SIM e NÃO.

Dificuldade no aleitamento- Relato de dificuldade durante processo de aleitamento. Categorizada em SIM ou NÃO.

Apoio Social- A soma de todos os resultados será dividido em três tercis e categorizado em Baixo, Médio e Alto, utilizando como instrumento de avaliação do apoio social o Medical Outcome Study Question.

5.7 Plano de Descrição e Análise dos Dados

Os dados foram digitados através no *software* Epi-info, versão 6.04, com dupla entrada de dados, por digitadores diferentes, e posteriormente foi utilizado o aplicativo *validate*, para eliminar os erros de digitação. Em seguida, foram realizadas a limpeza e checagem da consistência de dados. A análise estatística foi realizada com o *software* Stata, versão 8.0 (STATACORP, 2003).

Inicialmente todas as variáveis independentes e co-variáveis foram descritas. A associação das variáveis independentes e co-variáveis foram testadas em relação às variáveis dependentes (Início e continuidade do Aleitamento Materno).

Também foi utilizada o calculo da média, mediana e desvio padrão da idade materna e do período de aleitamento materno que as mulheres participantes da amostras realizaram no total.

A regressão logística e o teste de razão de verossimilhança foram utilizados para investigar a independência da associação entre o início e a continuidade do aleitamento materno com a assistência ao pré-natal, com trabalho no puerpério, o uso de álcool e de tabaco na gravidez . As co-variáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que no presente estudo mostraram-se associadas com início e continuidade do aleitamento materno e com a assistência ao pré-natal, trabalho no puerpério, tabagismo e álcool na gravidez (valor do $p < 0,10$).

A medida de associação adotada foi o *odds-ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95% (IC=95%)

5.8 Considerações Éticas

O projeto original foi aprovado pelo Comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS.

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista, onde foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido a todas as mulheres elegíveis para o estudo, deixando-se às mulheres a escolha de assinar ou não o referido termo. Nas situações em que a mulher optou por não assiná-lo, a entrevistadora registrava a leitura do mesmo e a concordância da mulher em participar da pesquisa com uma rubrica final. Nesta etapa foi garantido o sigilo das informações e esclarecido o direito da mulher de interromper a entrevista ou de não responder a qualquer das perguntas realizadas, caso não estivesse disponível.

Durante a entrevista, diante de qualquer interferência de outras pessoas, a entrevistadora utilizava um questionário substituto com questões gerais sobre saúde, para preservar o sigilo das informações que estavam sendo coletadas e evitar a exposição da mulher entrevistada.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da Amostra

Participaram desta pesquisa 753 mulheres que responderam ao questionário durante a gravidez e no pós-parto a partir do sexto mês de vida do bebê.

As características sócio-econômicas e demográficas das mulheres que compõem a análise (Tabela 1) indicam que há um predomínio na idade entre 18 e 24 anos (47,14%), cuja a média de idade foi de 25 anos (mediana de 24). Na população estudada, grande parte possuía um companheiro (84,59%) e 40,50% possuíam entre 5-9 anos de estudo. Dentre as mulheres 59,50 % possuíam uma fonte de renda.

Tabela 1- Características sócio-econômicas e demográficas das mulheres, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Variável	N	%
Idade		
18-24 anos	398	47,14
25-35 anos	316	41,97
36-49 anos	39	5,18
Situação Conjugal		
Possui companheiro	637	84,59
Não possui companheiro	116	15,41
Anos de instrução		
0-4	277	36,79
5-9	305	40,50
>10	171	22,71
Fonte de renda		
Possui Fonte de renda	448	59,50
Não possui fonte de renda	305	40,50

Quanto às variáveis de exposição selecionadas para esse estudo encontramos: uma maior frequência de mulheres que não trabalharam no puerpério (66,67%) e 89,59% realizaram um pré-natal adequado (Tabela 2).

TABELA 2-Assistência pré-natal e trabalho fora de casa no puerpério, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Variável	N	%
Trabalho no puérperio		
Não	502	66,67
Sim	251	33,33
Assistência pré-natal*		
Adequado	654	89,59
Inadequado	76	10,41

*23 valores perdidos.

Na tabela 3 encontram-se dados sobre o uso de álcool e tabaco, antes e durante o período gestacional. Foi observado que no período gestacional há uma redução de 27,01% do uso de álcool e de 5,05% de tabaco.

TABELA 3- Uso de álcool e tabaco pelas mulheres, antes e durante o período gestacional. Recife, Pernambuco, 2005-2006

Variável	N	%
Uso de álcool na vida		
Sim	342	45,42
Não	411	54,58
Uso de álcool na gravidez		
Sim	137	18,19
Não	616	81,81
Uso de Tabaco na vida		
Sim	138	18,33
Não	615	81,67
Uso de Tabaco na gravidez		
Sim	100	13,28
Não	653	86,72

Com relação a aceitação da gestação e aos cuidados no período gestacional podemos visualizar na Tabela 4 que 64,28% das mulheres e 44,85% dos homens relataram não aceitar a gestação no momento da primeira entrevista. As mulheres possuíam na sua maioria de 1-3 filhos (56,04%).

A tabela 4 também informa que 62,82% das mulheres tiveram bebê através do parto normal, com 77,69% de crianças sem problemas ao nascimento, a grande maioria com peso igual ou maior a 2500g (92,47%), com ausência de prematuridade (91,22%) . No pós-parto 36,39% das mulheres referiram um baixo apoio social. Das mulheres estudadas, 78,88% não referiram alguma dificuldade no ato de aleitar.

TABELA 4- Descrição da amostra segundo a aceitação da gravidez pela mulher e companheiro, paridade, tipo de parto, problema de saúde no nascimento do bebê, Peso do bebê ao nascer, prematuridade, relato de dificuldade no aleitamento, apoio social, Recife-Pernambuco, 2005-2006.

Variável	N	%
Aceitação da gravidez pela mulher*		
Sim	259	35,72
Não	471	64,28
Aceitação da gravidez pelo companheiro*		
Sim	412	55,15
Não	335	44,85
Paridade		
1-3 filhos	339	45,02
Acima de 4 filhos	184	24,44
1ª gestação	230	30,54
Tipo de Parto		
Normal	473	62,82
Cesário	280	37,18
Problemas de saúde no nascimento do bebê		
Sim	168	22,31
Não	585	77,69
Peso do bebê ao Nascer**		
<2500g	56	7,53
≥2500g	688	92,47
Prematuridade		
Sim	66	8,78
Não	686	91,22

Dificuldade no Aleitamento Materno		
Sim	159	21,12
Não	594	78,88
Apoio Social		
Alto	214	28,42
Médio	265	35,19
Baixo	274	36,39

*- 09 (nove valores perdidos)/ **-01 (um valor perdido)

Na Tabela 5 podemos verificar que 96,41% das mulheres iniciaram o aleitamento materno, porém apenas 47,41% continuaram o aleitamento por seis meses ou mais. A média do período de aleitamento nessa análise foi de 9,48 meses (DP=2,41) e a mediana de 9,21.

TABELA 5- Início e continuidade do aleitamento materno, Recife-Pernambuco, 2005-2006.

Variável	N	%
Iniciou Aleitamento Materno		
Sim		
Não	726	96,41
	27	3,59
Aleitamento Materno até o 6º mês de vida do bebê ou mais		
Sim	357	47,41
Não	396	52,59

6.2 Fatores associados ao do início do aleitamento materno: análise bivariada.

A análise bivariada foi realizada com as 716 mulheres que tinham informações completas para todas as variáveis estudadas. Ao ser realizada a análise bivariada da associação entre o início do aleitamento materno e as variáveis sócio-econômicas e demográficas da mulher ficou demonstrado que não houve associação estatisticamente significativa com idade, fonte de renda e a situação conjugal das mulheres, porém a análise demonstrou que as mulheres que tiveram de 0 a 4 anos de instrução tem o risco de 3,54 vezes maior de não aleitar quando comparadas a mulheres com mais tempo de instrução (Tabela 6).

TABELA 6- Associação entre as variáveis sócio-econômicas e demográficas da mulher com o não início do aleitamento, Recife-Pernambuco, 2005-2006.

Iniciou Aleitamento					
Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-valor
Idade (anos)¹					
18-24	12	44,44	1,27	0,27-5,92	0,643
25-35	13	48,15	1	1	
36-49	2	7,41	0,83	0,37-1,84	
Fonte de renda*					
Sim	17	62,96	1	1	0,720
Não	10	37,04	0,86	0,39-1,91	
Anos de Instrução¹					
0-4	4	14,81	3,54	1,17-10,94	0,034
5-9	15	55,56	3,58	1,04-11,96	
≥10	8	29,63	1	1	
Situação Conjugal¹					
Possui Companheiro	24	88,89	1	1	0,559
Não possui companheiro	03	11,11	1,43	0,42-4,86	

¹Teste Fisher/ *- 02 perdas

A Tabela 7 analisa a associação entre os fatores relacionados a mãe e ao bebê (a aceitação da gravidez pela mulher e companheiro, paridade, tipo de parto, problema de saúde no nascimento do bebê, Peso do bebê ao nascer, prematuridade, relato de dificuldade no aleitamento, apoio social) que pode influenciar as mulheres a não iniciarem o aleitamento materno. Na análise pode-se verificar que houve associação com a prematuridade, em que as crianças que nasceram prematuras tinha o risco de não iniciar o aleitamento materno de 35%.

Tabela 7-Associação das variáveis relacionadas a aceitação da gravidez pela mulher e companheiro, paridade, tipo de parto, problema de saúde no nascimento do bebê, Peso do bebê ao nascer, prematuridade, relato de dificuldade no aleitamento, apoio social e o não início do aleitamento materno, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Iniciou Aleitamento					
Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Aceitação da Gravidez pelo companheiro ^{1*}					
Sim	19	70,37	1	1	0,115
Não	8	29,63	1,39	0,91-2,12	
Aceitação da Gravidez pela mulher					
Sim	8	29,62	1	1	0,498
Não	19	70,37	1,39	0,57-3,10	
Paridade					
1-3 filhos	10	37,04	1	1	0,124
Acima de 4 filhos	6	22,22	2,53	0,96-7,22	
Nulípara	11	40,74	2,03	0,84-4,86	
Tipo de Parto					
Normal	15	55,56	1		0,443
Cesário	12	44,44	1,35	0,62-2,93	
Problema no Nascimento do Bebê					
Sim	18	66,67	1,85	0,81-4,22	0,133
Não	9	33,33	1	1	
Peso ao Nascimento¹					
<2500g	3	11,11	0,62	0,18-2,15	0,453
≥2500g	24	8,89	1	1	
Prematuridade¹					
Sim	5	18,52	0,35	0,13-0,98	0,039
Não	22	81,48	1	1	
Apoio Social¹					
Alto	4	14,81	1	1	0,135
Médio	14	51,85	2,98	0,96-9,20	
Baixo	9	33,33	1,81	0,55-5,99	

Como as mulheres que referiram dificuldade no ato de aleitar não iniciaram a amamentação não foi possível utilizar essa variável na análise estatística da frequência do início do aleitamento com o relato das mesmas em ter apresentado dificuldade no ato de aleitar. Assim também não foi possível inferir a associação do não iniciar aleitamento materno, já que o trabalho no puerpério se dá após o início do aleitamento materno.

Encontrou-se uma associação (tabela 8) entre o ato de iniciar o aleitamento materno e a assistência pré-natal. As mulheres que realizaram um pré-natal inadequado apresentaram um risco maior de não iniciar o aleitamento (OR=3,30, IC95%=1,34-8,10).

TABELA 8-Associação entre a assistência pré-natal e o não início do aleitamento materno, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Iniciou Aleitamento					
	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Assistência pré-natal					
Adequado	20	74,07	1	1	
Inadequado	7	29,93	3,30	1,34-8,10	0,006

A Tabela 9 analisa a associação entre o não início do aleitamento materno e o uso de álcool e tabaco no período gestacional. Pode-se observar que não há associação significativa entre as variáveis.

TABELA 9 - Associação entre o uso de álcool e tabaco com o não início do aleitamento materno

Iniciou Aleitamento					
Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Álcool na Gestação¹					
Não	23	85,19	1	1	1
Sim	4	14,81	0,80	0,27-2,35	0,462
Tabaco na Gestação¹					
Não	22	81,48	1	1	1
Sim	5	18,52	1,61	0,59-4,38	0,342

¹Fisher

6.3 Fatores associados à descontinuidade do aleitamento materno a partir do sexto mês de vida do bebê: Análise Bivariada.

A Tabela 10 avalia a associação entre a continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê e as variáveis sócio-demográficas e econômicas. A continuidade do aleitamento materno mostrou-se associada à fonte de renda (OR= 0,67, IC95%= 0,49-1,05), onde possuir fonte de renda representou um fator protetor ao abandono do aleitamento materno.

TABELA 10-Associação entre as variáveis sócio-econômicas e demográficas da mulher e a descontinuidade do aleitamento materno a partir do sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-valor
Idade (anos)					
18-24	197	52,67	1,03	0,53-2,03	0,924
25-35	156	41,41	1	1	
36-49	21	5,61	0,94	0,69-1,28	
Possui fonte de renda					
Sim	240	64,17	1	1	0,009
Não	134	35,83	0,67	0,49-0,90	
Anos de Instrução					
0-4	72	19,25	0,70	0,47-1,05 0,69-1,34 1	0,190
5-9	156	41,71	0,96		
≥10	146	39,04	1		
Situação Conjugal					
Possui Companheiro	332	83,96	1	0,57-1,29	0,452
Não possui companheiro	64	16,04	0,85		

A tabela 11 analisa os fatores que poderiam influenciar a descontinuidade do aleitamento materno. Observa-se associação entre a não aceitação do companheiro, tipo de parto cesariano e relato de dificuldade de aleitamento materno por parte da mulher.

TABELA 11-Associação entre as variáveis relacionadas a mulher e o bebê com a descontinuidade do aleitamento a partir do sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Aceitação da Gravidez pelo Companheiro ¹					
Sim	219	58,56	1	1	1
Não	155	41,44	1,13	0,97-1,31	0,094
Aceitação da Gravidez pela mulher					
Sim	124	33,16			
Não	250	66,84	1,26	0,93-1,72	0,129
Paridade					
1-4 filhos	198	52,94	1	1	
Mais que 4 filhos	54	14,44	1,26	0,81-1,98	
Nulípara	122	32,62	1,24	0,89-1,73	0,328
Tipo de Parto					
Normal	220	58,82	1	1	
Cesário	154	41,18	1,40	1,01-1,90	0,030
Problema no Nascimento do Bebê					
Não	291	77,81	1	1	
Sim	83	22,19	1,06	0,74-1,52	0,711
Peso ao Nascimento					
<2500g	33	91,18	0,64	0,36-1,14	0,373
≥2500g	341	8,82	1	1	
Prematuridade					
Sim	33	8,82	0,77	0,45-1,34	0,373
Não	341	91,18	1	1	
Apoio Social					
Alto	114	28,88	1	1	
Médio	147	37,77	1,12	0,77-1,62	
Baixo	135	33,96	0,87	0,60-1,26	0,357
Dificuldade no Aleitamento					
Sim	98	73,80	2,12	1,45-3,10	<0,001
Não	276	26,20	1	1	

Foi encontrada associação (Tabela 12) entre as mulheres trabalharam no período do puerpério e a descontinuidade no ato de aleitar, em que as mulheres que trabalharam aleitaram 2,09 vezes menos que as mulheres que não trabalhavam.

TABELA 12- Associação entre o trabalho no puerpério e a descontinuidade ao aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife- Pernambuco, 2005-2006

Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Trabalho no puerpério					
Sim	156	41,71	2,09	1,52-2,88	<0,001
Não	218	58,29	1		

A Tabela 13 refere-se à associação da descontinuidade do aleitamento materno e a assistência pré-natal, onde se pode observar que as mulheres que realizaram um pré-natal inadequado apresentaram um maior risco (1,99) de interromper o aleitamento antes do sexto mês de vida do bebê.

TABELA 13 - Associação entre a assistência pré-natal e descontinuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Continuidade do Aleitamento					
Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Assistência pré-natal					
Adequado	325	86,90	1	1	0,007
Inadequado	49	13,10	1,99	1,19-3,33	

A Tabela 14 analisa a associação entre a descontinuidade do aleitamento materno antes do sexto mês de vida do bebê e o uso de álcool e tabaco no período gestacional. Não se observou associação entre as variáveis.

TABELA 14- Associação entre o uso de álcool e tabaco e descontinuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Variáveis	Casos	%	OR	IC 95%	P-Valor
Álcool na Gestação					
Não	306	80,82	1	1	0,744
Sim	68	18,18	1,06	0,72-1,56	
Tabaco na Gestação					
Não	321	85,83	1	1	0,175
Sim	53	14,17	1,36	0,87-2,13	

6.4 Análise dos fatores de exposição que interferem no aleitamento materno com as variáveis relacionadas a mulher e o bebê.

Com o objetivo de construir o modelo da pesquisa foi realizada a análise bivariada das variáveis independentes (álcool na gestação, tabaco na gestação, trabalho no puerpério e assistência pré-natal) com as variáveis relacionadas à mulher e o bebê (tabela 16).

Na análise realizada foram observadas que o uso de álcool no período gestacional apresentou associação com: anos de instrução, situação conjugal, aceitação da gravidez pelo companheiro e pela mulher, paridade, apoio social e tabagismo na gravidez.

Já o uso do tabaco no período gestacional apresentou associação com anos de instrução, situação conjugal, aceitação da gravidez pela mulher, paridade, tipo de parto, apoio social, dificuldade do aleitamento materno e o próprio uso de álcool no período gestacional.

Anos de instrução, situação conjugal, aceitação da gravidez por parte da mulher, paridade, tipo de parto, peso ao nascimento, prematuridade, uso de álcool e de tabaco na gravidez estiveram diretamente associados com a assistência pré-natal.

O trabalho no puerpério esteve diretamente associado a idade, fonte de renda, anos de instrução, paridade e peso ao nascimento.

