

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA SOUZA MOURA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília

Orientadora: Dr.^a Muriel Bauermann Gubert

Brasília

2013

AMANDA SOUZA MOURA

FATORES ASSOCIADOS À INTRODUÇÃO PRECOCE DE ALIMENTOS E
LÍQUIDOS NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília

Aprovado em 11 de dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Muriel Bauermann Gubert - (presidente)

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Sonia Isoyama Venâncio

Instituto de Saúde de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Renata Alves Monteiro

Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais, José Carlos e Leane, que me apoiam incondicionalmente nos estudos e na profissão.

AGRADECIMENTOS

A Muriel, que com experiência, paciência e dedicação me orientou durante todo o período da pós-graduação.

Aos membros da banca, por terem aceitado integrá-la e pelas ótimas contribuições.

A equipe do meu trabalho no Ministério da Saúde, em especial meus coordenadores, Paulo Bonilha e Fernanda Monteiro que me apoiaram durante todo o mestrado, permitindo e entendendo minhas ausências para frequentar as aulas.

As minhas colegas de turma, em especial Clesimary, Thais e Simone que compartilharam comigo as experiências, alegrias e angústias durante o mestrado e pela amizade que construímos ao longo desse período.

As minhas amigas, Natasha e Juliana que mesmo com a distância sempre me ouviram e me incentivaram a continuar para chegar a tão sonhada pós-graduação.

Ao meu noivo Paulo Fraiha que mesmo com a distância física sempre soube estar perto por ligações e emails, com boas risadas e bons conselhos.

Aos meus familiares, em especial meus pais e minha irmã, por todas as preces dedicadas a mim e por toda compreensão nas minhas ausências e nos meus momentos de tensão.

A todos os amigos que torceram, oraram e emanaram boas energias para que eu concluí-se mais essa etapa na minha vida.

A Deus pela vida que tenho.

“Depois de escalar uma grande montanha se descobre que existem muitas outras montanhas para escalar”

(Nelson Mandela)

RESUMO

Introdução: A introdução precoce de outros líquidos e alimentos podem estar associados a um aumento de casos de patologias na infância como a diarreia, doença respiratória, carências nutricionais, comprometendo o crescimento e o desenvolvimento infantil. Diversos fatores podem estar associados à prática da introdução precoce como a condição de trabalho, saúde, a idade e a escolaridade maternas. No Brasil, estudos já vêm mostrando que as mulheres com baixa escolaridade e pouca idade são mais vulneráveis. Aliado a isso, as condições de saúde mental e de assistência à mulher no período da gestação, parto e nascimento também podem interferir na introdução precoce, como a depressão pós-parto (DPP) e complicações de ordem orgânica, doenças e manejo assistencial complexo, características de casos de *near miss*, podendo desencadear em problemas para o estabelecimento da relação mãe-filho nos primeiros dias de vida. Objetivo: Investigar fatores associados à introdução precoce de líquidos e alimentos nos primeiros meses de vida. Método: Análise dos dados da “II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno de 2008 nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal” e da pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF) em 2011”. Avaliaram-se separadamente os dados de cada pesquisa, originando 2 artigos. No primeiro investigaram-se os fatores maternos e da criança associados com a introdução precoce de líquidos até o primeiro mês de vida. No segundo, avaliou-se a influência da presença e ausência de sintomas de depressão pós-parto (DPP) e de morbidade materna grave (casos de *near miss* materno) na introdução de líquidos e alimentos em crianças com até 3 meses de vida. Resultado: No primeiro artigo foram incluídas 2963 crianças com até 30 dias de vida, dessas 13,6% já haviam recebido água, 15,3% chá e 18% outros leites. A introdução precoce de água e chá foi associada às mães adolescentes <18 anos, sendo que a introdução precoce de mingau foi mais frequente em mães com baixa escolaridade. Dentre as crianças, as que faziam uso de chupeta apresentaram chance 4 vezes maior de receber outro líquido quando comparadas as que não usavam. No segundo artigo, 221 pares mãe-criança com até 3 meses de vida foram incluídas no estudo. As mães com DPP

introduzem com mais frequência outros leites (24,7%), 12,0% não ofertam o leite materno e a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) neste grupo é menor quando comparada as mães sem DPP. As mães com *near miss* têm menor prevalência de AME e introduzem com mais frequência (27,7%) outros leites, quando comparadas as mães que não tem. Conclusão: A baixa escolaridade materna, mães adolescentes e o uso de chupeta foram associados à introdução precoce de outros líquidos no 1º mês de vida da criança. Nenhum dos dois fatores estudados (*near miss* e DPP) foi determinante para a introdução precoce de chá, suco e mingau com leite. Porém, em ambas as situações, as condições maternas desfavoráveis influenciaram na introdução de outros leites e na menor prevalência do AME.

Palavras-chave: aleitamento materno; desmame; fatores de risco; alimentação artificial; depressão pós-parto; morbidade; mortalidade materna.