Tabela 15- Associação das variáveis sócio-econômicas, demográficas e relacionadas a mulher e o bebê com as variáveis independentes do estudo, Recife- Pernambuco, 2005-2006

	Álcool na Gestação		Tabaco na Gestação		Adequação da assistência Pré-natal		Trabalho no Puerpério	
Idade¹								
18-24	238(40,41%)	57 (44,88%)	256(40,89%)	39 (43,33%)	269(42,05%)	26(35,62%)	183(38,69%)	112 (46,09%)
25-35	36 (6,11%)	3(2,36%)	35 (5,59%)	4 (4,44%)	33(5,13%)	6 (8,22%)	23 (4,86%)	16 (6,58%)
>36	315 (53,48%)	67(52,76%)	335(53,51%)	47(52,22%)	341 (53,03%)	41 (56,16%)	267(56,45%)	118 (47,33%)
	$\chi^2=3,32$ P-valor=0,197		$\chi^2= 0,63$ P-valor=0,896		$\chi^2=1,55$ P-valor=0,390		$\chi^2=5,40$ P-valor=0,064	
Fonte de Renda								
Sim	345(58,57%)	82(64,50%)	368(58,79%)	59(65,56%)	383(59,56%)	44(60,27%)	211(44,62%)	216 (88,8924%)
Não	244(41,43%)	45 (35,43%)	250(41,21%)	31(34,44%)	260(40,44%)	29 (39,73%)	262 (55,39%)	27 (11,11%)
	$\chi^2=1,55$ P-valor=0,212		$\chi^2=0,97$ P-valor=0,324		$\chi^2=0,003$ P-valor=0,998		$\chi^2=138,2$ P-valor<0,001	
Anos de Instrução								
0-4	243 (41,26%)	265(19,69%)	264 (40,43%)	13 (13%)	251 (38,38%)	21 (27,63%)	148 (29,48%)	129 (51,39%)
4-9	238 (40,41%)	53 (40,73%)	267 (40,89%)	38 (38%)	267 (40,83%)	28 (36,84%)	216 (43,03%)	89 (35,46%)
>10	108 (18,34%)	49(39,42%)	122 (18,68%)	49 (49%)	136 (20,80%)	27 (35,53%)	138 (27,49%)	33 (12,55%)
	$\chi^2=35,56$ P-valor<0,001		$\chi^2=47,41$ P-valor<0,001		$\chi^2=7,91$ P-valor=0,019		$\chi^2=37,96$ P-valor<0,001	
Sit. conjugal								
Com	514(87,27%)	94(74,02%)	568(87,22%)	62(68,69%)	559(85,%)	17 (22,37%)	403(85,20%)	205(84,36%)
Sem	75(12,73%)	33(25,98%)	85(12,78%)	28(31,11%)	95 (14,53%)	59 (77,63%)	70(14,80%)	38(15,64%)
	$\chi^2=15,19$ P-valor<0,001		$\chi^2=21,52$ P-valor<0,001		$\chi^2=3,22$ P-valor=0,073		$\chi^2=0,08$ P-valor=0,767	
Aceitação da Gravidez pelo Companheiro								
Sim	339 (57,56%)	59 (46,46%)	353 (56,39%)	45 (50%)	363 (56,45%)	35 (47,95%)	262 (55,39%)	136 (55,97%)

Não	250 (42,44%)	59 (46,46%)	273 (43,61%)	45 (50%)	280 (43,55%)	38 (52,05%)	211 (44,61%)	107 (44,03%)
Indiferente	$\chi^2=5,21$ P-valor=0,022		$\chi^2=1,13$ P-valor=0,254		$\chi^2=2,20$ P-valor=0,166		$\chi^2=0,02$ P-valor=0,883	
Aceitação da Gravidez pela Mulher								
Sim	226 (38,37%)	30 (23,62%)	232 (37,06%)	24 (26,67%)	241 (37,48%)	58 (79,45%)	181 (36,06%)	88(35,06%)
Não	363 (61,63%)	97 (76,38%)	394 (62,94%)	66 (73,33%)	402 (62,52%)	15 (20,55%)	321(63,94%)	163 (64,94%)
	$\chi^2=8,68$ P-valor=0,003		$\chi^2=2,99$ P-valor=0,054		$\chi^2=8,18$ P-valor=0,004		$\chi^2=0,021$ P-valor=0,884	
Paridade								
1-4 Filhos	323(54,89%)	75(59,06%)	348(55,59%)	50 (55,56%)	358 (55,68%)	40 (54,79%)	267(56,45%)	131(53,91%)
>4 filhos	67(11,38%)	30(23,62%)	70(11,18%)	27 (30,00%)	79 (12,29%)	18 (24,66%)	74(15,64%)	23(9,47%)
1ª gestação	199(33,79%)	22(17,32%)	208(33,23%)	13(14,44%)	206 (32,04%)	15 (20,55%)	132(27,91%)	89(36,63%)
	$\chi^2=21,07$ P-valor<0,001		$\chi^2=29,56$ P-valor<0,001		$\chi^2=10,21$ P-valor=0,006		$\chi^2=8,66$ P-valor=0,013	
Tipo Parto								
Normal	362(61,46%)	86(67,72%)	382(61,02%)	66(73,33%)	397 (61,74%)	51 (69,86%)	307(64,90%)	141(58,02%)
Cesário	227(38,54%)	41(32,28%)	244(38,98%)	24(26,67%)	246 (38,26%)	22 (30,14%)	166(35,10%)	102(41,98%)
	$\chi^2=1,74$ P-valor=0,186		$\chi^2=5,09$ P-valor=0,024		$\chi^2=1,71$ P-valor=0,174		$\chi^2=3,24$ P-valor=0,072	
Problema ao Nascimento do bebê								
Sim	463(78,61%)	98(77,17%)	487(77,80%)	74(82,22%)	504 (78,38%)	57 (78,08%)	371(78,44%)	141(58,02%)
Não	126(21,39%)	29(22,83%)	139(22,83%)	16(17,78%)	139 (21,62%)	16 (22,37%)	166(35,10%)	102(41,98%)
	$\chi^2=0,128$ P-valor=0,710		$\chi^2=0,909$ P-valor=0,340		$\chi^2=0,003$ P-valor=0,953		$\chi^2=0,005$ P-valor=0,940	
Peso ao Nascimento								
<2500g	43(7,30%)	10(7,87%)	47(7,51%)	6(6,67%)	43(6,69%)	10 (13,70%)	42 (8,88%)	11 (13,51%)

≥2500g	546(92,70%)	117(92,13%)	579 (92,49%)	84(93,33%)	600 (93,31%)	63(86,30%)	431 (91,12%)	232(95,47%)
	$\chi^2=0,050$ P-valor=0,823		$\chi^2=0,081$ P-valor=0,776		$\chi^2=4,70$ P-valor=0,030		$\chi^2=4,43$ P-valor=0,035	
Prematuridade								
Não	543(92,19%)	116(91,34%)	575(91,85%)	84(93,33%)	596 (92,69%)	63 (86,30%)	436(92,18%)	223(91,77%)
Sim	46(92,19%)	11(8,66%)	51(8,15%)	6(6,67%)	47 (7,31%)	10 (13,70%)	37(7,82%)	20(8,13%)
	$\chi^2=0,103$ P-valor=0,748		$\chi^2=0,235$ P-valor=0,628		$\chi^2=2,88$ P-valor=0,090		$\chi^2=0,036$ P-valor=0,894	
Apoio Social								
Alto	174(29,54%)	32(25,20%)	186(29,71%)	44(48,89%)	187 (29,08%)	19(26,03%)	124(26,22%)	82(33,74%)
Médio	217(36,84%)	34(26,77%)	225(35,94%)	26(28,89%)	225 (34,99%)	26 (35,62%)	172(36,36%)	79(33,517%)
Baixo	198(33,62%)	61(48,03%)	215(34,35%)	20(22,22%)	231 (35,93%)	38 (38,36%)	177(37,42%)	82(33,74%)
	$\chi^2=8,04$ P-valor=0,019		$\chi^2=7,93$ P-valor=0,019		$\chi^2=0,60$ P-valor=0,740		$\chi^2=4,44$ P-valor=0,108	
Dificuldade no Aleitamento								
Sim	466(79,12%)	112(81,75%)	491(78,43%)	78(86,67%)	510 (79,32%)	59 (80,82%)	397(79,08%)	197(78,49%)
Não	123(20,88%)	24(18,90%)	135(21,57%)	12(13,33%)	133 (20,68%)	14 (19,18%)	105(20,92%)	54(21,51%)
	$\chi^2=0,82$ P-valor=0,363		$\chi^2=3,26$ P-valor=0,071		$\chi^2=0,07$ P-valor=0,763		$\chi^2=0,047$ P-valor=0,828	
Trabalho no Puerpério								
Sim	382(64,86%)	91(71,65%)	407(65,02%)	66(73,33%)	423 (65,79%)	50 (68,49%)		
Não	207(34,14%)	36(28,35%)	219(34,98%)	24(26,67%)	220 (34,21%)	23 (31,51%)		
	$\chi^2=2,15$ P-valor=0,142		$\chi^2=2,42$ P-valor=0,119		$\chi^2=0,21$ P-valor=0,643			
Álcool na Gravidez								
Não			566(89,46%)	29(32,2%)	537(83,51%)	52 (71,23%)		
Sim			66(10,54%)	61(67,78%)	106 (16,49%)	21 (28,77%)		
			$\chi^2=176,65$ P-valor<0,001		$\chi^2=6,77$ P-valor= 0,009			
Tabagismo na								

Gravidez					
Não			568 (88,34%)	58 (79,45%)	
Sim			75 (11,66%)	15(20,55%)	
			$\chi^2=4,70$ P-valor=0,030		

6.5 Fatores Associados ao não início e descontinuidade do aleitamento materno- Análise multivariada.

Na análise multivariada, o não início do aleitamento materno foi ajustado de acordo com a sua associação com as co-variáveis (fatores demográficos, econômicos, sociais,) e com as variáveis relacionadas a mãe e ao bebê (a aceitação da gravidez pela mulher e companheiro, paridade, tipo de parto, problema de saúde no nascimento do bebê, Peso do bebê ao nascer, prematuridade, relato de dificuldade no aleitamento, apoio social) .

Os fatores incluídos no ajuste entre assistência pré-natal e início do aleitamento materno, conforme mostrado na tabela 16 e nas tabelas **6, 7 e 9** foram: anos de instrução e prematuridade. A amostra para esse modelo inclui o número de mulheres que forneceram informações completas para análise (n=716).

Após o ajustamento, a assistência do pré-natal manteve-se associada com o início do aleitamento materno ($p=0,006$), demonstrado que uma assistência pré-natal inadequada pode acarretar o não início do aleitamento materno (Tabela 16)

TABELA 16- Associação do não início do aleitamento e assistência pré-natal ajustada pelas outras variáveis, Recife-Pernambuco, 2005-2006

	Início do Aleitamento				
Assistência pré-natal	OR Bruto	IC95%	OR ¹	IC95%	Valor de p ²
Adequado	1	1	1	1	
Inadequado	3,30	1,34-8,10	2,71	1,08-6,80	0,046

¹ Ajustado por anos de instrução e prematuridade

No ajustamento das variáveis relacionadas a adequação do pré-natal com a descontinuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê, o modelo final incluiu não pode passar pelo ajustamento, mantendo a associação anterior (OR=1,99; IC=1,19-3,33) e a associação com trabalho no puerpério incluiu idade e fonte de renda (tabelas 10, 11, 12 e 13).

Foi observado que um pré-natal inadequado é fator de risco para a continuidade do aleitamento materno até o sexto mês ou mais da vida do bebê. Também foi observado, após ajustamento, que as mulheres que trabalharam no puerpério interromperam o aleitamento materno antes do sexto mês de vida do bebê (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17- OR ajustado da associação das variáveis- continuidade do aleitamento materno a partir do sexto mês de gestação e o trabalho no puerpério, Recife- Pernambuco, 2005-2006

Trabalho no Puerpério	OR Bruto	IC95%	OR ¹	IC95%	Valor de p
Sim	2,09	1,52-2,88	1,99	1,40-2,83	<0,001
Não	1	1	1	1	

1- Ajustado por fonte de renda

6.DISSCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho mostraram que, após controle para fatores de confusão, o início do aleitamento materno se manteve associado apenas à assistência ao pré-natal. Trabalho no puerpério e a assistência ao pré-natal mantiveram associação com o início e a continuação do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê. No entanto, é necessário interpretar o real poder explicativo dessas variáveis no início e continuidade do aleitamento materno, bem como avaliar o porquê da não verificação de associação com outras variáveis.

Esta pesquisa investigou fatores de risco que geralmente não são enfatizados nos estudos sobre aleitamento materno: o fato de a mulher trabalhar antes do sexto mês de vida do bebê e a realização de uma assistência pré-natal inadequado no período gestacional. Além disso, por se tratar de um estudo de coorte, podem-se verificar os fatores de risco para o desmame antes do sexto mês de vida do bebê.

Dentre as vantagens desse estudo podemos citar: o percentual muito pequeno de perdas (5,7%), de ter sido realizada com uma amostra de base populacional e ter sido conduzida com mulheres cadastradas nas USF do Distrito Sanitário II, cujas características socioeconômicas são semelhantes às das mulheres cadastradas nas USF da cidade do Recife, possibilitando inferência dos resultados para outros distritos e a diminuição das perdas.

A pesquisa original não teve como objetivo o estudo do aleitamento materno como variável principal, porém, algumas das variáveis elencadas pelo estudo trouxeram subsídios para a verificação da incidência do aleitamento materno diante das variáveis que são consideradas como fatores, no período pré, peri e pós-parto, que influenciam o aleitamento.

Foi utilizada a análise multivariada, que permitiu avaliar a associação das variáveis independentes com início e continuidade no aleitamento materno, quando ajustadas entre si. Foram também incluídas na análise variáveis preconizadas em outros estudos sobre o aleitamento materno, possibilitando o ajuste por um grande número de potenciais fatores de confusão. Porém, certamente, muitos outros importantes fatores de risco podem e devem ser analisados em futuras pesquisas, tais como: dificuldades anatômicas do peito da mãe, a presença de doenças que impedem temporariamente ou

definitivamente o aleitamento materno, a interferência das avós no aleitamento materno, dentre outros (Vieira *et al*, 2010; Silva, 2009).

Com relação às limitações deste estudo, o mesmo poderia estar passível de viés de seleção e de informação. Quanto à seleção, os vieses foram minimizados a partir do momento que foi realizada uma lista das gestantes e das puérperas, atualizada semanalmente, e quando as gestantes não estavam agendadas para consulta na USF, o contato foi realizado no domicílio incluindo também as que realizavam pré-natal de alto risco em outros níveis de assistência à saúde.

Quanto aos vieses de informação, uma das principais dificuldades é o da mulher revelar o uso de álcool e tabaco no período gestacional, que pode remeter à vergonha e falta de comprometimento com o filho que está para nascer ou nasceu, contribuindo para a subestimação das informações sobre estas variáveis de exposição (Tavares *et al*, 2004). Além disso, a relação entre a entrevistadora-entrevistada, o local da entrevista associado à omissão do uso de álcool e tabaco por autocensura ou medo de se repreendida por ter utilizado substâncias que poderiam prejudicar o bebê, poderiam também contribuir para os vieses de informação (Utagwa *et al*, 2007; Freire *et al*, 2009).

Um ponto importante para diminuir o viés de informação foi o treinamento realizado com as entrevistadoras. Ele foi constituído por exposições dialogadas e apresentação de vídeos sobre os temas desenvolvidos na pesquisa. Foram discutidas as principais idéias e o modelo teórico utilizado no estudo. O manual e o questionário foram apresentados mediante leitura coletiva, sendo enfatizadas as questões éticas e a necessidade da coleta de informações precisas. Foram realizadas entrevistas simuladas com as treinandas, com discussões durante e depois de cada uma delas, para que dúvidas sobre o conteúdo do questionário não prejudicassem a coleta de dados.

Algumas co-variáveis também poderiam estar sujeitas ao viés de informação. Na dimensão sócio-individual, as variáveis relacionadas ao parceiro e outros (tais como aceitação da gravidez, apoio social) foram respondidas pela mulher. Esse viés é denominado de uso de informante inadequado (Santana *et al*, 2007), que poderia subestimar os dados, pela falta de conhecimento da mulher sobre a vida do parceiro.

Este estudo mostrou que em relação ao aleitamento materno 47,41% das mulheres continuaram o aleitamento conforme preconização do Ministério da Saúde até o sexto mês de vida do bebê, indicando uma redução de 49% (BRASIL, 2009). Apesar da alta taxa no desmame, apenas 21,12% relataram alguma dificuldade no processo de aleitamento materno. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde observou-se uma frequência de 67,7% no início do aleitamento materno, indicando que o início do aleitamento materno do presente estudo é superior ao ultimo levantamento nacional (BRASIL,2009), provavelmente por se tratar de uma capital, Recife, e de mulheres cadastradas no PSF. Em estudo realizado em 2007, os dados mostraram que no Brasil 87,3% das crianças eram amamentadas no primeiro mês e que essa proporção decresce para 68,6% no sexto mês de vida do bebê (Sena,Silva & Pereira, 2007), valor superior ao encontrado na pesquisa atual.

Estudos realizados em outros países (Sarafana *et al*, 2006; Al-Sahab *et al*, 2010) também encontraram redução ao compararem o início com a continuidade do aleitamento materno até o sexto mês. Esses dados fortalecem os achados da pesquisa e indicam que o cuidado com o aleitamento deve se estender às consultas de puericultura, favorecendo o aleitamento até o sexto mês de vida do bebê.

Não foram verificadas associações entre idade e o não início e a descontinuidade do aleitamento materno, embora vários autores refiram que mulheres com idade entre 20-34 anos, assim como mulheres com companheiro e com fonte de renda apresentam uma maior propensão a aleitar (Bernardi *et al*, 2009); (Mascarenhas *et al*, 2006); (Silva & Souza, 2005); (Silveira & Lomounier, 2006).

A associação dos anos de instrução com o início do aleitamento perdeu a significância estatística quando ajustada por trabalho fora de casa no pós-parto. Apesar disso os dados encontrados demonstraram que mulheres com menos anos de instrução apresentam uma maior probabilidade de aleitar. Esses dados podem ser comparados com um estudo realizado no estado de Pernambuco cujo objetivo foi descrever a prevalência, modalidades duração do aleitamento materno e os fatores de proteção da amamentação exclusiva e cujos dados sobre anos de instrução foram compatíveis com o atual estudo em que se observou que mulheres com menos que nove anos de instrução aderiam mais ao processo de amamentação do que as mulheres com maior escolaridade

(Bittencourt *et al*,2005), diferentemente dos resultados encontrados em Pelotas (Silveira *et al*,2008).

Não foram observadas neste estudo associação do início do aleitamento materno com a aceitação da gravidez por parte dos pais, paridade, tipo de parto, problema no nascimento do bebê, peso do bebê ao nascimento, prematuridade e Apoio Social, resultados encontrados em outros estudos (Pinto, 2008; Orun *et al*, 2010; Piscane *et al*, 2005).

Quanto ao uso de álcool e tabaco no período gestacional há uma frequência de 13,28% de mulheres tabagistas no período gestacional e de 18,19% de mulheres que fizeram uso de álcool no mesmo período neste estudo. As taxas do uso de álcool e tabaco no período gestacional têm variado de acordo com os objetivos e local de cada estudo. Para o uso de álcool foram encontradas prevalências de 9,1% (Pinheiro *et al*,2005), 11,2% (Arruda *et al*, 2011) e 40% (Moraes e Reichenhein, 2007). Para o tabaco foram encontradas prevalências de 10,5% em gestantes no Canadá (Al-Sahab *et al*, 2010), 19,1% em gestantes no Rio Grande do Sul- Brasil (Motta *et al*, 2010) e 23% em gestantes de Porto Alegre (Galão *et al*, 2009).

Assim como em alguns estudos (Buja,2011; Cornelius & Day,2009; Ness *et al*, 2008; Oken,2008; Grinfeld,2009), houve um redução mínima do uso do tabaco (5,05%) e do álcool (27,01%) no período gestacional, levando em consideração todos os prejuízos que o uso do álcool e do tabaco, entre estes: diabetes gestacional, baixo peso ao nascimento, síndrome alcoólica fetal, prematuridade, atraso do desenvolvimento infantil, hiperatividade, déficit da atenção.

Apesar da alta frequência de uso de álcool e tabaco no período gestacional não foram encontradas associações entre esses comportamentos de risco e o aleitamento materno. Esse resultado pode estar associado ao viés de informação. Goldade *et al* (2008) e Higgs *et al* (2010) não encontraram associação estatística entre o uso do tabaco e o aleitamento materno, mas assim como neste estudo encontraram uma redução do uso de tabaco no período gestacional. Além disso, verificaram que o uso do tabaco pode interferir na duração do aleitamento materno.

Isso significa dizer que outros estudos sobre a associação do uso do tabaco e a duração do aleitamento materno devem ser realizados com o objetivo de fornecer informações que contribuam nas estratégias de linha de cuidado da saúde materno-infantil.

Embora o uso do álcool no período gestacional possa trazer diversos malefícios para a mãe e bebê, (Koren, 2002; Little *et al*, 2002), não encontramos estudos que associassem o uso de álcool ao início e duração do aleitamento materno. Essa escassez indica a necessidade de aprofundamento quanto ao comportamento do uso de álcool no período gestacional, assim como no puerpério, já que as substâncias contidas no leite materno são transferidas para o bebê.

Em relação à associação entre o início do aleitamento materno e a assistência pré-natal podemos verificar que as mulheres da pesquisa que realizaram um pré-natal inadequado apresentaram maior probabilidade (OR=2,71) de não iniciar o aleitamento materno.

Apesar disso foi observado que 89,9% das mulheres da pesquisa realizaram um pré-natal adequado, percentagem maior que a encontrada em um estudo realizado na cidade do Recife (Carvalho e Araújo, 2007) em duas unidades de alta complexidade, no qual foi observado a adequação do pré-natal em 17% das mulheres estudadas e não adequação em 82%. É importante salientar que o estudo de Carvalho e Araújo foi realizado em um nível de atenção diferente desta, o que fortalece a ideia que a atenção primária pode estar criando estratégias adequadas para o fortalecimento do pré-natal.

O grande número de mulheres que aderiram ao pré-natal mais que adequado pode ter ocorrido devido o fato de que as políticas de promoção à saúde materno-infantil que surgiram na década de 40 foram fortalecidas na estratégia da saúde da família com a realização do pré-natal de baixo risco e acompanhamento da gravidez de alto risco através das visitas domiciliares (Soares *et al*, 2010).

O índice de adequação adotado na pesquisa teve que ser modificado em virtude da nova política de assistência pré-natal. As mulheres inseridas no estudo, por estarem

cadastradas na estratégia de saúde da família, são assistidas sejam por meio de consultas ou visitas domiciliares.

Encontramos uma redução de 49% na taxa da continuidade quando comparada ao início do aleitamento materno. Vários estudos que avaliaram a continuidade do aleitamento materno têm encontrado valores reduzidos quando comparados ao início do aleitamento (Almeida *et al*, 2010); (Graça *et al*, 2011). Os dados para o Brasil mostram que essa proporção decresce para 77,5% aos 120 dias, e para 68,6% aos 180 dias. Os maiores percentuais de continuidade são encontrados nas regiões Norte e Centro-Oeste (Sena *et al*, 2007).

Não foi encontrada associação entre a descontinuidade do aleitamento materno com situação conjugal, aceitação da gravidez pela mulher, paridade, problemas no nascimento do bebê, peso do bebê, prematuridade, apoio social e uso de álcool no período gestacional.

Foram observadas na análise univariada associações com fonte de renda, trabalho no puerpério e assistência ao pré-natal. Porém após ajustamento, se mantiveram com significância estatística apenas as associações entre a continuidade do aleitamento materno com a assistência pré-natal e trabalho no puerpério.

Levando em consideração que a assistência pré-natal das mulheres pesquisadas foi realizada, na sua maioria, nas USF que tem por objetivo não só realizar a consulta pré-natal, mas também realizar ações de promoção e educação em saúde pode-se dizer que, a utilização dessas estratégias na atenção básica estão trazendo resultados positivos (Ramos & Almeida, 2003).

Segundo Ministério da Saúde (2004) o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta.

Um pré-natal adequado pode prevenir o aparecimento dos fatores que podem impedir ou dificultar o aleitamento materno, assim como detectar e orientar a mulher na realização de exames pré-natais, orientação quanto ao não-aleitamento em alguns casos e a

orientação e encaminhamento para serviços de cuidados com usuárias de álcool e drogas.

Por último, foi encontrada associação entre a continuidade do aleitamento materno e o trabalho no puerpério, em que as mulheres que trabalharam no pós-parto desmamaram precocemente e as mulheres que não trabalhavam continuaram o aleitamento materno duas vezes mais que as mulheres que retornaram ao trabalho. Esses resultados coincidem com os encontrados por Vianna *et al* (2007) que identificaram uma diferença considerável entre mulheres que retornaram ao trabalho e mulheres que tiveram direito à licença maternidade (29,6% vs. 8,9%; $p = 0,005$) e de e Noy *et al* (1998) que verificaram que o trabalho no puerpério é um fator de risco para o desmame precoce.

Embora as leis trabalhistas brasileiras e a *Constituição Federal* de 1988 propiciem à mulher trabalhadora 120 dias de licença maternidade, licença paternidade, pausas para amamentar, creche em locais com mais de 30 mulheres acima de 16 anos, auxílio natalidade, entre outros, a grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não recebe tal benefício, ou por descumprimento da lei por parte dos empregadores, ou por estarem em contratos informais de trabalho (Viana *et al*, 2007).

Muitos são os desafios para enfrentar buscando o aleitamento materno de forma exclusiva até o sexto mês de vida do bebê, mas levando em consideração que na década de 70, uma a cada três mulheres aleitava até no máximo o terceiro mês (Réa, 2003) e que no último inquérito a mediana de aleitamento foi para onze meses (Brasil, 2009) podemos verificar que ocorreram avanços para o fortalecimento dessa estratégia de cuidado materno-infantil.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Considerando os objetivos desse estudo podemos observar que:

- Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre o início e continuidade do aleitamento materno com o uso de álcool e tabaco. Apesar disso, sugere-se que sejam realizadas investigações partindo do prontuário até a entrevista minimizando com isso o viés de informação;
- Apesar de não ter apresentado resultados estatisticamente significantes, esse estudo observou que a gravidez favorece na redução do consumo de álcool e tabaco pela mulher.
- Houve uma associação importante entre a realização de um pré-natal adequado e mais que adequado com o ato de iniciar o aleitamento, porém houve uma redução de 49% na continuidade do aleitamento até o sexto mês de vida do bebê, o que indica que a meta proposta pela OMS e preconizada pelo Ministério da Saúde está longe de ser alcançada.
- A redução na continuidade do aleitamento materno é um indicativo de que a estratégia de incentivo deve ser realizada não só no período pré-natal, mas também no puerpério.
- A associação da continuidade com o pré-natal foi significativa. A relação entre trabalho e a descontinuidade do aleitamento materno já havia sido relatada em alguns estudos anteriores, porém esse estudo pode reforçar o problema que existe na continuidade do aleitamento materno para mulheres trabalhadoras, sejam formais ou informais.
- Apesar de vários estudos apresentarem associação estatística entre o fato de não iniciar e não continuar o aleitamento materno com a fonte de renda, paridade, situação conjugal, aceitação da mulher e do companheiro, tipo de parto, instrução, idade, prematuridade e peso ao nascer, não foram encontradas tais associações no nosso estudo.
- Por ter sido realizado dentro da atenção básica, em que o cuidado é realizado de forma sistemática e de próximo as mulheres, torna-se importante a demonstração dos resultados junto às equipes para que as mesmas possam traçar estratégias para fortalecer o início e continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ E, ARAÚJO CL, TOMASI E, MINTEM G, GIUGLIANI E, MATIJASEVICH A, ONIS M, BARROS FC, VICTORA CG. **Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004.** Jornal de Pediatria. Vol. 84, nº6, 2008. P 560-564.

- ALBUQUERQUE RA, JORGE MBS, FRANCO TB, QUINDERÉ PHD. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**,v.15, n.38, p.677-86, 2011.

- ALMEIDA C, SCOCHI MJ, SOUZA RKT, CARVALHO WO. **Prevalência de Aleitamento Materno Antes e Após a Implantação de um Programa de Redução de Morbimortalidade Infantil, no Município de Campo Mourão (PR).** Ciência e Saúde Coletiva, Vol.15, Num.2 Março, pp575-580, 2010.

- AL-SAHAB B, LANES A, FELDMAN M, TAMIM H. **Prevalence and predictor of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey.**BMC Pediatrics, 10:20, 2010.

- ANDRADE, J C. ANTHONY, C M S. **Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual** / editores Arthur Guerra de . -- Barueri, SP : Minha Editora, 2009.

- ARMOGIDA SA, YANNARAS NM, MILTON AL, SRISVASTAVA MD. **Identification and quantification of innate immune system mediators in human breast Milk.** Allergy Asthma Proc, V.25, n.5, p.297-304, 2004.

- ARRUDA MA, GUIDETTI V, GALLI F, ALBUQUERQUE RCAP, BIGAL ME. **Prenatal exposure to tobacco and alcohol are associated with chronic daily headaches at childhood.** Arquivos de Neuropsiquiatria, 69(1):27-33, 2011.

- BAUER CR. **Perinatal effects of prenatal drug exposure. Neonatal aspects.** Clinics in perinatology 26, No. 1, pp. 87-106,1999.

- BECKER AB, MANFREDA J, FERGUSON AC, DIMICH-WARD H, WATSON WTA, CHAN-YEUNG. **Breast-feeding and Environmental Tobacco Smoke Exposure.** Arch Pediatr Adoles Med, Vol 153, July, 1999.

- BERNARDI JLB, JORDÃO RE, BARROS FILHO AA. **Fatores Associados a Duração Mediana do Aleitamento Materno em Lactentes Nascidos em Município do Estado de São Paulo.** Revista de Nutrição, Campinas, 22(6):867-878, Nov/Dez, 2009.

- BITTENCOURT LJ, OLIVEIRA JS, FIGUEIROA JN. BATISTA FILHO M. **Aleitamento Materno no Estado de Pernambuco: Prevalência e Possível Papel das Ações de Saúde.** Revista Brasileira da Saúde Materno Infantil, Recife, 5(4):439-448, Out/Dez, 2005.

- BORGES MTT, BARBOSA RHS. **As Marcas de Gênero no Fumar Feminino: Uma Aproximação Sociológica do Tabagismo em Mulheres.** Ciência & Saúde Coletiva: 14(4):1129-1139, 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Sobre o Atendimento ao Usuário de Alcool e Outras Drogas na Rede SUS.** Cadernos de textos de Apoio da III Conferência de Saúde Mental.MS., Brasília:2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: MS:2003

- BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, 2004.

- 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de política de saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para menores de dois anos**. Brasília, 2002.

- 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: Ministério da Saúde, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA; 2004. [16p.] [acesso 2009 abr 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf

- 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.

- BRASIL. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS – PEAD (2009-2010). Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresenta_lancamento_pead_04-06-09.pdf

- BUENO MP, SOUZA JMP, SOUZA SB, PAZ SMRS, GIMENO SGA, SIQUEIRA AAF. **Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital Universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5):1453-1460, set-out, 2003.

- BUJA A, GUARNIERI E, FORZA G, TOGNAZZO F, SANDONA P, ZAMPIERON A. **Socio-demographic Factors and Processes Associated With Stages of Change for Smoking Cessation in Pregnant Versus Non-pregnant Women**. BMC Women's Health, 11:3, 2011.

- BURGOS MGPA, MEDEIROS MC, BION FM, PESSOA DCNP. **Efeitos de Bebidas Alcohólicas em Mães Lactantes e Suas Repercussões na Prole.** Ver. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 2(2):129-135, mai-ago, 2002.

- CALDEIRA, AP., GOULART, EMA. **A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas gerais: estudo de uma amostra representativa.** Jornal de Pediatria. Vol.76, Nº1, 2000.

- CAMPOS EA, REIS JG. **Representações Sobre o Uso de Álcool por Mulheres em Tratamento em um Centro de Referência da Cidade de São Paulo- Brasil.** Interface- Comunicação, Saúde, Educação. V.14, n-34. 2010.jul/set. p539-50.

- CALDEIRA AP, FAGUNDES GC, AGUIAR GN. **Intervenção Educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para Promoção da Amamentação.** Ver. Saúde Pública. 42(6):1027-33, 2008.

- CARRACOZA KC, COSTA JUNIOR AL, MORAES ABA. **Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno.** Estud. Psicol.. Campinas, v.2, n.4, Dez, 2005.

- CARVALHO VCP, ARAÚJO TVB. **Adequação da Assistência Pré-natal em Gestantes Atendidas em Dois Hospitais de Referência para Gravidez de Alto Risco do Sistema Único de Saúde, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 7(3):309-317, Jul/Set, 2007.

- CECATTI, JG., ARAÚJO, AS., OSIS, MJ., SANTOS,LC., FAÚNDES,A. **Introdução da lactação e amnorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças.** Ver. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (2): 159-169, abr/jun, 2004.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Maternal Alcohol Use.** NM PRAMS Surveillance Report – Year 2001-2002 Live Births.

- CHAVES RG, LAMOUNIER JA, CÉSAR CC. **Fatores associados com a duração do aleitamento materno.** Jornal de Pediatria - Vol. 83, N°3, 2007.

- CHOU S, HSU H, KUO H, KUO H. **Association between exposure to enviromental tobacco smoke (ETS) and breastfeeding behaviour.** Acta Paediatrica, 97, pp76-80, 2008.

- CORNELIUS MD, DAY N. **Developmental consequences of prenatal tobacco exposure.** Curr opin Neurol. September, 16, 2009.

- CORREIA S, NASCIMENTO C, GOUVEIA R, MARTINS S, SANDES AR, FIGUEIRA J, VALETE S, ROCHA E, SILVA L. **Gravidez e Tabagismo: Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos.** Acta Med Port; 20:201-207, 2007.

- COSTA, PJ., LOCATELLI, BMES. **O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê.** Mental. Ano VI. N.10, Barbacena, Jan-Jun, 2008. P-85-102.

- COSTA GRC, CHEIN MBC, GAMA MEA, COELHO LSC, COSTA ASV, CUNHA CLF, BRITO LMO. **Caracterização da Cobertura do Pré-natal no Estado do Maranhã, Brasil.** Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, Nov-dez; 63(6): 1005-9, 2010.

- COSTA AG, LUDEMIR AB. **Transtornos Mentais Comuns e Apoio Social: Estudo em Comunidade Rural da Zona da Mata de Pernmabuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):73-79, jan-fev, 2005.

- DESSEN AS, BRAZ MP. **Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrente do Nascimento de Filhos.** Psic. Teor e Pesq., Brasília, Set-Dez. 2000, vol. 16 n.3, PP 221-231.

- DUBEUX LS, FRIAS PG, VIDAL SA. **Incentivo ao Aleitamento Materno: Uma Avaliação das Equipes de Saúde da Família do Município de Olinda, Pernambuco.** Ver. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 4(4):399-404, out/dez, 2004.

- EINARSON A, RIORDAN S. **Smoking in Pregnancy and Lactation: a review of risks and cessation strategies.** Eur J Clin Pharmacol (2009);65:325-330.

- EGBUONU I, EZECHUKWU CC, CHUKWUKA JO, IKECHEBELU JI. **Breast-feeding return of menses, sexual activity and contraceptive practices among: mothers in the first six months of lactation in Onitsha, South Eastern Nigeria.** J Obstet Gynaecol 2005 Jul; 25 (5): 500-3.

- ELBREDER MF, LARANJEIRA R, SIQUEIRA MM, BARBOSA DA. **Perfil de Mulheres Usuárias de Álcool em Ambulatório Especializado em Dependência Química.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2008;57(1):9-15.

- ESPIRÍTO SANTO LC. Fatores Associados à Interrupção Precoce do Aleitamento Materno Exclusivo e Influência do Padrão de Aleitamento Materno no Primeiro Mês de Vida na Duração da Amamentação. 2006.154f. Tese (doutorado)- Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre, BR-RS, 2006.

- FALEIROS, FTV; TREZZA, EMC; CARANDINA, L. **Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração.** Rev. Nutr., Campinas, 19(5):623-630, set./out., 2006.

- FREIRE K, PADILHA PC, SAUNDERS C. **Fatores Associados ao Uso de Álcool e Cigarro na Gestação.** Ver. Bras. Ginecol. Obstet. 31(7):335-41, 2009.

- GALÃO AO, SODER SA, GERHARDT M, FAERTES TH, KRÜGER MS, PEREIRA DF, BORBA CM. **Efeitos do Fumo Materno Durante a Gestação e Complicações Perinatais.** Revista HCPA 29(3), 2009.

- GARCÍA-MORENO C. Violencia contra la mujer : Género y equidad en la salud. Washington (DC) : Organización Panamericana de la Salud -Harvard Center for Populations and Development Studies; 2000. Publicación Especial.

- GIGLIA RC, BINNS CW, ALFONSO HS. **Wich Womwn Stop Smoking During Pregnancy and the Effect on Breastfeeding Duration.** BMC Public Health 6:195, 2006. Acesso: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/195>.
- GIUGLIANI ERJ. **Problemas Comuns na Lactação e Seu Manejo.** Jornal de Pediatria, Vol 80, Nº 5 (supl), 2004.
- GOLDADE K, NICHTER M, NICHTER M, ADRIAN S, TESLER L, MURAMOTO M. **Breastfeeding and Smoking among Low-Income Women: Results of a Longitudinal Qualitative Study.** Birth, September:35(3):230-240, 2008.
- GRAÇA LCC, FIGUEIREDO MCB, CONCEIÇÃO MTCC. **Contributions of the Nursing Intervention in Primary Healthcare for the Promotion of Breastfeeding.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Março-Abril, 19(2):429-36, 2011.
- GRIEP RH, CHOR D, FAERSTEIN E, WERNECK GL, LOPES C.S. **Validade do constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde.** Cadernos de saúde pública, 21(3): 703-39, 2005.
- GRINFELD H. **Consumo Nocivo de Álcool Durante a Gravidez. In: Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual.** Editores Arthur Guerra de Andrade, James C. Anthony, Camila MagalhãesSilveira. Barueri, SP : Minha Editora, 2009.
- HIGGINS TM, HIGGINS ST, HEIL SH, BADGER GJ, SKELLY JM, BERNSTEIN IM, SOLOMON LJ, WASHIO Y, PRESTON AM. **Effects of Cigarette Smoking Cessation on Breastfeeding Duration.** Nicotine & Tobacco Research, Volume 12, Number 5, 483-488, 2010.
- IBGE. **Resultados do universe do censo 2000.** Disponível em: WWW.ibge.gov.br/cidades Acesso em: 10/03/2008.

- JORGENSEN C, PICOT MC, BOLOGNA C, SANY J. **Oral contraception, parity, breast feeding, and severity of rheumatoid arthritis.** Annals of Rheumatic Diseases. 1996;55:94-98.

- JUSSANI NC, SERAFIM D, MARCON SS. **Rede social durante a expansão da família.** Ver Bras Enfer. 2007, Mar-abr, 60(2): 184-9.

- KAC G, BENÍCIO MH, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G, VALENTE JG, STRUCHINER CJ. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. J Nutr. 2004;134:661-6
- KOFFMAN MD, BONADIO IC. **Avaliação da Atenção Pré-natal em uma Instituição Filantrópica da Cidade de São Paulo.** Ver. Bras. Saúde Materno Infantil. Recife, 5 (Supl 1): s23-s32, dez, 2005.

- KOREN G. **Drinking Alcohol while Breastfeeding- Will it Harm My Baby?** Canadian Family Physician, Vol 48, 2002.

- KOTELCHUCK M. **An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index.** Am J Public Health; 84:1414-20, 1994.

- LAMOUNIER JÁ. **Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Rev Ass Med Brasil 1998; 44(4):319-24.

- LANA APB, LAMOUNIER JA, CESAR CC. **Impacto de um Programa para Promoção da Amamentação em um Centro de Saúde.** Jornal de Pediatria, Vol.80, Nº3, 2004.

- LEAL MC, GAMA SGN, RATTO KMN, CUNHA CB. **Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Pública, 20 supl, 1:s63-s72, 2004.

- LIMA BM, SOUZA EBC, AMORIM LE. **Amamentação e a Mãe Trabalhadora.** disponível: <http://www.uff.br/psienf/amamentacaoemaetrabalhadora.pdf> acesso em 18 de Dezembro de 2011.
- LITTLE RE, NORTHSTONE K, GOLDING J. **Alcohol, Breastfeeding and Development at 18 Months.** Pediatrics, 2002.
- MACHADO JB, LOPES MHI. **Abordagem do Tabagismo na Gestação.** Scientia Medica, Porto Alegre, v.19, n.2, p 75-80, abr/jun.2009.
- MARTIN RM, MIDDLETON N, GUNNELL D, OWEN CG, SMITH GD. **Breastfeeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis.** J Natl Cancer Inst 2005; 97(19):1446-57.
- MASCARENHAS,MLW, ALBERNAZ, EP, SILVA MB, SILVEIRA RB. **Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil.** J Pediatr (Rio J). 2006;82(4):289-94
- MEDEIROS, APM., FERREIRA, JTL., FELÍCIO, CM. **Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais.** Pró-fono Revista de Atualização Científica. 21(4). Out-Dez, 2009.
- MELONI JN, LARANJEIRA R. **Custo Social e de Saúde do Consumo do Alcool.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2004;26 (Supl I):7-10.
- MENNELLA JA. **Regulation of Milk Intake After Exposure to Alcohol in Mothers' Milk.** Alcohol Clin Exp Res. April ; 25(4): 590–593, 2001.
- MENELLA JA, PEPINO MY. **Biphasic effects of moderate drinking on prolactin durind lactation.** Alcohol Clin Exp Res. November ; 32(11): 1899–1908, 2008.
- MENEZES TC, AMORIM MMR, SANTOS LC, FAÚNDES A. **Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia, v.25, n.5, p.309-316, 2003.

- MORAES CL, REICHENHEIM ME. **Cross-cultural measurement equivalence of the revised conflict Tactics scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples.** Cadernos de Saúde Pública, V.18, n.3, p-783-796, 2002.

.Rastreamento de Uso de Alcool por Gestantes de Serviços Públicos de Saúde do Rio de Janeiro. Revista de Saúde Pública 41(5):695-703, 2007.

- MOTTA GCP, ECHER IC, LUCENA AF. **Factors Associated with Smoking in Pregnancy.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Jul-Ago, 18(4):809-15, 2010.

- MUIRHEAD PE, BUTCHER G, RANKIN J, MUNLEY A. **The effect of a programme of organized and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomized trial.** British Journal of General Practice, March. 2006. P 191-197.