ABSTRACT

Introduction: The early introduction of other foods and fluids can be associated with an increase in cases of childhood diseases such as diarrhea, respiratory diseases, nutritional deficiencies, affecting their growth and development. Several factors may be associated with the practice of early introduction as a condition of employment, health, age and maternal education. In Brazil, studies are now showing that women with low education and young age are more vulnerable. Allied to this, the mental health conditions and care for women during pregnancy, labor and birth may also interfere with the early introduction as postpartum depression (PPD) and complications of organic order, illnesses and complex care management, characteristics of cases of near miss, which can trigger problems in the establishment of the mother-child relationship in the first days of life. Objective: To investigate factors associated with early introduction of liquids and foods early in life. Method: Analysis of data from the "Survey II Prevalence of Breastfeeding, 2008 in Brazilian capitals and the Federal District" and Search "Call Screening: Diagnosis of health conditions and health care for maternal and child population in the Federal District line (DF) in 2011. " Were evaluated separately for each search data, yielding two items. In the first we investigated the maternal and child associated with the early introduction of liquids through the first month of life factors. Then, we evaluated the influence of the presence and absence of symptoms of postpartum depression (PPD) and severe maternal morbidity (maternal near miss cases) the introduction of liquids and foods in children up to 3 months of life. Results: In the first article in 2963 infants up to 30 days of life were included, 13.6% of these had received water, tea 15.3% and 18% other milks. The early introduction of water and tea was associated with teen mothers <18 years, and the early introduction of porridge was more frequent in mothers with low education. Among children, who used pacifiers had 4 times greater chance of receiving other liquid when compared to nonusers. In the second article, 221 mother-infant pairs with up to 3 months of life were included in the study. Mothers with PPD introduce other milk more frequently (24.7%), 12.0% did not proffer breast milk and the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) in this group is lower when compared to mothers without PPD. Mothers with near miss have lower prevalence of EBF and introduce more frequently (27.7%) other milks, when

compared to mothers who do not. Conclusion: The low maternal education, teenage mothers and pacifier use and were associated with early introduction of other liquids in the 1st month of the child's life. Neither of the two factors studied (near miss and DPP) was essential for the early introduction of tea, juice and porridge with milk. However, in both situations, adverse maternal conditions influence the introduction of other milks and lower prevalence of EBF.

Keywords: breastfeeding; weaning; risk factors; artificial feeding; postpartum depression; morbidity; maternal mortality.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 –

Tabela 1 – Características da amostra de mães e crianças avaliadas no estudo. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008-----**51**

Tabela 2 - Análise bivariada das variáveis maternas e da criança sobre a introdução de água, chá, suco de fruta, outro leite e mingau no primeiro mês de vida. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008-----**52**

Tabela 3 - Análise ajustada do efeito das variáveis maternas e da criança sobre a introdução de água, chá, suco de fruta, outro leite e mingau no primeiro mês de vida. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008-----**54**

Artigo 2 –

Tabela 1 – Características da amostra, com fator de expansão, de mães e crianças avaliadas. Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011-----**71**

Tabela 2 – Distribuição do número e percentual de mulheres segundo presença e ausência de depressão pós-parto e morbidade materna grave (casos de *near miss* materno) para a introdução de água, chá, suco, outro leite e mingau, para a não oferta de leite materno e para a amamentação exclusiva, Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011-----**72**

Tabela 3 - Razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança (IC) de 95% para a introdução de outros líquidos, ausência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 3 meses de vida de acordo com sintomas de depressão pós-parto e morbidade materna grave (casos de *near miss*

materno). Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011-----**73**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

AMAMUNIC – Projeto Amamentação e Municípios

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

DF – Distrito Federal

DPP – Depressão Pós-Parto

ENDEF – Estudo Nacional de Despesas Familiares

EPDS – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

MMG – Morbidade Materna Grave

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – Odds Ratio

PDA - *Personal Digital Assistant*

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

RA – Região Administrativa

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 ALEITAMENTO MATERNO	15
1.2 PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	16
1.3 INTRODUÇÃO PRECOCE DE OUTROS LÍQUIDOS E ALIMENTOS	18
1.4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO	19
1.5 <i>NEAR MISS</i> MATERNO	21
1.6 JUSTIFICATIVA	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 GERAIS	24
2.2 ESPECÍFICOS	24
3 MÉTODOS	25
3.1 ARTIGO 1 - FATORES ASSOCIADOS À INTRODUÇÃO PRECOCE DE LÍQUIDOS NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	25
3.2 ARTIGO 2 - PODEM A MORBIDADE MATERNA GRAVE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO ESTAREM ASSOCIADAS COM A INTRODUÇÃO MUITO PRECOCE DE ALIMENTOS NOS PRIMEIROS TRÊS MESES DE VIDA?	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 ARTIGO 1	36
4.2 ARTIGO 2	56
5 CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	81
ANEXO A – FORMULÁRIO EMPREGADO NA “II PESQUISA DE PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DISTRITO FEDERAL”	81

ANEXO B – FORMULÁRIO EMPREGADO NA PESQUISA “CHAMADA NEONATAL: DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL (DF)”	83
ANEXO C – DOCUMENTO REFERENTE À APROVAÇÃO DA PESQUISA “CHAMADA NEONATAL: DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL (DF)” NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	94
ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que crianças menores de seis meses de vida sejam amamentadas exclusivamente, ou seja, somente com leite materno, sem oferta de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais e medicamentos. Após esse período o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos saudáveis, até os dois anos ou mais(1).

O leite materno é superior em relação aos leites de outras espécies(1), pois protege contra doenças e oferece uma nutrição de qualidade para o crescimento e desenvolvimento infantil adequados(2).

Os benefícios da amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida vão desde um melhor desenvolvimento infantil, uma melhor nutrição, menor chance de adoecimento por infecções intestinais e respiratórias, além da prevenção a carências nutricionais(3,4,5). Estudo já mostrou que crianças amamentadas exclusivamente por menos de dois meses tem mais de 70% de chance de ter anemia quando comparadas as crianças que foram amamentadas por período maior(6). Dados como esse mostram a importância e os benefícios que a amamentação, em especial a exclusiva, pode trazer para a criança. Além disso cabe destacar que o aleitamento materno exclusivo pode reduzir substancialmente a mortalidade infantil(7,8).

Vários são os argumentos que favorecem a prática da amamentação, pois o leite materno, além de proteger contra várias infecções(9), apresenta benefícios a longo prazo na diminuição dos riscos de doenças crônicas decorrentes da alimentação inadequada como obesidade, hipertensão e dislipidemias(1).

Como fator considerável no segundo ano de vida, o leite materno consegue suprir um percentual importante das necessidades de proteína e calorias, bem como, das vitaminas A e C, micronutrientes que em situação de carência, podem levar ao aumento dos índices de hipovitaminose A e anemia(9).

1.2 PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Atualmente há facilidade na obtenção de dados sobre a tendência de amamentação no Brasil. Em décadas anteriores aos anos 70 esses dados eram escassos. Um dos primeiros estudos nacionais que apontaram as tendências de aleitamento materno foi o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) em 1974 que mostrou que a duração mediana da amamentação era de 2,5 meses(11). Em 1989 a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) mostrou que a duração mediana da amamentação era de 5,5 meses(10,11). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), em 1996, mostrou que apenas 11% das crianças estavam em aleitamento materno na idade de 4-5 meses(13). Em 1999, pesquisa realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal encontrou taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros quatro meses de 35,5%(14).

Em 2006 foi realizada a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS, que mostrou que mais da metade das crianças menores de 4 meses amamentadas já estavam recebendo outros alimentos e/ou bebidas como chá, sucos, outros leites e alimentos complementares(13). Na mesma pesquisa observou-se que 48% das crianças com até um mês de vida estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista com a mãe, no entanto 14,7% já haviam recebido outros líquidos como água ou chá e outros 18% estavam sendo alimentadas com leite não-materno¹³. Estudo recente que avaliou dados brasileiros sobre o consumo precoce de leite de vaca, identificou que 62,4% das crianças menores de seis meses consumiam esse tipo de leite(15). Segundo

recomendações do Ministério da Saúde, o consumo de leite de vaca não é recomendado para crianças menores de um ano(16).

Em 2008, outra pesquisa de âmbito nacional mostrou que a duração mediana do aleitamento materno estava em torno de 11,2 meses e para o aleitamento materno exclusivo este percentual era de 1,8 meses, sendo que 41% das crianças menores de seis meses de vida estavam em AME. A pesquisa mostrou ainda que, em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, na faixa etária de 9 a 12 meses, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%)(17). Um outro estudo que avaliou o consumo alimentar de crianças brasileiras entre 6 e 59 meses de idade evidenciou que 44% delas consumiam alimentos fritos entre 1 a 3 vezes na semana. O mesmo estudo trouxe ainda outros dados preocupantes com relação ao consumo diário de alguns alimentos, como de frutas, onde menos da metade das crianças (44%) consumiam diariamente, o alto consumo de doces que chegou a 37,2% na região sul e de biscoitos e refrigerantes onde 46,3% e 22,1%, respectivamente consumiam todos os dias(18).

Essas pesquisas desde a década de 70 mostram diferentes dados sobre a duração mediana da amamentação. Analisando-se a tendência secular da amamentação no Brasil com base nas pesquisas realizadas em 1999 e 2008, observa-se que houve um progresso nas taxas de amamentação, passando de 295,9 dias a duração mediana do aleitamento materno em 1999 para 341,6 dias em 2008(17).

Apesar da melhoria das taxas de aleitamento materno há muito que avançar para se atingir o que é recomendado pela OMS.

1.3 INTRODUÇÃO PRECOCE DE OUTROS LÍQUIDOS E ALIMENTOS

A introdução precoce de outros líquidos e alimentos (antes do sexto mês de vida) pode estar associada a um aumento de episódios de diarreia, hospitalizações por doença respiratória, diminuição na absorção de minerais como o ferro e o zinco, importantes para o crescimento e desenvolvimento infantil. Além disso, ao maior risco de desnutrição, tanto pela possibilidade da hiperdiluição das fórmulas lácteas, como pela oferta inadequada de outros alimentos(1).

Muitas vezes esses alimentos são introduzidos muito precocemente para complementar o leite materno ou até mesmo para substituí-lo(19).

Alguns estudos já mostraram que a introdução de chás e água ocorrem cada vez mais cedo, durante ainda o primeiro mês de vida(13,20). Além desses líquidos, alimentos semi-sólidos também estão sendo introduzidos precocemente e, conseqüentemente, favorecendo a interrupção do aleitamento materno exclusivo, logo nos primeiros meses de vida(21).O abandono precoce do aleitamento materno (AM), em especial do AME, está associado com a predisposição da criança em desenvolver alergias, maiores riscos de adoecimento, especificamente doenças respiratórias e diarreias(8). Quando muito pequenas, os riscos podem ser ainda maiores. O risco de morrer por doenças infecciosas pode chegar a ser seis vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas(9).

A introdução precoce da alimentação complementar, além de não trazer benefícios, está associada à morbidade infantil(21). As deficiências nutricionais que ocorrem nos primeiros meses podem trazer prejuízos permanentes para a saúde física e mental dessas crianças(20).