- MULLER FS, SILVA IA. **Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women.** Rev Latino-am Enfermagem. Setembro-outubro; 17(5):651-7, 2009.

- MUSIEJ-NOWAKOWSKA E, PLOSKI R. **Pregnancy and early onset pauciarthritic juvenile chronic arthritis.** Annals of Rheumatic Diseases. 1999;58:475-480.

- NAGAHAMA EEI, SANTIAGO SM. **A Institucionalização Médica do Parto no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):651-657, 2005.

- NEIVA, FCB., CATTONI, DM., RAMOS, JLA., ISSLER, H. **Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral.** Jornal de Pediatria. Vol 79, nº1, 2003. P.7-12.

- NESS RB, ZHANG J, BASS D, KLEBANOFF. **Interactions Between Smoking and Weight in Pregnancies Complicated by Preeclampsia and Small-for-Gestational-Age Birth.** American Journal of Epidemiology. Vol 168, Nº4, June16, 2008.

- NEWTON KN, CHAUDHURI J, GROSSMAN X, MEREWOOD. **Factors Associated with exclusive breastfeeding among latina women giving birth at a inner-city baby-friendly hospital.** *J Hum Lact* 25: 28, 2009.

- NOY SE, GUZMÁN PP, MASALÁN P. **Lactancia Materna: Impacto de La Consulta de Apoyo a La Madre que Trabaja.** *Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.6, n.3, p.61-70, 1998.
- OKEN E, LEVITAN EB, GILLMAN. **Maternal Smoking During Pregnancy and Child Overweight.** *Intitute Journal Obesity (London)*. February, 32(2):201-210, 2008.

- OLIVEIRA JDF. **Aspectos Epidemiológicos do Tabagismo** in: VILARTA R. **Saúde Coletiva e Atividade Física: Conceitos e Aplicações Dirigidas à Graduação em Educação Física.** Campinas: ipês editorial, 2007.
- OLIVEIRA APR, PATEL BN, FONSECA MG. **Dificuldades na Amamentação entre Puérperas Atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos-HIPS, Feira de Santana/BA, 2004.** *Sitientibus, Feira de Santana*, n.30, p31-46, JAN/Jun, 2004.

- OPAS. 128º sessão do comitê executivo. Washigton, Junho, 2001.

- ÖRÜN E, YALÇIN SS, MADENGAG Y, ÜSTÜNYURT-ERAS Z, KUTLUK S, YURDAKÖK. **Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital.** *The Turkish Journal of Pediatrics* 2010; 52: 10-16.

- PASSOS AA, MOURA ERF. **Process Indicators in The Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: Analysis of a Historical Series (2001-2006).** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(7):1572-1589, jul, 2008.

- PISCANE, A., CONTINISIO, GI., ALDINUCCI,M., D'AMORA, S., CONTINISIO,P. **A controlled Trial of the Father's role in breastfeeding promotion.** *PEDIATRICS*. Vol 116 nº4 October 2005, p.494-498.

- PINHEIRO SN, LAPREGA MR, FURTADO EF. **Morbidade Psiquiátrica e Uso de Álcool em Gestantes Usuárias do Sistema Único de Saúde.** Revista de Saúde Pública, 39(4):593-8, 2005.

- PINTO TV. **Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade.** Arquivos de Medicina, 22, nº 2/3, 2008.

- PONTES CM., ALEXANDRINO AC., OSÓRIO MM. **The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behavior and emotions.** J Pediatr (Rio J). 2008;84(4):357-364.

- POPKIN, BM., ADAIR, L., AKIN, JS., BLACK,R., BRISCOE,J. FLIEGER,W. **Breast-feeding and diarrheal morbidity.**PEDIATRICS. Vol 86. Nº6, December, 1990. P874-82.
- PUETA M, ABATE P HAYMAL OB, SPEAR NE, MOLINA JC. **Ethanol Exposure During Late Gestation and Nursing in the Rat: Effects Upon Maternal Care, Ethanol Metabolism and Infantile Milk Intake.** Pharmacol Biochem Behav. November ; 91(1): 21–31, 2008.

- RAMOS CV, ALMEIDA JAG. **Aleitamento Materno: Como é Vivenciado por Mulheres Assistidas em uma Unidade de Saúde de Referência na Atenção Materno- Infantil em Teresina, Piauí.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 3(3):315-321, Jul/Set, 2003.

- REA MF, VANANCIO SI, BATISTA LE, SANTOS RG, GREINER T. **Possibilidades e Limitações da Amamentação entre Mulheres Trabalhadoras Formais.** Ver. Saúde Pública, 31(2):149-56, 1997.

- REA, MF., **Os benefícios da amamentação para saúde da mulher.** Jornal de Pediatria. Vol. 80, Nº 5 (supl), 2004.

- ROIG AO, MARTINEZ MR, GARCIA JC, HOYOS SP, NAVIDAD GL, ÁLVAREZ JCF, PUJALTE MDMC, GONZÁLES RGL. **Factors associated to breastfeeding**

cessatin before 6 months. Ver. Latino-AM. Enfermagem. MAy-Jun; 18(3):373-80, 2010.

- ROSA WAG, LABATE RC. **Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência.** Ver. Latino-am Enfermagem. Novembro-Dezembro, 13(6):1027-34,2005.

- SAES, SO., GOLDBERG, TBL., ONDANI, LM., VALARELLI, TP., CARVALHO, AP. **Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas.** Pediatria. 2006; 24 (2): 121-6.

- SAMPAIO PF, MORAES CL, REICHENHEIM ME, OLIVEIRA ASD, LOBATO G. **Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(7):1348-1361, Jul, 2011.

- SANDES AR., NASCIMENTO C., FIGUEIRA J., GOUVEIA R., VALENTE S., MARTINS S., CORREIA S., ROCHA E., SILVA LJ. **Aleitamento Materno-Prevalência e factores condicionantes.** Acta Med Port, 2007; 20:193-200.

- SANTANA VS, ALMEIDA FILHO N, ROCHA CO, MATOS AS. **Confiabilidade e Viés do Informante Secundário na Pesquisa Epidemiológica: Análise de Questionário para Triagem de Transtornos Mentais.** Rev. Saúde Pública, 31(6):556-65, 1997.

- SANTOS ES, SANTOS AMG. **Síndrome Alcoólica Fetal- Recorrência em Duas Gerações.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 182-185, out./dez. 2009.

- SARAFANA S, ABECASIS F, TAVARES A, SOARES I, GOMES A. **Aleitamento Materno: Evolução na Última Década.** Acta Pediátrica Portuguesa.1(37):9-14, 2006.

- SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA-JUNIOR I, PINHO AA. **Violência Contra a Mulher: Estudo em Uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.** Rev. Saúde Pública; 36(4):470-7, 2002.

- SENA MCF, SILVA EF, PEREIRA MG. **Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras.** Ver. Assoc. Med Brasileira. 53(6):530-4, 2007.
- SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TG. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados Iniciais.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004.
- SHERBOURNE CD, STEWART AL. **The MOS social support survey.** Social Science & Medicine. 32(6), 705-714, 1991.
- SCHÜLER-FACCINI L, PERES RM. **Alcool na gravidez.** SIAT- Sistema de Informação sobre Agentes Teratogênicos. Serviço de Genética Médica-HCPA. Departamento de Genética-UFRGS. Acesso: <http://gravidez-segura.org/alcool.html>.
- SILVA, IA. **O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno.** Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.3, n.1, p 7-14, jan/jun. 2001.
- SILVA AV, OLIVEIRA DM, GREI EVE, GONÇALVES PC, GESTEIRA ECR. **Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas –resultados e discussão.** Rev Inst Ciênc Saúde. 27(3):220-5 , 2009.
- SILVEIRA FJF, LAMOUNIER JA. **Fatores Associados à Duração do Aleitamento Materno em Três Municípios na Região do Alto do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):67-77, jan, 2006.
- SILVEIRA DS, SANTOS IS. **Adequação do Pré-natal e Peso ao Nascer: Uma Revisão Sistemática.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1160-1168, set-out, 2004.
- SILVEIRA RB, ALBERNAZ E, SUCCHETO LM. **Fatores Associados ao Início da Amamentação em uma Cidade do Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 8(1):35-43, Jan/ Mar, 2008.
- SOARES AC, OLIVEIRA ACB, OLIVEIRA VJ. **Pré-natal de Baixo Risco Como Atividade do Enfermeiro: Implicações Para Sua Implementação Segundo os**

Enfermeiros que Atuam no Município de Pará de Minas- MG. SynThesis Revista Digital FAPAM, Pará de Minas, v.2, n.2, 144-157, nov. 2010.

- SOUZA MF, HAMANN EM. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?**.Ciência e Saúde Coletiva, 14 (supl1):1325-1335), 2009.

- SOUZA MHN, SOUZA IEO, TOCANTINS FR. **A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam.** Ver. Latino-am Enfermagem, maio-junho; 17(3), 2009.

- STATA CORP. **Stata statistical software/SE, Release 8.0.** College Station (TX): Stata Corporation, 2003.

- STRAUS MA. *Et al.* **The revised conflict tactics scales (CTS-2): development and preliminary psychometric data.** Journal of Family Issues, V. 17, p.283-316, May 1996.

- SUSIN LRO, GIUGLIANI. **Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: Impact on breastfeeding rates.** *J Hum Lact.*2008. 24(4):386-392.

- TINOCO, SMB., SICHIERI,R., MOURA,AS., SANTOS,FS., CARMO, MGT. **Importância dos ácidos graxos essenciais e os efeitos dos ácidos graxos do leite materno para o desenvolvimento fetal e neonatal.**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):525-534, mar,2007.

- TOHOTOA,J., MAYCOCK,B., HAUCK,YL., HOWAT,P., BURNS,S., BINNS, CW. **Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, western Australia.** International Breastfeeding Journal, 2009, 4:15.

- TOMA, ES., REA,MF. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S 235-S246, 2008.

- TREVISAN MR, LORENZI DRS, ARAÚJO NM, ÉSBER K. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** RBGO, v.24, nº5, 2002.

- UTAGAWA CY, SOUZA RA, SILVA AOM, SILVA MO. **Tabagismo e Gravidez: Repercussões no Desenvolvimento Fetal.** Caderno UniFOA, AnoII, nº04, Agosto, 2007.

- VASCONCELOS MGL, LIRA PIC, LIMA MC. **Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco.** Revista Brás. Saúde Matern. Infanti., Recife, 6 (1): 99 – 105, jan./mar.,2006.

- VIANNA RPT, REA MF, VANANCIO SI, ESCUDER MM. **A Prática de Amamentar entre Mulheres que Exercem Trabalho Remunerado na Paraíba, Brasil: Um Estudo Transversal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2403-2409, Out, 2007.

- VIEIRA. GO, MARTINS CC, VIEIRA TO, OLIVEIRA NF, SILVA LR. **Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação.** Jornal de Pediatria - Vol. 86, Nº 5, 2010.

- YAMAGUCHI ET, CARDOSO MMSC, TORRES MLA, ANDRADE AG. **Drogas de Abuso e Gravidez.** Ver, Psiqu. Clín 35, supl1, 44-47, 2008.

- WADOWIAK A, WIKTOR H, WADOWIAK L. **Maternal Passive Smoking During Pregnancy And Neonatal Health.** Ann Agric Environ Med, 16, 309-312, 2009.

ANEXOS

Seções utilizadas do questionário da mulher

**PESQUISA SOBRE SAÚDE DAS MULHERES GRÁVIDAS E SUAS
EXPERIÊNCIAS DE VIDA**

QUESTIONÁRIO DA MULHER

**ESTUDO CONDUZIDO PELO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PIPASC) DA UFPE**

Confidencial uma vez preenchido

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[][]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[][][][]	
CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ Você está grávida agora? PARA AS MULHERES QUE DIZEM ESTAR GRÁVIDA E A GRAVIDEZ NÃO É EVIDENTE Explore: Você fez teste de gravidez e este foi positivo?			01. Sim, está grávida 02. Talvez / não tem certeza ⇒ ENCERRAR ENTREVISTA 03. Não está grávida ⇒ ENCERRAR ENTREVISTA	
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [][]
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	MÊS [][]
RESULTADO***	_____	_____	_____	ANO [2][0][0][]
				ENTREVISTADORA []
				RESULTADO [][]
PRÓXIMA VISITA HORA DATA LOCAL	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
QUESTIONÁRIO COMPLETADO?	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa02 A mulher adiou a entrevista03 A mulher está incapacitada04 Especificar: _____		⇒ Retornar ⇒ Retornar ⇒ Retornar	
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____ Questionário concluído06		⇒ Retornar	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____. Trabalho para o DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA UFPE. Nós estamos realizando uma pesquisa em Recife intitulada “Saúde das mulheres grávidas e suas experiências de vida” para investigar suas experiências de vida durante a gravidez e no pós-parto. Você foi selecionada para participar desta pesquisa.

Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Eu não vou deixar escrito seu nome ou o seu endereço. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e você poderá sentir-se constrangida. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Todas vocês receberão uma lista com informação sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife.

Você só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil.

Serão realizadas três entrevistas. A primeira, no início da gravidez. A segunda, um mês antes da data prevista para o parto e a terceira, três meses após o parto. Cada entrevista dura mais ou menos uma hora.

Quer fazer alguma pergunta? Você concorda em ser entrevistada?

ANOTE SE A ENTREVISTADA CONCORDA OU NÃO EM SER ENTREVISTADA

[☐] NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGRADEÇA PELO TEMPO DELA

[☐] CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGORA É UMA BOA HORA PARA CONVERSAR?

É muito importante que a gente continue a conversar a sós. Podemos continuar a entrevista aqui ou você gostaria de mudar de lugar?

Assinatura da entrevistada

Nome da entrevistadora

PARA A ENTREVISTADORA COMPLETAR SE A ENTREVISTADA PREFERIR NÃO ASSINAR

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistada

Pesquisador responsável: Ana Bernarda Ludermir
Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar
Departamento de Medicina Social / PIPASC
Telefone: 81-212637

DATA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][]

REGISTRE A HORA		Hora.....[][] Minutos.....[][]	
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
101	Além de você, que outras pessoas vivem na casa em que você mora? CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS <u>NÃO</u> INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA	Número total de pessoas na residência [][]	
102	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora? CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS <u>NÃO</u> INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai 04. Mãe 05. Filhos/ Filhas 06. Nora / Genro 07. Neta / Neto 08. Irmã / Irmão 09. Tia / Tio 10. Avó / Avô 11. Sobrinhas / Sobrinhos 12. Enteadas / Enteados 13. Sogra / Sogro 14. Cunjada / Cunjado 15. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
103	Quem chefia o domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 88. Não sabe 89. Não quis Responder	
104	A casa em que você mora é:	01. PRÓPRIA (COMPRADA, HERDADA, CONSTRUÍDA) 02. PRÓPRIA (POR TÍTULO DE POSSE) 03. INVADIDA 04. ALUGADA 05. CEDIDA/EMPRESTADA 06. OUTROS : _____ 89. Não quis responder	
105	Quantos cômodos tem na sua casa?	Nº de cômodos [][]	
106	Onde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar?	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA FORA DA CASA 03. SEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRA: _____ 89. Não quis Responder	
107	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder	

108	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	01. NÃO TEM LUZ ELÉTRICA 02. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 03. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 04. Outro: _____ 89. Não quis responder	
109	Nesta casa existem quantos destes itens? REGISTRE A QUANTIDADE DE CADA ITEM ENTRE OS COLCHETES.	NR ☐ TELEVISÃO COLORIDA ☐ VÍDEO-CASSETTE ☐ DVD ☐ RÁDIO ☐ CARRO DE PASSEIO ☐ TELEFONE ☐ ASPIRADOR DE PÓ ☐ MAQ. DE LAVAR ROUPA ☐ GELADEIRA ☐ FREEZER ☐ COMPUTADOR 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89	
110	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:	1. TERRENO 2. CASA 3. APARTAMENTO 4. EMPRESA/ NEGÓCIO 5. TERRA SIM 01 02 01 02 01 02 01 02 01 02 NR	
111	Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual? Se SIM, pergunte: Qual? ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS	a) 01. SIM 02. NÃO 89. NR b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
112	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [] [] [] Mês [] [] [] Ano [] [] [] [] [] []	
113	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [] [] [] [] [] []	
114	Em que religião você foi criada?	01. NENHUMA 02. CATÓLICA 03. PROTESTANTE 04. ESPÍRITA 05. UMBANDA / CANDOMBLÉ 06. OUTRA _____ 89. Não quis responder	
115	Atualmente, você tem alguma religião ou culto?	01. NÃO ⇒ PASSE PARA Q.117 02. CATÓLICA 03. PROTESTANTE 04. ESPÍRITA 05. UMBANDA / CANDOMBLÉ 06. OUTRA _____ 89. Não quis responder	
116	Com que frequência você frequentou culto religioso nas quatro últimas semanas?	Nº de vezes [] [] [] [] [] [] Não aplicável '88'	

117	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
118	Você sabe ler e escrever?	01.Sim 02.Não 89. Não quis responder	
119	Você já frequentou a escola?	01.Sim 02.Não ⇒ passe para Q.121 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.121	
120	Qual a ultima serie e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO.	01. Primeiro Grau Menor _____ Ano 02. Primeiro Grau Maior _____ Ano 03. Secundário/Técnico _____ Ano 04. Universitário Incompleto ____ Ano..... 05. Universitário completo ____ Ano 88. Não aplicável 89.Não quis responder _____ Nº de anos de instrução [] []	
121	Atualmente você está casada ou vive com alguém? ANOTE NO BOX A	1. ATUALMENTE CASADA ⇒ passe p/ Q.126 2. VIVE/MORA JUNTO COM UM HOMEM ⇒ passe p/ Q.126 3. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 4. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 5. OUTRO _____ 88. Não aplicável 89.Não quis responder	
122	Você alguma vez já foi casada ou viveu com um companheiro do sexo masculino?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q.201 88. Não aplicável 89.Não quis responder	
123	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. Divorciada 02. Separada 03. Viúva ⇒ passe para Q.128 88. Não aplicável 89.Não quis responder	
124	<i>Quem tomou a iniciativa da separação?</i>	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

125	<i>Qual o motivo que levou este seu último casamento / ou relacionamento a terminar?</i> A pergunta permite mais de uma resposta	01. VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL, DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
126	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
127	Antes de seu relacionamento atual, você já foi casada ou viveu junto com outro companheiro do sexo masculino? ANOTE NO BOX A	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q.201 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.201	
128	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? <i>(incluir o companheiro atual, quando existente).</i> ANOTE NO BOX A	Nº de maridos / companheiros..... [] [] Não aplicável ‘88’	
129	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	Anos (idade aproximada)[] [] Não aplicável ‘88’	

SEÇÃO 2 – HISTORIA REPRODUTIVA E CONTRACEPTIVA

Agora eu gostaria de falar sobre alguns fatos e situações vividas pela maioria das mulheres: seus relacionamentos e seus parceiros, gravidezes e filhos que teve.

201	Quantas vezes você já engravidou? (<i>Considere, inclusive, qualquer gravidez mesmo que não tenha tido uma criança viva ou tenha resultado em aborto</i>)	Número total de vezes que engravidou [][] Inclua a gravidez atual, e se ela estiver <u>grávida pela primeira vez</u> ⇒ passe p/Q.207	
202	Quando você engravidou pela PRIMEIRA vez, quantos anos você tinha?	Idade em anos[][] Não aplicável88 Não lembra '99'	
203	De quantos parceiros você engravidou? (Considere, todas as vezes em que você engravidou, estivesse ou não vivendo com o pai da criança, mesmo que não tenha tido uma criança viva ou tenha resultado em aborto.)	Número de parceiros de quem engravidou [][] Não quis responder '89' Se for a 1ª gravidez '01'	
204	Você já pariu uma criança? Quantas? Explore: pode ter sido uma criança nascida viva ou morta.	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.207 Não aplicável88 NÚMERO DE PARTOS [][]	
205	De quantos parceiros você teve filhos?	Número de parceiros de quem teve filhos [][] Nenhum '00' Não quis responder '89'	
206	Quando nasceu o seu PRIMEIRO filho, quantos anos você tinha?	Idade em anos.....[][] Não aplicável '88'	
207	Você já fez alguma coisa ou tentou de alguma forma evitar gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q. 212 89. Não quis responder ⇒ p/ Q. 212	
208	Quais os métodos para evitar gravidez que você já usou?	01. NUNCA USOU 02. PÍLULAS 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – Dispositivo Intra-Uterino 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA / MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA 09. COITO INTERROMPIDO 10. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
209	Quantos anos você tinha quando usou pela primeira vez, algum método evitar gravidez?	Idade em anos[][] Nunca usou '00' 99. Não lembra	

210	No último mês antes de engravidar, você usou algum método para evitar gravidez? Qual? Explore: E seu marido ou companheiro?		01. NÃO ESTAVA USANDO 02. PÍLULAS 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – Dispositivo Intra-Uterino 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA / MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA 09. COITO INTERROMPIDO 10. OUTROS: _____ Não aplicável Não quis responder	
211	Quem decidiu usar esse método?		01. VOCÊ 02. O PARCEIRO 03. OS DOIS 04. OUTRA PESSOA : _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
Você disse já ter engravidado [nº de vezes], eu gostaria de saber alguma informações sobre as suas outras gravidezes (cheque Q.201). Se ela referiu apenas uma gravidez, esta é a gravidez <u>atual</u> , passe para a SEÇÃO 3 .				
212	1ª Gravidez	a) Quando engravidou pela primeira vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável (mulheres na 1ª gravidez)	
		b) Quando engravidou pela primeira vez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. NÃO HAVIA PENSADO NO ASSUNTO 06. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A SUA 1ª GRAVIDEZ RESULTOU EM:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTANEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
213	2ª Gravidez	a) Quando engravidou pela segunda vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 2ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	

		C) A SUA 2ª GRAVIDEZ RESULTOU EM:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTANEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
214	3ª Gravidez	a) Quando engravidou pela terceira vez, você EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 3ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		C) A SUA 3ª GRAVIDEZ RESULTOU EM:	01. FILHO NASCIDO VIVO OU MORTO 02. ABORTO ESPONTANEO (NATURAL) 03. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
215	4ª Gravidez	a) Quando engravidou pela quarta vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 4ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você estava tentando engravidar, queria engravidar ou tanto fazia?	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 4ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTANEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não quis responder 88. Não aplicável 99. Não lembra	
216	5ª GRAVIDEZ	A) QUANDO ENGRAVIDOU PELA QUINTA VEZ, VOCÊ ESTAVA FAZENDO ALGO OU USANDO ALGUM MÉTODO PARA EVITAR GRAVIDEZ? EXPLORE: E O SEU PARCEIRO FAZIA ALGUMA COISA?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	

		b) Antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A SUA 5ª GRAVIDEZ RESULTOU EM:	01.FILHO NASCIDO VIVO 02.FILHO NASCIDO MORTO 03.ABORTO ESPONTANEO (NATURAL) 04.ABORTO PROVOCADO 88.Não aplicável 89.Não quis responder 99. Não sabe	
	HAVENDO MAIS DE CINCO GRAVIDEZES USE A FOLHA ADICIONAL			
217	TOTALIZE O NÚMERO DE EVENTOS, E PERGUNTE:			
↓	Só para confirmar: Você já deu à luz a [número]crianças vivas?		217) Nº de nascidos vivos [][]	
	Você já teve [número]crianças nascidas mortas?		218) Nº de natimortos..... [][]	
221	Você teve [número] abortos, [número] abortos que foram espontâneos (natural) e [número] foram provocados?		219) Nº de abortos[][] 220) Aborto espontâneo [][] 221) Aborto provocado [][] Se nenhum registre ‘00’	
222	Caso você pudesse escolher, quantos filhos você gostaria de ter?		Nº de filhos.....[][] Nenhum ‘00’ 89. Não quis responder 99. Não sabe	
223	Que idade você tinha quando teve relações sexuais com uma pessoa do sexo masculino pela primeira vez?		Anos (idade aproximada) ... [][] 89. Não quis responder 99. Não sabe	
224	Como você descreveria sua primeira experiência sexual: você queria, não queira, mas acabou acontecendo, ou foi forçada a fazer sexo?		01. QUERIA ⇒ passe p/ Q.226 02. NÃO QUERIA, MAS ACONTECEU 03. FOI FORÇADA⇒ passe p/ Q.225 89. Não quis responder ⇒ passe p/ SECCÃO 3	
225	Como você foi forçada?		01. HOUVE VIOLÊNCIA FÍSICA 02. HOUVE AMEAÇA DE VIOLÊNCIA 03. HOUVE OUTRO TIPO DE AMEAÇA 04. HOUVE MUITA INSISTÊNCIA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

226	Quem foi essa pessoa com quem você teve a primeira relação?	01. NAMORADO 02. MARIDO OU COMPANHEIRO 03. PESSOA COM QUEM FICOU 04. AMIGO 05. VIZINHO 06. DESCONHECIDO 07. OUTRO: _____ 89. Não quis responder 99. Não lembra	
SEÇÃO 3 – GRAVIDEZ ATUAL			
301	Eu gostaria de saber sobre esta sua gravidez atual. Você lembra a data da sua última menstruação?	Data: _____ / _____ / _____	
302	Aproximadamente, com quantas semanas de gravidez você está?	[] [] semanas ou [] [] meses	
303	Antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 02. ESTAVA QUERENDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 03. QUERIA ENGRAVIDAR, MAS NÃO AGORA 04. NÃO QUERIA ENGRAVIDAR 05. NÃO FAZIA DIFERENÇA 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.305	
304	Por que você não estava querendo engravidar agora?	01. NÃO VIVE JUNTO COM O PARCEIRO 02. ESTAVA SE SEPARANDO 03. NÃO QUER TER FILHOS / MAIS FILHOS 04. NÃO QUER TER MAIS FILHOS COM O COMPANHEIRO ATUAL 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
305	Na época em que você ficou grávida, seu marido / companheiro	01. QUERIA A GRAVIDEZ 02. QUERIA ESPERAR MAIS UM POUCO 03. NÃO QUERIA FILHOS/MAIS FILHOS 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 89. Não quis responder 99. Não sabe	
306	Como você reagiu quando soube que estava grávida?	01. FICOU CONTENTE 02. ACEITOU 03. QUIS FAZER UM ABORTO 04. TENTOU FAZER UM ABORTO 05. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	

307	E o pai da criança, como reagiu quando soube que você estava grávida?	01. FICOU CONTENTE ⇒ passe p/ Q.309 02. ACEITOU ⇒ passe p/ Q.309 03. FOI INDIFERENTE ⇒ passe p/ Q.309 04. FICOU CONTRARIADO / NÃO GOSTOU 05. SUGERIU / QUIS QUE FIZESSE UM ABORTO 06. NÃO FICOU SABENDO DA GRAVIDEZ ⇒ passe p/ Q.309 07. SUMIU QUANDO SOUBE DA GRAVIDEZ OUTRO: _____ 89. Não quis responder	
308	Qual o motivo para ele não ter aceito a gravidez?	01. ELE TEM OUTRO RELACIONAMENTO 02. VOCÊS ESTAVAM HÁ POUCO TEMPO JUNTOS. 03. VOCÊS ESTAVAM SE SEPARANDO 04. ELE NÃO QUERIA TER FILHOS / MAIS FILHOS 05. NÃO ACREDITOU QUE O FILHO ERA DELE 06. ELE NÃO É O PAI DA CRIANÇA 07. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
309	Só para confirmar, quando engravidou dessa última vez, você estava fazendo algo para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fez alguma coisa? CONFIRA Q.210	01. Sim ⇒ passe p/ Q.311 02. Não estava usando 03. Nunca usou 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.312	
310	Quando engravidou dessa última vez, por que motivo vocês não estavam evitando?	01. VOCÊ DESEJAVAM TER UM FILHO 02. O PARCEIRO QUERIA TER UM FILHO 03. VOCÊS DOIS DESEJAVAM TER UM FILHO 04. VOCÊ PENSAVA QUE NÃO PODIA ENGRAVIDAR 05. NÃO PENSAVAM SOBRE ISSO 06. O PARCEIRO NÃO QUERIA 07. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
311	Seu marido / companheiro sabia que você estava usando um método para evitar a gravidez?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
312	Alguma vez seu marido / companheiro atual / mais recente se recusou ou tentou impedi-la de usar algum método para evitar a gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.314 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.314	

313	De que maneira ele demonstrou que não permitir que você usasse algum método para evitar a gravidez? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM	01. FALOU QUE NÃO APROVAVA 02. GRITOU / FICOU COM RAIVA 03. AMEAÇOU BATER EM VOCÊ 04. AMEAÇOU LARGAR VOCÊ / POR VOCÊ PARA FORA DE CASA 05. BATER EM VOCÊ / AGREDIR VOCÊ 06. PEGOU OU DESTRUÍU O MÉTODO 07. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
314	Depois que você engravidou dessa última vez, você pensou em interromper essa gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.327 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.327	
APENAS PARA AS MULHERES QUE RESPONDERAM EM Q.306 código 3 ou 4 (quis ou tentou fazer um aborto) ou em Q.307 código 5 (companheiro quis fazer um aborto) ou em Q.314 disse ter pensado em fazer um aborto (código 1) CHEQUE Q.306, Q.314 e Q.307			
315	Você chegou a conversar com o seu parceiro sobre a possibilidade de interromper a gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.318 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.318	
316	Quanto a idéia de interromper a gravidez, você diria que seu companheiro:	01. DEU APOIO ⇒ passe p/ Q.318 02. FOI INDIFERENTE ⇒ passe p/ Q.318 03. ACEITOU ⇒ passe p/ Q.318 04. NÃO APROVOU 05. OUTRO _____ ⇒ passe p/ Q.318 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.318	
317	De que maneira ele demonstrou não aprovar que você interrompesse a gravidez? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM	01. FALOU QUE NÃO APROVAVA 02. GRITOU / FICOU COM RAIVA 03. AMEAÇOU BATER EM VOCÊ 04. AMEAÇOU LARGAR VOCÊ / PÔR VOCÊ PARA FORA DE CASA 05. BATEU EM VOCÊ / AGREDIU VOCÊ 06. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
318	Você fez alguma tentativa de interromper essa gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.327 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.327	
319	De que forma você tentou interromper essa gravidez? MARQUE TODAS AS QUE SE APLICAM	01. USOU CITOTEC 02. USOU OUTRO MEDICAMENTO 03. TOMOU CHÁS E INFUSÕES 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
320	Com quanto tempo de gravidez você estava, quando tentou interromper essa gravidez? Explore: Quantas semanas ou meses de gravidez?	[][] SEMANAS OU [][] MESES 88. Não aplicável	
321	Você estava vivendo com o pai da criança?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

322	Afora o seu companheiro, você conversou com mais alguém sobre interromper a gravidez?	01. Irmã(s) 02. Amiga(s) 03. Mãe dela 04. Mãe dele 05. Padre / líder religioso 06. Outra pessoa: _____ 07. Não falou com ninguém ⇒ passe p/ Q.324 88. Não aplicável 89. Recusou responder ⇒ passe p/ Q.324 99. Não lembra ⇒ passe p/ Q.324	
323	Alguma dessas pessoas a apoiou na decisão de interromper a gravidez?	01. Não teve apoio 02. Irmã(s) 03. Amiga(s) 04. Mãe dela 05. Mãe dele 06. Outra pessoa: _____ 88. Não aplicável 99. Não lembra	
324	Depois desta tentativa de aborto, você procurou alguma forma de atendimento médico?	01. SIM, E FOI ATENDIDA 02. SIM, MAS NÃO FOI ATENDIDA 03. NÃO PROCUROU 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável	
325	Qual foi o <u>principal motivo</u> para você ter querido interromper a gravidez ?	01. FALTA DE CONDIÇÕES FINANCEIRAS 02. NÃO QUERIA MAIS FILHOS 03. NÃO QUERIA TER FILHO 04. NÃO QUERIA FILHO / MAIS FILHOS COM ESTE COMPANHEIRO 05. NÃO QUERIA NAQUELE MOMENTO 06. NÃO VIVIA COM O PAI DA CRIANÇA 07. O PAI DA CRIANÇA NÃO QUERIA A GRAVIDEZ 08. PARA NÃO PERDER O EMPREGO 09. QUERIA TRABALHAR / PROCURAVA EMPREGO 10. QUERIA ESTUDAR / CONTINUAR ESTUDANDO 11. PROBLEMA DE SAÚDE _____ 12. OUTRO: _____ 88. Não aplicável	
326	Qual foi o <u>principal motivo</u> para você ter levado a gravidez adiante?	01. MEDO DE COMPLICAÇÕES PARA A SAUDE 02. MOTIVO RELIGIOSO 03. MEDO DA REAÇÃO DO COMPANHEIRO 04. NÃO TINHA DINHEIRO PARA FAZER 05. NÃO SABIA ONDE PROCURAR 06. OUTRO _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
327	Você está fazendo pré-natal?	01. Sim ⇒ passe p/ Q.329 02. Não 89. Não quis responder	

328	Por que motivo você não está fazendo pré-natal?	01. NÃO QUIS FAZER 02. DESCOBRIU HÁ POUCO QUE ESTAVA GRÁVIDA. 03. NÃO ACHA QUE É IMPORTANTE 04. NÃO TEM TEMPO 05. MARIDO / COMPANHEIRO NÃO QUER 06. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
329	Você estava com quantas semanas de gravidez, quando fez a primeira consulta de pré-natal?	[] [] semanas ou [] [] meses Não aplicável '88'	
330	Em relação ao pré-natal você diria que o seu companheiro	01. ENCORAJOU 02. NÃO DEMONSTROU INTERESSE 03. TENTOU IMPEDIR/IMPEDIU 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

SEÇÃO 10 – AUTONOMIA FINANCEIRA			
Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho ou alguma atividade que você faz para ganhar dinheiro. Precisamos dessas informações para compreender a situação financeira das mulheres hoje em dia.			
1001	Você tem alguma renda/recebe algum dinheiro? Considere como trabalho toda atividade pela qual você receba dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo que você o tenha realizado em sua casa.	01. Sim 02. Não	
1002	Qual a sua ocupação atual? (principal ocupação semana anterior)	_____ _____ _____	
1003	Descreva que você faz e há quanto tempo	_____ _____ _____	
1004	Você é	01. EMPREGADA 02. TRABALHAVA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADORA 04. APOSENTADA ⇒ passe para Q.1006 05. DONA DE CASA ⇒ passe para Q.1006 06. ESTUDANTE ⇒ passe para Q.1006 07. DESOCUPADA ⇒ passe para Q.1006 08. OUTROS _____	
1005	No seu trabalho você tem carteira assinada?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável	
1006	Você contribui para a Previdência Social (INSS)?	01. Sim 02. Não Não aplicável	

1007	Você está ou esteve procurando emprego no último ano? Se SIM, pergunte Há quanto tempo?	a) 1. Sim 2. Não 88. Não aplicável b) Quanto tempo MESES [][]																			
1008	Você tem alguma fonte de renda?	01. Não ⇒ passe para Q. 1010 02. Ocupação principal 03. Outra ocupação 04. Pensão 05. Benefício 06. Aposentadoria 07. Aluguel Outras: _____ _____																			
1009	Quanto você ganhou no último mês, somando todas as suas fontes de renda? ANOTE PARA SOMAR APÓS O TÉRMINO DA ENTREVISTA Ocupação principal _____ Outra ocupação _____ Pensão _____ Benefício _____ Aposentadoria _____ Aluguel _____ Outras _____ TOTAL: _____	R\$ _____, ____ (Renda em reais)																			
1010	Das pessoas que moram em sua casa, tirando você, tem alguém que tenha renda?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q. 1016 99. Não abe ⇒ passe para Q. 1016																			
1011	Se SIM, <table border="0"> <thead> <tr> <th>Quem ?</th> <th>Quanto ganha ?</th> <th><u>Não sabe</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>R\$ _____, ____</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>R\$ _____, ____</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>R\$ _____, ____</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>R\$ _____, ____</td> <td>89</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>R\$ _____, ____</td> <td>89</td> </tr> </tbody> </table>	Quem ?	Quanto ganha ?	<u>Não sabe</u>	_____	R\$ _____, ____	89	_____	R\$ _____, ____	89	_____	R\$ _____, ____	89	_____	R\$ _____, ____	89	_____	R\$ _____, ____	89	R\$ _____, ____ (Renda em reais)	
Quem ?	Quanto ganha ?	<u>Não sabe</u>																			
_____	R\$ _____, ____	89																			
_____	R\$ _____, ____	89																			
_____	R\$ _____, ____	89																			
_____	R\$ _____, ____	89																			
_____	R\$ _____, ____	89																			
	CASADA ATUALMENTE / VIVENDO COM UM HOMEM Está confusa!!!!!! passe para Q. 1013	NÃO ESTÁ CASADA / NÃO VIVE COM UM HOMEM Q 121 ⇒ passe para seção 11																			
1012	Em relação ao que você ganha	01. VOCÊ DECIDE COMO GASTA 02. DÁ PARTE AO MARIDO / COMPANHEIRO 03. DÁ TUDO AO MARIDO / COMPANHEIRO 04. GASTAM JUNTO 88. Não aplicável																			

1013	Você diria que o dinheiro que você coloca em casa é maior, menor ou igual à contribuição de seu marido / companheiro?	01. MAIOR 02. MENOR 03. IGUAL 88. Não aplicável. 89. Não quis responder 99. Não sabe	
1014	Quando você casou / foi viver junto com o seu marido / companheiro atual / mais recente você estava trabalhando?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q. 1016 89. Não quis responder	
1015	Por que motivo você deixou de trabalhar?	01. MARIDO / COMPANHEIRO NÃO DEIXOU 02. FOI DIMITIDA 03. ENGRAVIDOU 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável	
1016	Em caso de emergência, você acha que sozinha conseguiria obter dinheiro suficiente para dar casa e comida a sua família por um mês? Isto poderia ser feito vendendo coisas que você possui, trabalhando, pedindo dinheiro emprestado de conhecidos, de banco ou de agiota?	01. Sim 02. Não	

Seções utilizadas do questionário da Puérpera

**PESQUISA SOBRE SAÚDE DAS MULHERES GRÁVIDAS
E SUAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA**

QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA

**ESTUDO CONDUZIDO PELO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PIPASC)
DA UFPE**

**CONFIDENCIAL
(uma vez preenchido)**

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[][]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[][][][]	
MUDOU DE ENDEREÇO			[] SIM [] NÃO	
NOVO ENDEREÇO:				
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA				DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][]
NOME DA ENTREVISTADORA				ENTREVISTADORA []
RESULTADO***				RESULTADO [][]
PRÓXIMA VISITA HORA DATA LOCAL				NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
QUESTIONÁRIO COMPLETADO?	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa02 A mulher adiou a entrevista03 A mulher está incapacitada04 Especificar: _____			⇒ Retornar ⇒ Retornar ⇒ Retornar
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____ Questionário concluído06			⇒ Retornar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____. Trabalho para o DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA UFPE. Nós estamos realizando a segunda etapa da pesquisa intitulada “Saúde das mulheres grávidas e suas experiências de vida”, em Recife, para investigar suas experiências de vida durante o pós-parto.

Como anteriormente, posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e você poderá sentir-se constrangida. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Todas vocês receberão uma lista com informação sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife.

Você só participa desta etapa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil. Cada entrevista dura mais ou menos uma hora.

Quer fazer alguma pergunta? Você concorda em ser entrevistada?

ANOTE SE A ENTREVISTADA CONCORDA OU NÃO EM SER ENTREVISTADA

[☐] NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGRADEÇA PELO TEMPO DELA

[☐] CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGORA É UMA BOA HORA PARA CONVERSAR?

É muito importante que a gente continue a conversar a sós. Podemos continuar a entrevista aqui ou você gostaria de mudar de lugar?