Outros riscos advindos da introdução precoce da alimentação complementar se dão pelos utensílios utilizados para sua administração, na grande maioria das vezes os utensílios são tão inadequados quanto à precocidade da introdução. O uso de chupetas e mamadeiras é desaconselhável e estão associados com o desmame precoce(1,19). Um estudo em um município de São Paulo com crianças menores de

seis meses que usavam chupeta mostrou que o uso desse utensílio diminui as chances de estarem em AME(19).

Alguns estudos já relataram que fatores maternos estão associados a introdução de líquidos e alimentos e ao desmame precoces(22,23). Um estudo, realizado em municípios do estado de São Paulo, mostrou que a escolaridade, estava associada a introdução precoce de outros alimentos na dieta das crianças, onde as mães com menor escolaridade apresentaram mais chances de introduzir esses alimentos precocemente. O mesmo estudo demonstrou também que a idade da mãe (< 20 anos) e a primiparidade estavam associadas com maiores chances do abandono do AME. A partir desses dados, os autores reforçaram que essas mulheres são mais vulneráveis e que merecem mais atenção das autoridades de saúde pública para orientação quanto a nocividade de se introduzir líquidos não nutritivos precocemente(23). Em outro estudo, os mesmos fatores (paridade e escolaridade materna) se mostraram associados ao desmame precoce(24).

Outros alimentos como suco de fruta, mingau e sopa também estão sendo introduzidos em idade precoce (4 meses). É o que mostrou um outro estudo, que evidenciou que os fatores que estavam associados a essa introdução eram a idade materna(> 35 anos) e a condição de trabalho da mãe (estar trabalhando durante o período)(25).

Além dos fatores já citados, outros também têm mostrado associação com a duração do aleitamento materno e com a introdução precoce de outros alimentos como o número de consultas pré-natal(26), a técnica de amamentação(27), a orientação profissional sobre o tema(26) e a região de moradia(28).

1.4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

Os agravos relacionados à saúde mental contribuem de forma significativa para a mortalidade e morbidade em todo o mundo. Os transtornos depressivos

unipolares estão entre os quatros principais agravos que contribuem para a carga global de doenças. Estimativas para os próximos dez anos revelam que a depressão pode se tornar a segunda maior causa de doença. Dentre os grupos afetados pela síndrome depressiva, as mulheres sofrem um impacto maior, apresentando duas vezes mais risco que os homens de desenvolver depressão, principalmente na fase da vida em que ela necessita cuidar da prole(29).

A fase pós-natal tem sido relatada como um período da mulher em que os transtornos mentais acontecem com mais frequência, dentre eles, a depressão pós-parto (DPP). A DPP é caracterizada por uma desordem depressiva, que pode ocorrer durante o período gestacional ou até um ano após o parto e caracteriza-se como um importante agravo causa de morbidade materna. Além de afetar seriamente a saúde da mulher, a DPP impacta na relação conjugal e com os filhos. Os companheiros de mulheres deprimidas são mais suscetíveis a desenvolver também a depressão. Nas crianças, essa complicação da saúde materna pode gerar atrasos no desenvolvimento cognitivo, social, dificuldades com o sono, e outras patologias durante a infância, como os distúrbios nutricionais e até mesmo diarreia, impactando no crescimento infantil(29). As conseqüências da DPP vão além do aspecto biológico, podendo afetar significativamente o estabelecimento do vínculo mãe-filho(30).

A prevalência de DPP pode chegar a 40% em países em desenvolvimento(31). No Brasil, cerca de 12% das puérperas já tiveram depressão pós-parto(32). Geralmente, a amamentação é menos comum entre essas mulheres, dificultando ainda mais o recomendado pela OMS. O fato das crianças filhas de mulheres com DPP não serem amamentadas ou serem por pouco tempo pode desencadear diversas complicações para a saúde dessa criança, como alergias, infecções respiratórias e diarreias(8,33). A mulher que não amamenta pode deixar de ter benefícios importantes ao longo da sua vida como menores chances de desenvolver câncer de mama e ovário(1), além de não receber a proteção hormonal natural que a amamentação propicia contra a depressão pós-parto(34).

Os hormônios ocitocina e prolactina, liberados durante a amamentação, estão associados a uma resposta atenuada ao estresse, pois possuem efeitos antidepressivos e ansiolíticos. Isso sugere que a amamentação tem um efeito

protetor sobre a DPP, onde as múltiparas que amamentam têm menores chances de desenvolver a depressão quando comparadas às primíparas(35).

A DPP muitas vezes é passada despercebida, pois muitos dos seus sintomas, como alterações do sono, do apetite e fadiga são confundidos com alterações comuns do período do pós-parto. Essa realidade faz da DPP um transtorno negligenciado, pois muitos casos não são diagnosticados devido à confusão desses sintomas com as mudanças que ocorrem após o nascimento da criança(32).

Percebe-se que a DPP já é um transtorno frequente e que pode alterar de forma importante a relação da mulher com a família e principalmente com o recém-nascido, influenciando no tipo de alimentação oferecida à criança.

1.5 NEAR MISS MATERNO

Segundo a OMS, a morbidade materna grave é toda complicação obstétrica na gravidez, parto ou puerpério resultante de intervenções inadequadas, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos que resultam de uma combinação desses dois(36). As mulheres que sobreviveram a complicações da gestação ou do parto, onde havia risco de morte, possuem aspectos semelhantes as mulheres que vieram a morte por essas mesmas complicações. Por esse motivo, criou-se o conceito de *near miss* em saúde materna(37). O *near miss* é a forma mais grave de morbidade materna, definido como os casos em que a mulher quase foi a óbito, mas conseguiu sobreviver a uma grave complicação que pode ter ocorrido na gestação, parto ou em até 42 dias após o parto(38,39).