Assinatura da entrevistada

Nome da entrevistadora

PARA A ENTREVISTADORA COMPLETAR SE A ENTREVISTADA PREFERIR NÃO ASSINAR

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistadora

Pesquisadoras responsáveis: Ana Bernarda Ludermir; Thália Velho Barreto de Araújo
Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar
Departamento de Medicina Social / PIPASC
Telefone: 81-21263766

SEÇÃO 1 – SITUAÇÃO ATUAL			
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual			
101	Depois do parto, você voltou a trabalhar? Considere como trabalho qualquer atividade pela qual você receba dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo que você a realize em sua casa.	01. SIM 02. NÃO 03. ESTÁ DE LICENÇA MATERNIDADE 04. NUNCA TRABALHOU 05. Outro: 89. Não quis responder	
102	Atualmente, você:	09. É EMPREGADA ⇒ Q.104 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 11. É EMPREGADORA ⇒ Q.104 12. ESTÁ APOSENTADA 13. É DONA DE CASA 14. DESEMPREGADA 07. SEM OCUPAÇÃO 08. Outro:..... . 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
103	Depois do parto, você tem procurado emprego?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
104	Você está estudando?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
105	Você tem alguma fonte de renda? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	08. Não 09. Salário 10. Pensão 11. Benefício 12. Bolsa escola / Bolsa família 13. Aposentadoria 14. Aluguel 08. Outra: 89. Não quis responder	

SEÇÃO 2 - PRÉ-NATAL		
201	Você fez o seu pré-natal? Não ⇒ Q.211 89. Não quis responder⇒ Q.211	1. Sim 2.

202	Para quem responder <u>SIM</u> , pergunte: Em que local ? Nome da unidade de saúde:	[][] [][] 203. TIPO DE UNIDADE 01. Unid 02. "Post 03. Mate 04. Hosp 05. Servi 99. Sem 88. Não [][] 204. TIPO DE PROVE 01. Públ 02. Priva 03. Unid 04. Priva 05. Clien 99. Sem 88. Não
205	Você tem o cartão da gestante? Se Sim, Peça o CARTÃO DA GESTANTE.	01. Sim 02. Não 03. Sim, mas não está disponível (perdeu, deixou em outro lugar, etc) 88. Não aplicável.
206	Quando foi a sua última consulta de pré- natal? Explore: você lembra a data? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	206 A.DATA: [][] [][] [2][0][0][] 206 B. [][] semanas ou [][] meses de gestação Informação: [] cartão de PN; [] da mulher 99. Não lembra 88. Não aplicável
207	Durante o pré-natal, quantas consultas você fez? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	Número de consultas [][] Informação: [] cartão de PN; [] da mulher 99. Não lembra 88. Não aplicável
208	Durante o pré-natal, você fez os exames que foram pedidos?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.210 89. Não quis responder 88. Não aplicável

209	Quais os exames que você fez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS) CASO TENHA FEITO TODOS OS EXAMES , PASSE PARA A Q. 211	01. TESTE DE GRAVIDEZ 02.TIPO DE SANGUE / CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA 02. EXAME DE SANGUE PARA ANEMIA / HEMOGRAMA 03. EXAME DE SANGUE / AÇÚCAR NO SANGUE 04. EXAME DE SANGUE PARA SÍFILIS /VDRL 05. EXAME DE SANGUE – TESTE DE AIDS 06. EXAME DE URINA 07. ULTRASSONOGRAFIA 08. Outro:..... 89.Não quis responder 88.Não aplicável Informação: [] cartão de PN; [] da mulher	
210	Se não fez, todos ou parcialmente, quais foram os motivos de não ter feito?	01.NÃO PROCUROU FAZER 02.PROCUROU, MAS NÃO CONSEGUIU FAZER 03. Outro: 99. Não sabe 89. Não quis responder 88.Não aplicável	
211	Você teve alguma mudança de peso durante a gravidez? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	Peso no início.....kg Peso ao finalkg [] cartão de PN; [] da mulher 99. Sem informação /Não sabe Variação de peso kg	
212	Durante sua última gravidez, você teve algum problema de saúde que precisou procurar ou ser encaminhada para outro serviço de saúde? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01 A. Sim, procurou 01 B. Quantas vezes..... 02 A. Sim, foi encaminhada 02 B. . Quantas vezes..... 03. Não ⇒ Q.218	

213	Você foi atendida?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.218 89. Não quis responder ⇒ Q.218 88. Não aplicável	
214	Alguma dessas ocasiões em que você procurou o serviço de saúde, você chegou a ser hospitalizada?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.218 Se SIM, quantas vezes? [][]	
Para mulheres que foram internadas durante a gravidez, registre informações sobre o <u>último</u> internamento			
ÚLTIMO INTERNAMENTO			
215. Por que você foi internada?	216. Por quanto tempo você ficou internada?	217. Período da gravidez que foi internada	
(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS) 01. Náuseas /Vômitos 02. Dor 03. Asma 04. Infecção Urinária 05. Sangramento /Hemorragia vaginal 06. Ameaça de Parto Prematuro 07. Parto Prematuro 08. Pressão Alta / Crise Hipertensiva 09. Pré-Eclampsia 10. Ruptura do útero 11. Diabetes 12. Agressão física 13. Queda /Acidente 14. Outra: 89. Não quis Responder 88. Não aplicável	Tempo de hospitalização [][] horas ou [][] dias ou [][] semanas	01. Nos primeiros três meses 02. Entre a quarto e o sexto mês 03. Do sétimo mês até o final da gravidez 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
218	Você fuma ou já fumou cigarro?	01. Fuma 02. Ex-fumante 03. Nunca fumou ⇒ Q.222	
219	Você fumou na última gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.222 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.222 88. Não aplicável	
220	Você diria que na sua última gravidez, você fumou: (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. DURANTE TODA GRAVIDEZ. 02. APENAS NOS TRÊS PRIMEIROS MESES. 03. APENAS ENTRE O 4º E O 6º MÊS. 04. APENAS DO 7º MÊS AO FINAL DA GRAVIDEZ. 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

221	Quantos cigarros você costumava fumar por dia?	Número de cigarros por dia [] [] Quando não fumou na gravidez.....88 Não quis responder89	
222	Você toma ou já tomou bebidas alcoólicas?	01. Sim, bebe. 02. Não bebe mais. 03. Nunca bebeu ⇒ Q.228 89. Não quis responder ⇒ Q.228	
223	Você bebeu na última gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.228 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
224	Você diria que na sua última gravidez, você bebeu: (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. DURANTE TODA GRAVIDEZ. 02. APENAS NOS TRÊS PRIMEIROS MESES. 03. APENAS ENTRE O 4º E O 6º MÊS. 04. APENAS DO 7º MÊS AO FINAL DA GRAVIDEZ. 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
225	O que você bebia mais?	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
226	Com que frequência você bebia? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1– 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE /OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
227	Nos dias em que você tomava bebida alcoólica na gravidez, você costumava tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos /dia Sem ingestão de bebidas alcoólicas na gravidez.. 88 Não quis responder 89	
228	Você usa ou já usou algum tipo de droga?	01. Sim, usa. 02. Não usa mais. 03. Nunca usou ⇒ SEÇÃO 3 89. Não quis responder ⇒ SEÇÃO 3	

229	Você usou algum tipo de droga na última gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ SEÇÃO 3 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
230	Você diria que na sua última gravidez, você usou: (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. DURANTE TODA GRAVIDEZ. 02. APENAS NOS TRÊS PRIMEIROS MESES. 03. APENAS ENTRE O 4º E O 6º MÊS. 04. APENAS DO 7º MÊS AO FINAL DA GRAVIDEZ. 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
231	O que tipo de droga você usava?	01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLÓ 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
232	Com que frequência você usava droga? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1– 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
SEÇÃO 3 – PARTO E PÓS-PARTO			
Agora nós gostaríamos de conversar sobre o seu último parto e pós-parto			
301	Qual foi a data do seu parto? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	DATA: [][] [][] [2][0][0][] Informação: [] cartão de PN; [] da mulher 99. Sem informação / Não sabe	
302	Quantos dias <u>você</u> ficou internada?	DATA DA ENTRADA: [][] [][] [2][0][0][] Número de dias de internamento [][] 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Pariu em casa	

308	Você considera que seu parto foi:	01. FÁCIL 02. DIFÍCIL 03. MUITO DIFÍCIL 99. Não sabe avaliar 89. Não quis responder	
309	Você teve alguma complicação no parto ou logo depois, ou seja, até uma hora após?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.312 89. Não quis responder ⇒ Q.312 99. Não sabe ⇒ Q.312	
310	Você sabe quais foram as complicações? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. O BEBÊ DEMOROU A NASCER / ESTAVA LAÇADO 02. O BEBÊ NÃO PASSAVA / COLO NÃO DILATAVA 03. VOCÊ TEVE HEMORRAGIA 04. O ÚTERO ROMPEU 05. TEVE ECLÂMPSIA 06. Outra: 99. Não sabe 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
311	Você sabe como foram tratadas essas complicações? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. REMÉDIOS PARA CONTRAIR O ÚTERO 02. CURETAGEM 03. CESARIANA 04. HISTERECTOMIA (RETIRADA DO ÚTERO) 05. TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS 06. TRANSFUSÃO DE SANGUE 07. Outro: 99. Não sabe 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
312	Você teve alguma complicação no pós-parto?	01. Sim 02. Não ⇒ SEÇÃO 4 89. Não quis responder ⇒ SEÇÃO 4 99. Não sabe ⇒ SEÇÃO 4	
313	<u>Se Sim</u> , quando iniciaram essas complicações?	01. ATÉ 24 HORAS APÓS O PARTO 02. ENTRE 24 HORAS E 7 DIAS 03. ENTRE 8 E 42 DIAS 04. DE 43 DIAS EM DIANTE 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável	

314	Você sabe quais foram essas complicações?	01. HEMORRAGIA PÓS-PARTO 02. ECLÂMPSIA / CONVULSÃO 03. INFECÇÃO PUERPERAL (NO ÚTERO/ PÓS-PARTO) 04. INFECÇÃO DA CICATRIZ (DA CESARIANA) 05. INFECÇÃO RESPIRATÓRIA 06. INFECÇÃO URINÁRIA 07. OUTRA..... 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável	
315	Você sabe como foram tratadas essas complicações?	01. REMÉDIOS PARA CONTRAIR O ÚTERO 02. CURETAGEM 03. HISTERECTOMIA (retirada do útero) 04. TRATAMENTO COM ANTIBIÓTICOS 05. TRATAMENTO COM OUTROS MEDICAMENTOS 06. TRANSFUSÃO DE SANGUE 07. FOI PARA A UTI 08. OUTRO 99. Não sabe 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
SEÇÃO 5 - SOBRE O RECÉM-NASCIDO			
501	Seu bebê nasceu bem?	01. Sim 02. Não 03. Nasceu morto 89. Não quis responder	
502	Qual foi o peso do bebê, quando nasceu? (PARA RECÉM-NASCIDO VIVO OU MORTO)	Peso em gramas: [] [] [] Informação: [] cartão da criança; [] da mulher 8889. Não quis responder 9999. Não sabe	
503	Você tinha preferência pelo sexo do seu bebê?	01. SIM, PREFERIA MENINO 02. SIM, PREFERIA MENINA 03. NÃO TINHA PREFERÊNCIA 89. Não quis responder	

	A CRIANÇA NASCEU VIVA? Se SIM ⇒ PERGUNTE: COMO É O NOME DO BEBÊ? E passe para Q.504 Se NÃO ⇒ pule para Q.516		
504	Qual o sexo do seu bebê?	01. Masculino 02. Feminino	
505	<Nome> teve algum problema de saúde nas primeiras 48 horas após o nascimento?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.508 89. Não quis responder ⇒ Q.508	
506	Você sabe qual foi o problema de saúde? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. DIFICULDADE RESPIRATÓRIA 02. FICOU ICTÉRICO / AMARELINHO 03. INFECÇÃO 04. SÍFILIS 05. MUITO MAGRINHO 06. DOENÇA DO CORAÇÃO 07. ANENCEFALIA / SEM CÉREBRO 08. Outro: 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável	
507	<Nome> precisou de algum cuidado especial <u>Explore:</u> Se SIM, qual?	01. Não 02. Berço aquecido 03. Incubadora 04. Banho de luz/ Fototerapia 05. UTI infantil 06. Bebê Canguru 07. Outro: 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável	
508	Quando você saiu do hospital, <nome> teve alta junto com você?	01. Sim 02. Não, ficou internado. 03. Ele morreu antes ⇒ Q.517 04. Deu o bebê na maternidade ⇒ SEÇÃO 6 05. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
509	<Nome> está vivo?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.511 89. Não quis responder ⇒ Q.511 99. Não sabe ⇒ Q.511 88. Não aplicável	

510	<Nome> está com você?	01. Sim 02. Não, está provisoriamente com outra pessoa 03. Não, deu o bebê 89. Não quis responder 88. Não aplicável				
511	Você amamentou <nome>?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.515 89. Não quis responder ⇒ Q.515 88. Não aplicável				
512	APENAS PARA OS QUE ESTÃO VIVOS Você ainda está amamentando?	01. Sim ⇒ Q.514 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável				
513	Você amamentou <nome> por quanto tempo?	Tempo de amamentação [] meses Nunca amamentou 88 Não quis responder 89 Não sabe 99				
514	Você tem /teve dificuldade para amamentá-lo?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável				
515	Você diria que <nome> até os 3 meses (SE FOREM GÊMEOS: FAZER UMA ANOTAÇÃO E MARCAR AS RESPOSTAS NAS COLUNAS) a) TEM /TINHA DIFICULDADES PARA DORMIR b) É /ERA IRRITADO OU INQUIETO c) CHORA /CHORAVA MUITO d) É / ERA DIFÍCIL DE CONSOLAR / DE ACALMAR.	<u>SIM</u> 01 01 01 01	<u>NÃO</u> 02 02 02 02	<u>NR</u> 89 89 89 89	<u>NA</u> 88 88 88 88	
516	APENAS PARA OS QUE ESTÃO VIVOS Quanto à saúde de seu bebê hoje, você considera que <nome> é:	01. É SAUDÁVEL 02. VIVE PERÍODOS COM SAÚDE E PERÍODOS DOENTE. 03. ESTÁ SEMPRE DOENTE 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável				
SE O BEBÊ ESTÁ VIVO E VOCÊ PREENCHEU ATÉ A QUESTÃO ANTERIOR (Q.516) ⇒ PASSE PARA A SEÇÃO 6						
517	Quando <nome> morreu?	01. MENOS DE 01 DIA DE NASCIDO 02. ANTES DE COMPLETAR 07 DIAS 03. ANTES DE COMPLETAR 28 DIAS 04. COM 28 DIAS OU MAIS 89. Não quis responder 99. Não sabe 88 Não aplicável				

518	Você sabe porque <nome> morreu? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. DIFICULDADE RESPIRATÓRIA POR PULMÃO IMATURO (MEMBRANA HIALINA) 02. INFECÇÃO RESPIRATÓRIA /PNEUMONIA 03. DIARRÉIA 04. SÍFILIS 05. AIDS 06. DOENÇA DO CORAÇÃO 07. ANEMIA 08. ANENCEFALIA /SEM CÉREBRO 09. Outro: 99. Não sabe 89. Não quis responder 88. Não aplicável				
SEÇÃO 6 – APOIO SOCIAL						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...						
		NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	S E M P R E
601	Que a ajude, se ficar de cama?	01	02	03	04	05
602	Para levá-la ao médico?	01	02	03	04	05
603	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	01	02	03	04	05
604	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	01	02	03	04	05
605	Que demonstre amor e afeto por você ?	01	02	03	04	05
606	Que lhe dê um abraço?	01	02	03	04	05
607	Que você ame e faça você se sentir querida?	01	02	03	04	05
608	Para ouvi-la, quando você precisa falar?	01	02	03	04	05
609	Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas ?	01	02	03	04	05
610	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	01	02	03	04	05
611	Que compreenda seus problemas ?	01	02	03	04	05
612	Para dar bons conselhos em situações de crise?	01	02	03	04	05
613	Para dar informações que a ajude a compreender determinada situação ?	01	02	03	04	05
614	De quem você gostaria de receber conselhos?	01	02	03	04	05
615	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	01	02	03	04	05

616	Com quem fazer coisas agradáveis?	01	02	03	04	05	
617	Com quem distrair a cabeça?	01	02	03	04	05	
618	Com quem relaxar?	01	02	03	04	05	
619	Para se divertir juntos	01	02	03	04	05	

SEÇÃO 8 – HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ANTERIOR A ÚLTIMA

801	Antes da sua última gravidez, da gravidez de <nome>, você já esteve grávida alguma vez? <u>Explore:</u> Considere todas as vezes em que você engravidou, mesmo que não tenha tido uma criança viva, que a gravidez tenha resultado em criança nascida morta ou em aborto.	01. Sim 02. Não ⇒ SEÇÃO 9 89. Não quis responder ⇒ SEÇÃO 9	
802	Se SIM: Quantas vezes você já engravidou, antes dessa última vez?	Nº de gravidezes <u>anteriores a última</u> [][] Se nenhum, registre 00 Não quis responder 89 Não aplicável 88	
803	Alguma dessas gravidezes <u>terminou</u> nos últimos cinco anos? <u>Explore:</u> Ou seja, do <mês>...de...<ano> para cá. (citar data, tendo como referência o mês da entrevista, e o ano da entrevista - 5) [] 2000 [] 2001 [] 2002 [] 2003 [] 2004 [] 2005 [] 2006	A. 01. Sim 02. Não ⇒ Q. 901 89. Não quis responder ⇒ Q. 901 88. Não aplicável	
804	Em que mês e ano a sua <número de ordem da penúltima> gravidez terminou?	Mês e ano do término da penúltima gravidez [][] [][][][] Não quis responder 89 8889 Não aplicável 88 8888 Não Sabe 99 9999	
CERTIFIQUE-SE DE QUE A PENÚLTIMA GRAVIDEZ OCORREU NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS. Se SIM ⇒ passe para a próxima questão (Q.805) Se NÃO ⇒ SEÇÃO 9			
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ESSA SUA <número de ordem da penúltima gravidez> GRAVIDEZ			
805	Quando você engravidou pela <número de ordem da penúltima> vez, quantos filhos vivos você já tinha tido?	Número de filhos nascidos vivos [][] Se nenhum, registre00 ⇒ Q.809 Não quis responder 89 Não aplicável 88	

806	Na época da sua <número de ordem da penúltima>, gravidez, quantos estavam vivos?	Número de filhos vivos [][] Se nenhum, registre00 Não quis responder 89 Não aplicável 88	
807	Quantos viviam em sua companhia?	Número de filhos morando com ela [][] Se nenhum, registre00 Não quis responder 89 Não aplicável 88	
808	Quantos desses filhos tinham dois anos de idade ou menos?	Filhos menores de 2 anos [][] Se nenhum, registre00 Não quis responder 89 Não aplicável 88	
809	Que idade você tinha quando engravidou pela <número de ordem da penúltima> vez?	Idade no gravidez anterior a última: [][] anos completos Não quis responder89 Não lembra.....99 Não aplicável88	
810	Qual era o seu relacionamento com o homem de quem engravidou <número de ordem da penúltima>?	01. ESTAVA CASADA/ VIVIA JUNTO⇒ Q.812 02. UNIÃO ESTÁVEL, VIVENDO EM CASA SEPARADA ⇒ Q.812 03. TINHA UM RELACIONAMENTO AFETIVO / UM NAMORO, MAS NÃO VIVIA JUNTO. 04. ESTAVA SEPARADA ⇒ Q.815 05. ERA APENAS UM AMIGO 06. ERA UMA PESSOA COM QUEM FICOU 07. ERA APENA UM CONHECIDO 08. ERA UM ESTRANHO ⇒ Q.818 09. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
811	Você chegou a casar ou morar junto com essa pessoa <número de ordem da penúltima>?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
812	Quando você engravidou <número de ordem da penúltima>, há quanto tempo vocês estavam juntos/ tinham um relacionamento/ conhecimento?	[][] anos completos Menos de 1 ano 00 Não quis responder 89 Não aplicável.....88	
813	Antes de engravidar pela <número de ordem da penúltima> vez, você achava que a relação com esse parceiro:	01. ESTAVA AINDA NO INICIO 02. ERA FIRME / COM FUTURO / ESTÁVEL 03. ERA INCERTA/ SEM FUTURO 04. ESTAVA PRESTES A TERMINAR 05. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
814	Esse homem de quem você engravidou <número de ordem da penúltima> é o seu companheiro atual / ou mais recente?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
SE VOCÊ PREENCHEU ATÉ A QUESTÃO ANTERIOR (Q. 814), PASSE PARA ⇒ Q. 818			