As complicações que caracterizam o *near miss* estão associadas à aspectos orgânicos, de doenças e manejo assistencial complexo, podendo desencadear em sequelas permanentes, além de propiciar o aparecimento de problemas para o estabelecimento da amamentação e da relação mãe-filho nos primeiros dias de vida(32,40,41).

Um estudo de âmbito nacional sugeriu que os eventos do tipo “*near miss*” ocorrem em cerca de 4% dos partos, principalmente aqueles que estão associados a alguma infecção, pré-eclâmpsia e hemorragia(39). Estima-se que, para cada morte materna, ocorram 15 casos de *near miss* em média, variando de 9 a 108 casos(42).

As condições da mulher durante a gestação ou no parto influenciam nas condições do neonato. Dessa forma o *near miss* materno além de contribuir para a morbidade materna, pode também contribuir para a morbimortalidade perinatal(43-46). Um estudo encontrou entre 246 casos de *near miss*, 27,2% de casos de desfecho fetal e neonatal adverso (óbito fetal ou neonatal). O mesmo estudo avaliou também os nascidos-vivos e, dentre esses, 9,8% permaneceram internados, uma condição complicadora para o estabelecimento da amamentação(47).

Os recém-nascidos de mulheres com *near miss* apresentam maiores riscos de óbito fetal, de morrer na primeira semana de vida, de necessitar de cuidados em uma UTI ou de serem pequenos para a idade gestacional(47). Essa última característica é um fator que aumenta a probabilidade da criança não ser amamentada e conseqüentemente de receberem outros alimentos(48). Um estudo avaliou os fatores associados ao aleitamento materno em prematuros internados em unidade neonatal e identificou que nenhum dos recém-nascidos estavam em AME na alta hospitalar(49).

Apesar do *near miss* ser um agravo relativamente frequente, poucos são os estudos que avaliam sua relação com a saúde e alimentação do lactente. A condição materna no momento do nascimento é um fator importante para que se estabeleça a alimentação adequada da criança, evitando a necessidade de introdução de fórmulas infantis.

1.6 JUSTIFICATIVA

No Brasil, poucos estudos de âmbito nacional têm como objetivo principal procurar identificar os fatores associados com a introdução de líquidos e alimentos nos primeiros meses de vida. A maioria dos trabalhos investiga fatores associados à introdução de outros alimentos antes dos seis meses de idade. No entanto, a avaliação da prática muito precocemente, antes ainda dos primeiros trinta dias de vida e até os primeiros 3 meses, pode ser importante para identificar fatores relacionados tanto à mãe quanto à criança que podem propiciar a introdução muito precoce de outros líquidos e alimentos, aumentando o risco do abandono do AME. Um abordagem ainda no pré-natal e o acompanhamento contínuo, especialmente nos primeiros dias de vida da criança, podem ser cruciais para o sucesso da amamentação.

Existem ainda outras situações pouco investigadas, mas que podem interferir de maneira substancial na amamentação e na introdução inadequada e inoportuna de outros alimentos. A ocorrência de *near miss* materno e de sintomas de depressão pós-parto e sua associação com o tipo de alimentação oferecida à criança, pouco é estudada no Brasil, apesar de ocorrerem em 4% e 12% das mulheres(32,39), respectivamente.

Dessa forma, justifica-se o presente estudo com o objetivo de contribuir com a literatura sobre o tema e sugerir a necessidade de investigar com mais frequência a ocorrência dessas situações, bem como evidenciar grupos populacionais que podem ser mais vulneráveis à introdução precoce de outros líquidos e alimentos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAIS

- i. Investigar os fatores associados à introdução precoce de líquidos em crianças com até um mês de vida residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008
- ii. Investigar os fatores associados à introdução precoce de líquidos e alimentos em crianças com até três meses de vida, residentes no Distrito Federal em 2011.

2.2 ESPECÍFICOS

- i. Verificar a prevalência de introdução muito precoce de outros alimentos em crianças menores de 3 meses de vida;
- ii. Investigar os fatores maternos e da criança associados com a introdução muito precoce de líquidos e alimentos;
- iii. Verificar a associação da depressão pós-parto e *near miss* materno com a introdução muito precoce de alimentos;

3 MÉTODOS

3.1 ARTIGO 1 - FATORES ASSOCIADOS À INTRODUÇÃO PRECOCE DE LÍQUIDOS NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA

3.1.1 Desenho do Estudo

Estudo transversal de base populacional que utilizou dados secundários oriundos da “II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal(DF)” que teve seu desenho baseado na experiência do Projeto Amamentação e Municípios – Amamunic^{23,50}, desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo, desde 1998. A pesquisa foi realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal em parceria com as secretarias estaduais de saúde, que apoiaram na seleção e capacitação de técnicos para a coleta dos dados.

3.1.2 Amostragem

Na “II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal”, o inquérito foi realizado considerando-se amostras por conglomerados, devido às crianças não estarem distribuídas de forma uniforme nos postos de vacinação. Sendo assim, realizou-se um sorteio em dois estágios. No primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra foi considerada

equiprobabilística ou autoponderada, evitando a necessidade de ponderação para a análise dos dados. As amostras foram desenvolvidas com base nas informações que cada Secretaria Estadual de Saúde forneceu sobre o número de postos de vacinação em cada capital e no DF, bem como a previsão de crianças que seriam vacinadas na campanha, com base no número de crianças menores de um ano que foram vacinadas no ano anterior. Ao todo foram coletados dados de 34.853 crianças, no entanto 469 foram excluídas por falta de informação sobre sua data de nascimento e 18 por inconsistência na idade.