815	Há quanto tempo vocês estavam separados?	01. Menos de 1 mês 02. Entre 1 mês e 1 ano 03. Mais de 1 ano 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
816	Quanto tempo durou sua união com esse companheiro?	[][] anos completos Menos de 1 ano 00 Não quis responder 89 Não aplicável..... 88	
817	Esse homem, é o seu companheiro atual / ou mais recente?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
818	No mês em que você engravidou pela <número de ordem da penúltima> vez, você estava estudando?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.820 89. Não quis responder ⇒ Q.820 88. Não aplicável	
819	Nessa época, o que você estava cursando/ estudando?	01. Primeiro Grau Menor, Ano 02. Primeiro Grau Maior, Ano 03. 2º grau / Secundário / Técnico, Ano 04. Universitário Ano 05. Univ. incompleto Ano 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável Nº de anos de instrução [][]	
820	No mês em que você engravidou pela <número de ordem da penúltima> vez, você estava trabalhando? <i>Explore: Considere qualquer trabalho desde que você recebesse dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo quando estágio ou quando feito em sua casa</i>	01. SIM, ESTAVA TRABALHANDO 02. NUNCA TRABALHOU ⇒ Q.823 03. NÃO ESTAVA TRABALHANDO ⇒ Q.823 04. ESTAVA APOSENTADA ⇒ Q.823 05. ERA DONA DE CASA ⇒ Q.823 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável 99. Não lembra	
821	Você trabalhava como:	01. ERA EMPREGADA COM CARTEIRA ASSINADA / COM CONTRATO 02. ERA EMPREGADA SEM CARTEIRA ASSINADA/ SEM CONTRATO 03. TRABALHAVA EM EMPRESA / NEGÓCIO DA FAMÍLIA, SEM SALÁRIO. 04. TRABALHAVA POR CONTA PRÓPRIA / AUTÔNOMA. 05. EMPREGADORA 06. ESTAGIÁRIA COM REMUNERAÇÃO 07. ESTAGIÁRIA SEM REMUNERAÇÃO 08. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
822	Quando você engravidou pela <número de ordem da penúltima> vez, há quanto tempo você estava nesse emprego / estágio / atividade?	[][] anos completos Menos de 1 ano 00 Não quis responder 89 Não aplicável 88	
823	APENAS PARA QUEM NÃO ESTAVA TRABALHANDO Você estava procurando emprego?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável	

	CHEQUE SE ELA ESTAVA TRABALHANDO QUANDO ENGRAVIDOU DA PENÚLTIMA GRAVIDEZ (Q.820)					
	SE NÃO ⇒ Q.825		SE SIM ⇒ Q.824			
824	Qual era o seu trabalho?					
825	Naquela época, você tinha alguma fonte de renda? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Não 02. Salário 03. Pensão 04. Benefício 05. Aposentadoria 06. Aluguel 07. Bolsa escola 08. Bolsa família 09. Outra: 89. Não quis responder 88. Não aplicável				
826	Geralmente, você e o seu marido / companheiro / namorado <número de ordem da penúltima gravidez> conversavam sobre os seguintes assuntos?	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NR</u>	<u>NA</u>	
	a) COISAS QUE ACONTECIAM COM ELE DURANTE O DIA	01	02	89	88	
	b) COISAS QUE ACONTECIAM COM VOCÊ DURANTE O DIA	01	02	89	88	
	c) SUAS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS	01	02	89	88	
	d) AS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS DELE	01	02	89	88	
	e) SOBRE O RELACIONAMENTO DE VOCÊS	01	02	89	88	
	f) COISAS SOBRE A VIDA SEXUAL DE VOCÊS	01	02	89	88	
	g) SOBRE TER FILHOS	01	02	89	88	
	h) SOBRE GRAVIDEZ/ MEIOS PARA EVITAR FILHOS.....	01	02	89	88	
	i) GASTOS COM DINHEIRO	01	02	89	88	
	j) ANTES DE TOMAR DECISÕES IMPORTANTES PARA VOCÊ	01	02	89	88	
	k) ANTES DE TOMAR DECISÕES IMPORTANTES PARA ELE	01	02	89	88	
	l) OUTRO:	01	02	-	-	
827	Como você reagiu quando soube que estava grávida?	01. FICOU CONTENTE 02. ACEITOU 03. PENSOU EM FAZER UM ABORTO 04. Outro: 89. Não quis responder				
828	Nessa sua <número de ordem da penúltima> gravidez, antes de saber que estava grávida, você:	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR ⇒ Q.831 02. ESTAVA QUERENDO ENGRAVIDAR ⇒ Q.831 03. QUERIA, MAS NÃO NAQUELA OCASIÃO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA⇒ Q.831 05. NÃO QUERIA ENGRAVIDAR 89. Não quis responder 88. Não aplicável				

829	Por quê você não estava querendo engravidar? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. NÃO VIVIA JUNTO COM O PAI DA CRIANÇA. 02. NÃO QUERIA TER UM FILHO SOZINHA. 03. ESTAVAM SE SEPARANDO / PENSANDO EM SEPARAR. 04. NÃO QUERIA TER FILHO NENHUM. 05. JÁ TINHA OS FILHOS QUE QUERIA / NÃO QUERIA TER MAIS FILHOS. 06. NÃO TINHA COMO SUSTENTAR UMA / MAIS UMA CRIANÇA 07. NA TINHA QUEM AJUDASSE COM A CRIANÇA 08. NÃO QUERIA TER FILHO OU MAIS FILHOS COM AQUELE COMPANHEIRO. 09. NÃO SE SENTIA PREPARADA PARA SER MAE. 10. Outro:..... 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável
-----	---	---

	CHEQUE QUESTÃO ANTERIOR (Q.828), SE ELA RESPONDEU “NÃO QUERIA TER FILHO OU MAIS FILHOS COM AQUELE COMPANHEIRO”, SE SIM ⇒ Q.830 SE NÃO ⇒ Q.831	
830	<u>APENAS PARA</u> QUEM NÃO QUERIA TER FILHO OU MAIS FILHOS COM AQUELE COMPANHEIRO Por que motivo você não queria ter filho / mais filhos com aquele companheiro? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. ERA UMA RELAÇÃO RECENTE 02. UNIÃO ESTÁVEL, VIVENDO EM CASAS SEPARADAS 03. NÃO VIVIAM JUNTOS / NÃO ERAM CASADOS 04. ELE NÃO CONTRIBUÍA / NÃO IA CONTRIBUIR FINANCEIRAMENTE 05. ELE NÃO AJUDAVA COM AS TAREFAS DE CASA OU COM AS CRIANÇAS 06. ELE BEBIA / USAVA DROGAS 07. ELE ERA CASADO / VIVIA COM OUTRA 08. ELE A AGREDIA FISICAMENTE OU AOS SEUS FILHOS. 09. Outro: 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável
831	No último mês antes de engravidar pela <número de ordem da penúltima> vez, você estava usando algum método para evitar gravidez? Qual? (ACIETE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. NUNCA USOU ⇒ Q.834 02. NÃO ESTAVA USANDO ⇒ Q.834 03. PÍLULAS 04. INJEÇÕES 05. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 06. DIU – Dispositivo intra-uterino 07. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 08. TABELA / MÉTODO DO MUCO 09. CAMISINHA 10. COITO INTERROMPIDO / GOZAR FORA 11. Outro: 89. Não quis responder ⇒ Q.835 99. Não lembra ⇒ Q.835 88. Não aplicável

832	Qual o motivo de você ter engravidado usando < citar o método usado > para evitar?	01. Esqueceu de tomar a pílula / usar o método 02. Tomou a pílula, mas vomitou 03. Não pode comprar a pílula / camisinha / espermicida 04. A camisinha rompeu / estourou 05. A camisinha saiu / vazou 06. O DIU saiu do lugar / expulsou o DIU 07. Problema de saúde: 08. Outro: 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável	
833	Há quanto tempo você estava usando < citar o método usado > para evitar gravidez?	01. MENOS DE 1 MÊS 02. 1 MÊS 03. 2 A 6 MESES 04. 7 OU MAIS MESES 99. Não lembra 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

	CHEQUE SE ELA ESTAVA USANDO MÉTODO CONTRACEPTIVO NO MÊS EM QUE ENGRAVIDOU PELA PENÚLTIMA VEZ (Q.831) E, PORTANTO, RESPONDEU A SEQUÊNCIA DE Q.831 A Q.833. Se SIM ⇒ passe para Q. 835; Se NÃO ⇒ passe para a próxima questão Q. 834		
834	Quando engravidou dessa <número de ordem da penúltima> vez, por que motivo você/ vocês não estavam evitando?	01. VOCÊ ESTAVA QUERENDO TER UM FILHO 02. PARCEIRO QUERIA TER UM FILHO 03. VOCÊS DOIS DESEJAVAM TER UM FILHO 04. VOCÊ PENSAVA QUE NÃO PODIA ENGRAVIDAR 05. NÃO PENSAVAM SOBRE ISSO 06. O PARCEIRO NÃO QUERIA USAR OU QUE VOCÊ USASSE MÉTODO PARA EVITAR. 07. NÃO PENSOU QUE IA TER RELAÇÕES SEXUAIS 08. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

835	Em relação ao uso de métodos para evitar gravidez, você diria que o seu companheiro:	01. USAVA OU ENCORAJAVA O USO 02. NÃO DEMONSTRAVA INTERESSE 03. DESESTIMULAVA O USO 04. RECUSAVA-SE/ TENTAVA IMPEDIR QUE VOCE USASSE 05. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
836	Na época em que você ficou grávida pela <número de ordem da penúltima>, seu marido / companheiro / namorado:	01. QUERIA A GRAVIDEZ 02. QUERIA ESPERAR MAIS UM POUCO 03. NÃO QUERIA FILHO/ MAIS FILHOS 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
837	Como reagiu o parceiro / o homem de quem você engravidou quando soube da gravidez?	01. FICOU CONTENTE ⇒ Q.839 02. ACEITOU ⇒ Q.839 03. FOI INDIFERENTE ⇒ Q.839 04. FICOU CONTRARIADO / NÃO GOSTOU 05. QUIS QUE FIZESSE UM ABORTO 06. NÃO FICOU SABENDO DA GRAVIDEZ ⇒ Q.839 07. SUMIU QUANDO SOUBE DA GRAVIDEZ 08. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
838	Qual o <u>principal</u> motivo para ele não ter aceito a gravidez? (ACEITE APENAS UMA RESPOSTA)	01. ELE TINHA OUTRO RELACIONAMENTO 02. VOCÊS ESTAVAM HÁ POUCO TEMPO JUNTOS. 03. VOCÊS JÁ ESTAVAM SEPARADOS OU SEPARANDO 04. ELE NÃO QUERIA TER FILHO / MAIS FILHOS 05. NÃO ACREDITOU QUE O FILHO ERA DELE 06. O FILHO NÃO ERA DELE 07. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

839	Quando você engravidou pela <número de ordem da penúltima> vez, você achava que a gravidez iria mudar a sua vida? Explore: Se SIM, pergunte em que sua vida iria mudar?	A. 01. Sim 02. Não 89. Não quis responder B. 01. Teria que deixar de trabalhar 02. Iria interromper os estudos 03. Adiar projeto de estudar / voltar a estudar 04. Adiar uma separação 05. Casar-se 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
840	Nessa gravidez, você pensou em fazer um aborto?	03. Sim 04. Não ⇒ Q.844 89. Não quis responder ⇒ Q.844 88. Não aplicável	
841	Nessa gravidez, você fez alguma tentativa de aborto?	01. Sim 02. Não 03. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
842	Você chegou a conversar com o seu parceiro sobre fazer o aborto?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.844 89. Não quis responder ⇒ Q.844 88. Não aplicável	
843	Como reagiu seu companheiro, quando soube que você queria fazer um aborto?	01. DEU APOIO 02. FOI INDIFERENTE 03. ACEITOU 04. NÃO APROVOU 05. TENTOU IMPEDIR QUE VOCÊ FIZESSE 06. Outro: 99. Não lembra 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
844	Com quanto tempo de gravidez você estava, quando essa sua <número de ordem da penúltima> gravidez terminou? EXPLORE: Quantas semanas ou meses de gravidez?	[] [] SEMANAS OU [] [] MESES	

849	Qual foi o serviço de saúde que você procurou primeiro?		
	a) Nome da unidade de saúde:		[][]
	b) TIPO DE UNIDADE: 01. Unidade de Saúde da Família 02. “Posto”/ Centro de saúde 03. Maternidade de grande Porte 04. Hospital / Clínica /Consultório Médico Particular 05. Serviço Médico de Sindicato/ Associação religiosa e 99. Sem informação 88. Não aplicável		[][]
	c) TIPO DE PROVEDOR: 01. Público Próprio 02. Privado Conveniado ao SUS 03. Unidade de Saúde/ Hospital de Ensino Universitário 04. Privado 99. Sem informação 88. Não aplicável		[][]
850	Quais foram os tratamentos realizados?	01. CURETAGEM 02. TRANSFUSÃO DE SANGUE 03. ANTIBIÓTICOS 04. Outro:..... 99. Não sabe 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
851	APENAS PARA AS MULHERES QUE NÃO TIVERAM COMPLICAÇÃO PÓS-ABORTO: Depois do aborto você procurou algum atendimento médico? Se ela procurou, Explore: Você foi atendida?	A. 01.Sim 02. Não 03. Não quis responder B. 01. Foi atendida 02. Não foi atendida 03. Não procurou 04. Outro:..... 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável	
852	Você sabe o que provocou o aborto?	01. QUEDA⇒ Q.854 02. EMOÇÃO FORTE/ SUSTO ⇒ SEÇÃO 9 03. AGRESSÃO FÍSICA 04. PROBLEMA DE SAÚDE: ⇒ SEÇÃO 9 05. Outro:..... ⇒ SEÇÃO 9 06. NÃO SABE O MOTIVO ⇒ SEÇÃO 9 89. Não quis responder ⇒ SEÇÃO 9 88. Não aplicável	
853	APENAS QUANDO HOUVE AGRESSÃO FÍSICA Quando você teve o aborto, quem foi a pessoa que a agrediu?	01. Marido / companheiro / namorado 02. Ex-marido / companheiro / namorado 03. Pai dela 04. Padrasto 05. Mãe 06. Madrasta 07. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

Cópia do parecer do comitê de ética

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 027/2005-CEP/CCS

Recife, 28 de fevereiro de 2005.

Ref. Protocolo de Pesquisa n.º 303/2004-CEP/CCS

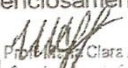
Título "Violência na gravidez: Determinantes e consequências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados."

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 28 de fevereiro de 2005.

Ressaltamos que ao pesquisador responsável deverá apresentar relatório, em 30/ 10/ 2005.

Atenciosamente,


Prof. Maria Clara Albuquerque
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE

A
Profa. Ana Bernarda Ludimir
Dep. Medicina Social CCS/UFPE

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cid. Universitária, 50670-901, Recife - PE, Tel/fax: 81 3271 8588; cepccs@npd.ufpe.br

Artigo 1- A ESTRATÉGIA DO PRÉ-NATAL NO FORTALECIMENTO DO
ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO DE COORTE

Autores- Danielle Maria da Silva, Ana Bernarda Ludermir, Sandra Alves Valongueiro,
Thália Velho Barreto de Araújo.

INTRODUÇÃO

Evidências científicas demonstram que o aleitamento materno (AM) traz vantagens, tanto do ponto de vista nutricional, pois o leite materno contém os componentes adequados e a biodisponibilidade ideal para o desenvolvimento do lactente, da proteção que a especificidade do mesmo confere, além dos aspectos emocionais, sociais e de prevenção de doenças na vida adulta, entre outros^{1, 2,3}. A Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2001)⁴ tem recomendado o aleitamento exclusivo até o sexto mês, podendo-se ofertar alimentos a partir daí, porém mantendo o aleitamento até o segundo ano de vida.

Vários pesquisadores vem tentando compreender os fatores que influenciam o início e manutenção do aleitamento materno. Faleiros *et al* (2006)⁵ chegaram à conclusão de que a maternidade precoce, o baixo nível educacional e socioeconômico maternos, primiparidade, falta de atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal e necessidade de trabalhar fora do lar, são frequentemente considerados como determinantes do desmame precoce.

O Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido. O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tenham fortes evidências de efetividade⁶.

Em 1994, com o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF), a assistência pré-natal ganhou força com a maior proximidade das equipes locais de saúde com as gestantes e da estratégia de visitas domiciliares, melhorando o acesso e o número de consultas pré-natais por usuária⁷.

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto⁸.

Segundo o Ministério da Saúde (2005)⁸, o pré-natal deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal. Durante o pré-natal, preconiza-se o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclampsia e eclampsia, amniorrexe prematura e complicações fetais.

Para verificação da efetividade do pré-natal, pesquisadores propõem indicadores que avaliem a adequação dos cuidados com a gestante e com o feto utilizando critérios qualitativos e quantitativos. Os quantitativos levam em consideração o período de início do pré-natal e o número de consultas realizadas no período gestacional⁹. Há ainda quem utilize exames laboratoriais como referência para verificação da adequação do pré-natal¹⁰.

A maioria dos autores procura classificar o pré-natal utilizando como parâmetro o número e o período de início das consultas^{11,12}. Koltelchuck¹³ classifica o pré-natal em quatro categorias: inadequado (gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e fizeram menos de 50% das consultas esperadas), intermediário (gestantes que iniciaram cuidados pré-natais antes e durante o 4º mês e fizeram de 50 a 79% das consultas), adequado (gestantes que iniciaram o pré-natal antes e durante o 4º mês de gestação e fizeram de 80 a 109% de consultas) e mais que adequado (gestantes que tiveram o início do pré-natal antes ou durante o 4º mês e tiveram 110% de consultas ou mais em relação ao esperado para idade gestacional).

É no período pré-natal que a gestante recebe as informações e é sensibilizada para a importância e possíveis dificuldades do aleitamento materno, e a realização de um pré-natal adequado pode favorecer essa prática¹⁴.

É importante ressaltar que há poucos estudos que associem o pré-natal ao aleitamento materno (AM), indicando a necessidade de aprofundamento sobre o tema.

Alguns dos estudos existentes mostram que as orientações no pré-natal elevam significativamente as taxas de AM e os autores sugerem estratégias para que essas orientações sejam implementadas^{15,16}.

Estudos de caso-controle realizados com mulheres que foram submetidas a cuidados de pré-natal intensivo (G1) comparadas com outras que receberam apenas orientações (G2) observaram que as mulheres do G1 aderiram e aleitaram por mais tempo, demonstrando que uma assistência pré-natal adequada favorece o aleitamento materno^{17, 18}.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo a investigação da associação entre o aleitamento materno, sob a perspectiva do início e continuidade, e a assistência pré-natal em mulheres cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário II do Recife-PE.

MÉTODOS

Um coorte prospectivo foi conduzido no Distrito Sanitário II, do Recife, PE. Todas as gestantes (n= 1.133), com idade entre 18 a 49 anos, cadastradas no PSF do referido distrito foram consideradas elegíveis. Das 1.133 mulheres elegíveis, 1.121 (98,9%) mulheres foram entrevistadas no terceiro trimestre da gravidez e, dessas, 1.057 foram re-entrevistadas no pós-parto. Para o atual estudo, a amostra foi composta por 753 mulheres que foram entrevistadas após o sexto mês de vida do bebê, a fim de verificar o início ao aleitamento no pós-parto e a sua continuidade até seis meses ou mais.

As entrevistadoras selecionadas tinham nível de escolaridade superior, experiência em lidar com a saúde da mulher e receberam dois treinamentos anteriormente à coleta de dados, com o objetivo de conhecer os instrumentos, identificar possíveis problemas na obtenção das entrevistas e na linguagem do questionário.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário, em entrevistas face a face, de julho de 2005 a dezembro de 2006 (para maiores detalhes sobre a coleta de dados ver Silva¹⁹ e Ludermit²⁰).

O primeiro contato com as gestantes foi feito durante a consulta pré-natal. A entrevista foi realizada na própria Unidade de Saúde da Família (USF), no carro da pesquisa ou conforme conveniência da mulher, procurando mantê-la confortável e segura. As mulheres que não realizaram o pré-natal na USF e que não apresentavam regularidade do mesmo foram entrevistadas em seus domicílios, a partir da identificação e registro dos Agentes Comunitários de Saúde.

No pós-parto as mulheres foram contactadas nas consultas de puericultura ou no domicílio, seguindo o mesmo padrão realizado na etapa anterior. A maioria das entrevistas foi realizada nos domicílios.