3.1.3 Coleta de Dados

Os dados da “II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal” foram coletados na segunda etapa da campanha de multivacinação infantil no dia 9 de agosto de 2008, envolvendo crianças menores de um ano de idade que compareceram com suas mães nos postos de vacinação.

O instrumento utilizado na coleta de dados (Anexo A) possuía em sua maioria questões fechadas sobre o consumo alimentar das crianças nas últimas 24 horas, como leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para inquéritos sobre amamentação⁽⁵¹⁾. Sendo assim, pode-se investigar se a criança recebeu ou não leite materno de forma exclusiva nas 24 horas que antecederam a pesquisa, bem como as práticas de alimentação complementar. Foram coletados também características das crianças (idade, sexo, peso ao nascer, local de moradia, local de nascimento, local da consulta de rotina e aleitamento materno na primeira hora de vida) e das mães (idade, primiparidade, escolaridade, tipo de parto e situação empregatícia). O instrumento foi aplicado a todos os acompanhantes de crianças menores de um ano que compareceram à campanha de vacinação.

3.1.4 Variáveis Estudadas

Com base nos dados do formulário da “II Pesquisa e Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal” (Anexo A), utilizou-se variáveis independentes referentes à mulher (idade, condição de trabalho, escolaridade, primiparidade e tipo de parto) e à criança (sexo, peso ao nascer, aleitamento materno na 1º hora de vida, local da consulta de rotina e uso de chupeta), e como variáveis dependentes o consumo de água, chá, suco de fruta natural, outros tipos de leite e mingau.

3.1.5 Análise dos Dados

Para analisar a associação das variáveis independentes referentes à mulher (idade, condição de trabalho, escolaridade, primiparidade e tipo de parto) e à criança (sexo, peso ao nascer, aleitamento materno na 1º hora de vida, local da consulta de rotina e uso de chupeta) com cada um dos desfechos estudados (consumo de água, chá, suco de fruta natural, outros tipos de leite e mingau), foi realizada análise bivariada, utilizando-se o teste qui-quadrado considerando valor de $p < 0,05$. Na análise da escolaridade, primiparidade e peso ao nascer, controlou-se pela faixa etária da mãe, buscando minimizar vieses.

Realizou-se ainda uma análise multivariada por regressão logística para cada desfecho, incluindo todas as variáveis independentes do modelo, obtendo os valores de Odds Ratio Ajustado e o respectivo intervalo de confiança (95%) para cada variável dependente. Todas as análises foram realizadas no SPSS 20.0.

3.1.6 Aspectos Éticos

A “II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal” utilizou o consentimento verbal dos participantes e foi aprovada pelo Comitê de ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo com o protocolo nº 001/2008 de 06 de maio de 2008.

3.2 ARTIGO 2 - PODEM A MORBIDADE MATERNA GRAVE E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO ESTAREM ASSOCIADAS COM A INTRODUÇÃO MUITO PRECOCE DE ALIMENTOS NOS PRIMEIROS TRÊS MESES DE VIDA?

3.2.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo transversal de base populacional que utilizou dados secundários oriundos da pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)”. O desenho da pesquisa considerou as 29 Regiões Administrativas (RA's) que constituíam o Distrito Federal em 2011, no entanto apenas 22 RA's participaram da pesquisa, por serem as que possuíam postos de vacinação fixos e estarem localizadas em perímetro urbano. No quadro 1 foram elencadas as RA's que participaram do estudo.

Quadro 1 - Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal. Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011

RA*
Asa Norte
Candangolândia
Ceilândia
Cruzeiro
Estrutural
Gama
Guará
Lago Norte
Lago Sul
Núcleo Bandeirante
Paranoá
Planaltina
Recanto das Emas
Riacho Fundo I
Riacho Fundo II
Samambaia
Santa Maria
São Sebastião
Sobradinho
Taguatinga
Varjão

* A RA Brazlândia foi excluída da amostragem para minimizar o viés amostral que causaria, uma vez o peso amostral estaria inflacionado em mais de 120 vezes.

3.2.2 Amostragem

Na pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” a amostragem foi do tipo probabilística, complexa, por conglomerados, em dois estágios com representatividade para o DF. No primeiro estágio foram escolhidos os postos de saúde e no segundo os pares mãe-filho. Para essa pesquisa foram desenvolvidas três amostras considerando-se as faixas etárias investigadas (< de 1

ano, crianças com até 3 meses e crianças entre 6 meses e 1 ano de vida). Neste trabalho incluiu-se apenas as mães cujos filhos possuíam até três meses de idade, que responderam à escala de depressão pós-parto (EPDS). A amostra final foi de 221 pares mães-filhos, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

3.2.3 Coleta dos Dados

A pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” teve seus dados coletados no dia 13 de agosto de 2011, durante o “dia D” da campanha de vacinação contra a poliomielite no Distrito Federal. Foram entrevistadas as mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram às unidades de saúde selecionadas. No entanto, realizaram-se outras duas investigações em públicos com faixas etárias específicas, que seguem: triagem para depressão pós-parto, em mães de crianças até 3 meses de idade; e dosagem de hemoglobina, para crianças de 6 meses a menos de 1 ano de idade, conforme o cálculo amostral.

O formulário utilizado para a coleta de dados (Anexo B) foi previamente testado, e era adaptado do formulário utilizado na Chamada Neonatal realizada nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros(52). O formulário foi aplicado por meio do *Personal Digital Assistant* (PDA). As questões incluíram informações sobre as características sociodemográficas da família e recebimento de bolsa família, informações sobre a mulher como atenção pré-natal, ao parto e tempo de peregrinação, intercorrências, necessidade de transferência para outro serviço de saúde, sintomas de depressão pós-parto, satisfação da usuária sobre o serviço de pré-natal e do parto, aspectos da humanização, questões de violência nos serviços e complicações graves – *near miss* materno. Sobre a criança, perguntou-se sobre peso ao nascer e idade gestacional por ocasião do parto, monitoração do crescimento, intercorrências, práticas de alimentação e, em uma subamostra, dosou-se a hemoglobina.

3.2.4 Variáveis Estudadas

Do formulário da pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” (Anexo B) foram utilizadas as variáveis independentes referentes à mulher (idade, raça/cor, escolaridade, se fez o pré-natal, número de consultas no pré-natal, se recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, tipo de parto, contato pele a pele na 1^o hora de vida do bebê, morbidade materna grave – *near miss* e sintomas de depressão pós parto) e à criança (sexo e peso ao nascer), e como variáveis dependentes a introdução de água, chá, suco de fruta natural, frutas, outros leites, mingau com e sem leite, não ofertar o leite materno e estar em aleitamento materno exclusivo.

As questões referentes à depressão pós-parto foram baseadas na versão resumida da escala de Edimburgo(53) e suas respectivas pontuações foram também consideradas para se classificar os casos de DPP. Foram consideradas com sintomas de depressão pós-parto as mulheres que apresentaram pontuação acima de 5 pontos na somatória da pontuação de cada questão.

Para a classificação de *near miss* materno utilizaram-se os critérios da OMS(54) (intubação, pré-eclâmpsia, histerectomia e transfusão de sangue), transferência para UTI(40,55), como índice de complexidade do cuidado e sangramento 3 dias após o parto (critério utilizado para se identificar os casos de transfusão de sangue). Para a transfusão de sangue, o critério da OMS preconiza valores maiores que 5 unidades de sangue. Contudo, por ser o questionário autoinformado, esse valor não foi considerado. Outros autores também propõem a redução deste valor, para se adequar à realidade do local(56,57).

3.2.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico SPSS 20.0 e o STATA 8.0.

Para a análise das variáveis independentes referentes à mulher (idade, raça/cor, escolaridade, se fez o pré-natal, número de consultas no pré-natal, se recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, tipo de parto, contato pele a pele na 1^o hora de vida do bebê, morbidade materna grave – *near miss* e sintomas de depressão pós parto) e à criança (sexo e peso ao nascer), com os desfechos introdução de água, chá, suco de fruta natural, frutas, outros leites, mingau com e sem leite, não ofertar o leite materno e estar em aleitamento materno exclusivo (AME), realizou-se análises bivariadas pelo teste qui-quadrado no pacote estatístico SPSS 20.0, considerando significativos os valores de $p < 0,05$. Para os cruzamentos onde o número de informações nas células era menor que cinco, foi utilizada Correção de Yates para o Teste do Qui-Quadrado. Para as análises multivariadas utilizou-se o STATA 8.0, sendo realizada regressão de Poisson, obtendo as Razões de Prevalência ajustadas pelas variáveis idade e escolaridade da mãe, tipo de parto, contato pele a pele, peso ao nascer, número de consultas pré-natal, orientação de AM no pré-natal, para cada um dos desfechos estudados.

3.2.6 Aspectos Éticos

A Pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade de Brasília com o protocolo nº 130/10 de 09 de fevereiro de 2011, conforme documento de aprovação (Anexo C).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO 1

Fatores associados à introdução precoce de líquidos no primeiro mês de vida

4.2 ARTIGO 2

Podem a morbidade materna grave e a depressão pós-parto estarem associadas com a introdução muito precoce de alimentos nos primeiros três meses de vida?

4.1 ARTIGO 1

(Submetido ao periódico “Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil”, conforme Anexo D).

Fatores associados à introdução precoce de líquidos no primeiro mês de vida

Factors associated with early introduction of liquids in the first month of life

Amanda Souza Moura¹

Gisele Ane Bortolini²

Muriel Bauerman Gubert³

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

2. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

3. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Resumo

Objetivos: Investigar fatores associados à introdução precoce de líquidos na alimentação de crianças com até um mês de vida. **Métodos:** Análise dos dados secundários da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno de 2008 nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Avaliou-se a frequência da introdução de outros líquidos, além do leite materno e a associação da introdução precoce desses alimentos com variáveis maternas e variáveis da criança por meio de análise bruta e ajustada. **Resultados:** 2963 crianças com até 30 dias de vida foram incluídas no estudo, dessas 13,6% já haviam recebido água, 15,3% chá e 18% outros leites. A introdução precoce de água e chá foi associada ao fato das mães serem adolescentes <18 anos, sendo que a introdução precoce de mingau foi mais frequente em mães com baixa escolaridade. Crianças que faziam uso de chupeta apresentaram chance 4 vezes maior de receber outro líquido quando comparadas à crianças que não usavam bico. **Conclusões:** A baixa escolaridade materna, mães adolescentes e o uso de chupeta foram associados à introdução precoce de outros líquidos no 1º mês de vida da criança. A introdução de outros líquidos nesse período compromete o aleitamento materno. Portanto, conclui-se que determinados grupos merecem mais atenção como as mães mais jovens e que possuem baixa escolaridade.