Dois questionários foram aplicados: um durante a gravidez e outro no puerpério. Os questionários abordavam características sociais, demográficas, econômicas e culturais, situação da saúde reprodutiva da mulher e informações sobre o bebê.

As perguntas relacionadas ao início (sim/não) e continuidade (sim/não e período) do aleitamento materno foram feitas no questionário da puérpera.

Para identificar as questões referentes ao pré-natal, foram inseridas perguntas sobre o início (antes ou depois do quarto mês de gestação) e número de consultas (menor, igual ou mais que seis) em ambos os questionários. O índice de Kotelchuck¹³ foi utilizado de forma modificada em que o pré-natal foi classificado da seguinte maneira: inadequado, quando o pré-natal foi iniciado após o quarto mês de gestação e/ou foram realizadas

menos que seis consultas durante a gestação; adequado, quando foi iniciado antes do quarto mês de gestação e foram realizadas seis consultas de pré-natal e mais que adequado se a mulher realizou mais de sete consultas do pré-natal, com início antes do quarto mês de gestação.

Os questionários também continham informações como: idade materna (18-34/>35), mulheres que possuíam um companheiro (sim / não), anos de escolaridade (0-9/>10), fonte de renda (sim/não), aceitação da gravidez pela mulher (sim / não), aceitação da gravidez pelo companheiro (sim / não), paridade (1-3 filhos, > 4 filhos e primeira gestação), tipo de parto (normal/ cesário), problemas no nascimento (sim/não), peso ao nascer (99 a 2500g / 2501 a 5200g), prematuridade (sim/não), apoio social (classificado de acordo com a escala MOS-SSS ²¹ em alto, médio e baixo) e dificuldade no aleitamento materno (sim / não).

A análise dos dados foi realizada com o software Stata, versão 8.0. A frequência da adequação do pré-natal foi verificada antes e depois do pós-parto e sua associação com o aleitamento no pós-parto, estimando-se os *odds-ratios* (OR) simples e ajustados, intervalos de confiança a 95% e valores do p. Para testar diferenças entre proporções, o teste do qui-quadrado (χ^2) foi usado, e aquelas com $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significantes.

A regressão logística e o teste de razão de verossimilhança foram utilizados para investigar a independência da associação entre o início e a continuidade do aleitamento materno com a assistência ao pré-natal. As co-variáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que no presente estudo mostraram-se associadas com a assistência ao pré-natal com início e continuidade do aleitamento materno e (valor do $p < 0,10$).

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Protocolo número 303/2004) e cumpriu os princípios éticos contidos na declaração de Helsinki.

RESULTADOS

O presente estudo obteve elevada taxa de resposta e 1.057 mulheres concluíram a entrevista do pós-parto. Isso representa 94,3% das 1.121 mulheres entrevistadas durante a gravidez e pequeno percentual de perdas.

Porém, foram analisadas neste artigo apenas as 753 mulheres (67,2% das 1.121 entrevistadas e 71,2% das re-entrevistadas) que responderam ao questionário a partir do sexto mês do pós-parto, a fim de identificar a continuidade do aleitamento materno.

Predominaram as mulheres com idade entre 18 a 34 anos (93,63%), que possuíam companheiro (84,59%) e com menos de 9 anos de estudo (74,83%). Em relação à situação econômica 60,03% possuíam uma fonte de renda. Enquanto 59,50% das mulheres relataram não aceitar a gestação, 54,71% dos homens, de acordo com a percepção das mulheres, aceitaram a gravidez. Encontrou-se que 45,02% das mulheres possuía de 1 a 3 filhos. A maioria das mulheres relatou parto normal (62,82%), crianças sem alterações ao nascimento e com peso acima de 2500g. Das mulheres que participaram da pesquisa 66,67% referiram retorno ao trabalho no período pós-parto. (Tabela 1)

(Tabela 1)

Na Tabela 2, observa-se que a maioria das mulheres realizou a assistência pré-natal. Conforme classificação adotada nesta pesquisa, 53,70% realizaram um pré-natal mais que adequado; 35,89% adequado e 10,41% um pré-natal inadequado.

(Tabela 2)

Verificou-se que 96,41% das mulheres iniciaram o aleitamento materno, porém apenas 47,41% continuaram o aleitamento até o sexto mês de vida do bebê. A média do período de aleitamento nesta pesquisa foi de 9,48 meses e a mediana de 9,21 (DP=2,41).

Na análise bivariada do início do aleitamento materno com as co-variáveis foi encontrada associação estatisticamente significativa com anos de escolaridade, aceitação da gravidez pelo companheiro e prematuridade. Quanto à análise entre a continuidade do aleitamento até o sexto mês de vida do bebê foi encontrada associação com fonte de renda, anos de escolaridade, aceitação da gravidez pelo companheiro, tipo de parto, dificuldade no aleitamento e retorno ao trabalho (Tabela 3).

(Tabela 3)

Na tabela 4, encontrou-se associação entre a assistência pré-natal e as seguintes variáveis: aceitação da gravidez pela mulher, paridade, tipo de parto, peso ao nascer e prematuridade.

(Tabela 4)

A associação entre o início e a continuidade do aleitamento materno com a assistência pré-natal foi estatisticamente significativa para ambos os desfechos, mantendo-se após o ajustamento (OR=3,75 e OR=2,17 respectivamente), indicando que o pré-natal inadequado é um fator de risco para não iniciar e descontinuar o aleitamento materno (Tabela 5).

(Tabela 5)

DISCUSSÃO

Neste estudo de coorte de base populacional encontrou-se um gradiente entre o início e a continuidade do aleitamento materno com a inadequação do pré-natal. O maior risco de não iniciar o aleitamento materno (OR=3,75) e de interrompê-lo antes do sexto mês de vida do bebê (OR=2,17) ocorreu em mulheres que realizaram um pré-natal de forma inadequada.

Dentre as vantagens desse estudo podemos citar: percentual muito pequeno de perdas, amostra grande, entrevistas realizadas por entrevistadoras com experiência em saúde da mulher e conduzidas com mulheres cadastradas nas USF do Distrito Sanitário II, cujas características socioeconômicas são semelhantes às das mulheres cadastradas nas USF do Recife, possibilitando generalização dos resultados para outros distritos. A análise multivariada permitiu avaliar a associação da adequação do pré-natal com o início e a continuidade do aleitamento materno, quando ajustadas por um grande número de variáveis preconizadas em outros estudos.

Dentre as limitações do estudo podemos citar inicialmente o fato da pesquisa não ter tido como objetivo principal o estudo do aleitamento materno e, portanto, não incluir questões sobre a exclusividade do mesmo. Porém, algumas das variáveis elencadas pelo estudo possibilitaram a investigação da associação do aleitamento materno com variáveis que podem influenciar seu início e continuidade. Certamente, muitos outros importantes fatores de risco podem e devem ser analisados em futuras pesquisas, tais como: dificuldades anatômicas do peito da mãe, a presença de doenças que impedem temporariamente ou definitivamente o aleitamento materno, a interferência das avós no aleitamento materno, dentre outros^{22,23}.

Os resultados poderiam estar passíveis de vieses de seleção e de informação. Quanto ao viés de seleção, o mesmo foi minimizado a partir da inclusão de todas as gestantes cadastradas nas USF, incluindo as mulheres que realizaram o pré-natal em outro nível de assistência, assim como as que não apresentavam regularidade na realização do mesmo.

Por último, o viés de informação foi minimizado pela seleção de entrevistadoras qualificadas e treinadas pelos pesquisadores.

Os dados deste estudo mostram que apenas 47% das mulheres continuaram o aleitamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde até o sexto mês de vida do bebê^{2,24,25}, indicando uma redução de 49%. Apesar da alta no desmame, apenas 21% das mulheres relataram alguma dificuldade no processo de aleitamento. O início do

aleitamento materno no presente estudo é superior ao encontrado no último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal e no estudo de Sena et al (2007), 68% e 87%, respectivamente^{2,26}. Quanto à redução no sexto mês de vida do bebê, os autores acima encontraram taxas de 48,9% e 68,6%.

O índice de adequação ao pré-natal adotado na pesquisa teve que ser modificado em virtude da nova política de assistência pré-natal. As mulheres inseridas no estudo, por estarem cadastradas na estratégia de saúde da família, passam pela assistência pré-natal seja por consultas ou por visitas domiciliares, adotando-se medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal^{1,27}. Foi observado que 53,7% das mulheres da pesquisa realizaram um pré-natal mais que adequado, taxa maior que a encontrada em um estudo realizado no Recife¹⁰ em duas unidades de alta complexidade, onde foi encontrada uma adequação do pré-natal em apenas 17,8% das mulheres estudadas e não adequação em 82,2%. Tais diferenças podem ter sido encontradas pelo maior número de mulheres entrevistada e pelo momento do presente estudo, como também pela diferença de classificação utilizada para a definição do pré-natal.

Estudos realizados em outros países^{28, 29} também encontraram redução da continuidade do aleitamento materno a partir do sexto mês, fortalecendo os achados desta pesquisa.

Os resultados aqui apresentados indicam que a meta proposta pela OMS e preconizada pelo Ministério da Saúde¹ está longe de ser alcançada. A redução na continuidade do aleitamento materno é um indicativo de que a estratégia de incentivo deve ser realizada não só no período pré-natal, mas também no puerpério.

Por ter sido realizado dentro da atenção básica, em que o cuidado se dá de forma sistemática e próxima das mulheres, torna-se importante a divulgação dos resultados junto às equipes para que as mesmas possam traçar estratégias que fortaleçam a adesão e a continuidade do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 2- 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.

- 3- Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, Gouveia R, Valente S, Martins S, Correia S, Rocha E, Silva LJ. Aleitamento Materno - Prevalência e fatores condicionantes. *Acta Med Port* 2007; 20: 193-200.
- 4- OPAS. 128º sessão do comitê executivo. Washigton; Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
- 5- Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.* 2006; 19(5): 623-30.
- 6- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados Iniciais. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1281-89.
- 7- Passos AA, Moura ERF. Process Indicators in The Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: Analysis of a Historical Series (2001-2006). *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(7):1572-89.
- 8- 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: Ministério da Saúde; 2005.
- 9- Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as Características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad.Saúde Pública.* 2004; 20 (supl 1):S63-S72.
- 10- Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da Assistência Pré-natal em Gestantes Atendidas em Dois Hospitais de Referência para Gravidez de Alto Risco do Sistema Único de Saúde, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude. Mater.Infant.* 2007; 7(3):309-17.
- 11- Kesser DM, Singer J, Kalk CW, Schlesinger ER. Infant death: an analysis of maternal risk and health care. Washington (DC): Institute of Medicine, National Academy of science 1973.
- 12- Taketa SMP. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [Dissertação de Mestrado]. 1993. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.

- 13- Kotelchuck M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994; 84:1414-20.
- 14- Oliveira APR, Patel BN, Fonseca MG. Dificuldades na Amamentação entre Puérperas Atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos-HIPS, Feira de Santana/BA, 2004. *Sitientibus* 2004; 30: 31-46.
- 15- Demitto MO, Silva TC, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: Uma Revisão Integrativa. *Rev.Rene* 2010; 11(número especial):223-29.
- 16- Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(1):121-25.
- 17- Ekström A, Guttke K, Lens M, Wahn EH. Long term effects of professional breastfeeding support-An intervention. *IJNM* 2011; 3(8):109-17.
- 18- Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *West J Nurs Res* 2007; 29(6):708-23.
- 19- Silva EP, Ludermit AB, Valongueiro SA, Araújo TVB. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(6):1044-53.
- 20- Ludermit AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010; 376(9744):903-10.
- 21- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 2001; 38:705-714.
- 22- Silva AV, Oliveira DM, Grei EVE, Gonçalves PC, Gesteira ECR. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009; 27(3): 220-5.
- 23- Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *JPED* 2010; 86(5): 441-44.
- 24- Almeida C, Scochi MJ, Souza RKT, Carvalho WO. Prevalência de Aleitamento Materno Antes e Após a Implantação de um Programa de Redução de Morbimortalidade Infantil, no Município de Campo Mourão (PR). *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):575-80.

- 25- Graça LCC, Figueiredo MCB, Conceição MTCC. Contributions of the Nursing Intervention in Primary Healthcare for the Promotion of Breastfeeding. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(2): 429-36.
- 26- Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras. *Rev. Assoc. Med Brasileira* 2007; 53(6): 530-4.
- 27- Soares AC, Oliveira ACB, Oliveira VJ. Pré-natal de Baixo Risco Como Atividade do Enfermeiro: Implicações Para Sua Implementação Segundo os Enfermeiros que Atuam no Município de Pará de Minas- MG. *SynThesis Rev. Dig. FAPAM* 2010; 2(2): 144-57.
- 28- Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento Materno: Evolução na Última Década. *APP* 2006; 1(37): 9-14.
- 29- Al-sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictor of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10:24.

TABELAS

Tabela 1- Descrição da amostra segundo as variáveis selecionadas para o estudo, Recife-Pernambuco, 2005-2006.

Variável	N=753	%
Idade Materna		
18-34 anos	705	93,63
35-49 anos	48	6,37
Situação Conjugal		
Possui companheiro	637	84,59
Não possui companheiro	116	15,41
Anos de Escolaridade¹		
0-9 anos	562	74,83
10-16 anos	189	25,17
Fonte de renda		
Possui Fonte de renda	452	60,03
Não possui fonte de renda	301	39,97
Aceitação da gravidez pela mulher²		
Sim	269	35,72
Não	448	59,50
		4
Aceitação da gravidez pelo companheiro³		
Sim	412	54,71
Não	275	36,52
Paridade		
1-3 filhos	339	45,02
Acima de 4 filhos	184	24,44
1ª gestação	230	30,54
Tipo de Parto		
Normal	473	62,82
Cesário	280	37,18
Problemas no nascimento		
Sim	168	22,31
Não	585	77,69
Peso ao Nascer⁴		
99-2500 (baixo peso)	56	7,44
2501-5200	688	91,37

¹-02 perdas; ²-36 perdas; ³-60 perdas, ⁴-09perdas

Tabela 2- Características da Assistência Pré-natal das mulheres do estudo, Recife-Pernambuco, 2005-2006

Assistência pré-natal¹		
Mais que Adequado	392	53,70
Adequado	262	35,89
Inadequado	76	10,41

¹23 valores perdidos

Tabela 3- Associação das variáveis relacionadas ao aleitamento materno com as co-variáveis, Recife, 2005-2006

VARIÁVEIS	INÍCIO DO MATERNO					CONTINUIDADE DO ALEITAMENTO				
	Casos	%	OR	IC 95%	P	Casos	%	OR	IC 95%	P
Idade (anos)										
18-34	25	92,59	1,18	0,3- 5,1	0,82	370	93,43	1,07	0,6-1,9	0,82
>35	2	7,41				26	6,75			
Fonte de renda										
Sim	17	62,96	0,87	0,4-1,9	0,751	257	64,90	0,65	0,5-0,9	0,004
Não	10	37,04				139	35,10			
Anos de escolaridade										
0-9	17	62,96	0,36	0,1-1,2	0,087	294	332	1,04	0,9-1,1	0,081
>10	10	37,04				101	64			
Companheiro										
Sim	24	88,89	0,67	0,2-2,3	0,532	323	83,84	1,13	0,7-1,7	0,545
Não	03	11,1				64	16,16			
Aceitação da Gravidez pelo companheiro										
Sim	19	79,17	0,38	0,1-1,0	0,037	228	63,69	0,72	0,5-1,0	0,038
Não	5	20,83				130	36,31			
Aceitação da gravidez pela mulher										
Sim	8	33,3	1,20	0,5-2,9	0,667	135	35,71	1,17	0,9-1,6	0,292
Não	16	66,67				243	64,29			
Paridade (filhos)										
1-4	8	29,63	1			174	43,94			
≥ 4	8	29,63	1,89	0,7-5,1	0,255	9	23,99	1,01	0,7-1,4	0,630
1ª gravidez	11	40,7	2,07	0,8-5,2		127	37,07	1,16	0,8-1,6	
Tipo de Parto										
Normal	15	55,56	1,36	0,6-3,0	0,427	235	39,34	1,37	1,0-1,8	0,038
Cesário	12	44,44				161	40,66			

Tabela 4- Associação das Co-variáveis com Adequação da Assistência Pré-natal, Recife-Pernambuco, 2005-2006

	Adequação da Assistência Pré-natal				
	<i>Mais que adequado</i>	<i>Adequado</i>	<i>Inadequado</i>	X ²	Valor de p
Idade*1					
18-34s	369(97,13%)	244(93,13%)	69(90,79%)	1,21	0,544
>35	23 (5,87%)	18(6,87%)	7 (9,21%)		
Fonte de Renda					
Sim	237(60,69%)	159(60,69%)	46(60,53%)	0,003	0,998
Não	155(39,54%)	103(39,31%)	30 (39,47%)		
Anos de Escolaridade					
0-9	275(70,15%)	205(78,85%)	62(81,58%)	8,47	0,140
>10	117(29,85%)	55(21,15%)	14(18,42%)		
Companheiro					
Sim	69(69%)	340(86,73%)	219(83,59%)	4,42	0,110
Não	31(31%)	52(13,27%)	43(16,41%)		
Aceitação da Gravidez pelo Homem					
Sim	51(51%)	224(57,58%)	141(54,44%)	3,64	0,465
Não	40(40%)	137(35,22%)	95(36,68%)		
Aceitação da Gravidez pela Mulher					
Sim	28(28,00%)	160(40,82%)	83(36,06%)	15,9	0,001
Não	67(67,00%)	209(53,32%)	167(63,74%)		
Paridade					
1-4 Filhos	40(40%)	172(43,88%)	123(46,95%)	16,46	0,002
>4 filhos	46 (46%)	82(20,92%)	68(25,95%)		
1ª gestação	14 (14%)	138(35,20%)	71(27,10%)		
Tipo Parto					
Normal	73(73,00%)	233(59,44%)	173(66,03%)	1,63	0,099
Cesário	27(27,00%)	159(40,56%)	89(33,97%)		
Problema ao Nascimento do bebê					
Sim	81(81,00%)	312(77,59%)	198(75,57%)	1,48	0,477
Não	19(19,00%)	80(20,41%)	64(24,43%)		
Peso ao Nascimento					
Peso Normal	88(91,67%)	368(94,60%)	238(91,54%)	6,8	0,034
Baixo Peso	8(8,33%)	48(7,41%)	22(8,46%)		

Prematuridade					
Não	92(92,00%)	367(93,62%)	237(90,46%)	4,97	0,084
Sim	8(8,00%)	25(6,38%)	25(9,54%)		
Apoio Social					
Alto	49(49,00%)	141(35,97%)	94(35,88%)	2,46	0,652
Médio	28(28,00%)	131(33,42%)	99(37,79%)		
Baixo	23(23,00%)	120(29,25%)	69(26,34%)		
Dificuldade no Aleitamento					0,782
Sim	88(88,00%)	306(78,06%)	210(80,15%)	0,49	
Não	12(12,00%)	86(21,94%)	52(18,85%)		
Retorno Trabalho-pós parto					
Sim	75(75,00%)	251(64,03%)	179(68,32%)	1,50	0,471
Não	25(25,00%)	141(35,97%)	83(31,68%)		

Tabela 5- OR Bruto e Ajustado da associação das variáveis- Início e Continuidade do Aleitamento Materno até o sexto mês de gestação e Assistência pré-natal.
Recife- Pernambuco, 2005-2006

	Início do Aleitamento					Continuidade do Aleitamento				
Assistência pré-natal	OR Bruto	IC95 %	OR ¹	IC95 %	Valor de p ³	OR Bruto	IC95 %	OR ²	IC95 %	Valor de p
Mais que Adequado										
Adequado	1,86	0,8-4,6	1,72	0,7-4,2	0,01	0,97	0,7-1,3	1,03	0,7-1,4	0,010
Inadequado	4,31	1,5-12,0	3,75	1,3-10,6		1,99	1,2-3,3	2,17	1,3-3,7	

1 Ajustado por anos de escolaridade e prematuridade

2 Ajustado por anos de escolaridade, tipo de parto e retorno ao trabalho

3- Tendência Linear

Prezado(a) Dr(a). DANIELLE MARIA DA SILVA:

Confirmamos a submissão do seu artigo "A ESTRATÉGIA DO PRÉ-NATAL NO FORTALECIMENTO DO ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO DE COORTE" (CSP_0241/12) para *Cadernos de Saúde Pública*. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.

Prof. Mario Vianna Vettore

Editores