Palavras-chave: aleitamento materno, desmame, fatores de risco, alimentação artificial

Abstract

Objectives: To investigate factors associated with early introduction of liquids in food for infants up to one month of life. **Methods:** Analysis of data from the Second Survey on the Prevalence of Breastfeeding, 2008 in Brazilian capitals and the Federal District. We evaluated the frequency of introduction of other liquids other than breast milk and the association of early introduction of these foods to maternal variables and child variables. **Results:** 2963 infants up to 30 days of life were included in the study, 13.6% of these had received water, tea 15.3% and 18% other milks. The early introduction of water and tea was linked to the fact that mothers were adolescents <18 years, and the early introduction of porridge was more frequent in mothers with low education. Children who used a pacifier had 4 times greater chance of receiving other liquid when compared to children who did not use spout. **Conclusions:** The low maternal education, teenage mothers and pacifier use and were associated with early introduction of other liquids in the 1st month of the child's life. The introduction of other liquids that period undermines breastfeeding. Therefore, it is concluded that certain groups deserve more attention as younger mothers and have low education.

Keywords: breastfeeding, weaning, risk factors

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que crianças menores de seis meses de vida sejam amamentadas exclusivamente, ou seja, somente com leite materno, sem oferta de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais e medicamentos. Após esse período o aleitamento materno deve ser complementado com outros alimentos saudáveis, até os dois anos ou mais¹.

Ambos reforçam a importância do aleitamento materno, embasados em estudos científicos que comprovam que o leite humano possui fatores que protegem a criança contra diarreias e infecções respiratórias, e que além disso, promove o vínculo entre mãe e filho e benefícios para a saúde da mulher, como a redução nos riscos de desenvolver câncer de mama e ovário¹. O AM, isoladamente, previne em até 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis².

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS (2006) mostrou que apenas 48% das crianças com até um mês de vida estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista com a mãe, 14,7% já haviam recebido outros líquidos como água ou chá e 18% estavam sendo alimentadas com leite não-materno³. Em 2008, outra pesquisa nacional apontou que apenas 41% das crianças menores de seis meses de vida estavam em aleitamento materno exclusivo⁴.

O abandono precoce do aleitamento materno (AM), em especial do aleitamento materno exclusivo (AME), tem gerado uma preocupação de caráter mundial sobre a temática, visto que esta prática está associada com a predisposição da criança em desenvolver alergias, maiores riscos de adoecimento, especificamente doenças respiratórias e diarreias². O risco de morrer por doenças infecciosas pode chegar a ser seis vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas⁵. O uso de chupetas e mamadeiras, a suplementação do leite materno com água e chás é desaconselhável, pois estão associados com o desmame precoce¹.

Poucos estudos em âmbito nacional têm como objetivo principal procurar identificar os fatores associados com a introdução de outros líquidos no primeiro mês de vida. A grande maioria dos trabalhos encontra fatores associados à introdução de outros alimentos antes dos seis meses de idade. Porém, a avaliação da prática muito precoce, nos primeiros trinta dias de vida, pode ser importante para identificar possíveis fatores que podem propiciar a introdução muito precoce de outros alimentos, aumentando o risco do abandono do aleitamento materno exclusivo⁶. Portanto, este artigo tem como objetivo avaliar os fatores associados à introdução, no primeiro mês de vida, de água, chá, suco de fruta, outros leites e mingau na alimentação da criança, entendendo que esses resultados podem ser úteis para o desenho e fortalecimento de ações de promoção e proteção do AM no Brasil.

Métodos

Estudo transversal de base populacional a partir dos dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Os dados foram coletados na segunda etapa da campanha de multivacinação infantil no ano de 2008, envolvendo crianças menores de um ano de idade que compareceram com suas mães nos postos de vacinação, selecionadas por meio de sorteio sistemático.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado com questões fechadas sobre o consumo de leite materno nas últimas 24 horas, outros tipos de leite e outros alimentos, água e outros líquidos, conforme recomendação da OMS⁶, além de informações sobre o uso de chupetas e mamadeiras. Foram coletadas também características das crianças (idade, sexo, peso ao nascer, local de moradia, local de nascimento, local da consulta de rotina e aleitamento materno na primeira hora de vida) e das mães (idade, primiparidade, escolaridade, tipo de parto e situação empregatícia). O questionário foi aplicado aos acompanhantes das crianças selecionadas, com dados representativos para as 27 capitais brasileiras.

Para o presente estudo foram selecionadas apenas as crianças com até 30 dias de vida (2.963 crianças, de um total de 34.366 pesquisadas) e utilizadas as variáveis independentes referentes à mulher (idade, condição de trabalho, escolaridade, primiparidade e tipo de parto) e à criança (sexo, peso ao nascer, aleitamento materno na 1^o hora de vida, local da consulta de rotina e uso de chupeta), e como variáveis dependentes o consumo de água, chá, suco de fruta natural, outros tipos de leite e mingau.

Utilizou-se SPSS 20.0 para análise dos dados. Para verificar a associação de cada variável dependente estudada com as variáveis independentes foi realizada análise bivariada, utilizando-se o teste qui-quadrado considerando valor de $p < 0,05$. Na análise da escolaridade, primiparidade e peso ao nascer, controlou-se pela faixa etária da mãe, buscando minimizar vieses. Realizou-se ainda uma análise multivariada por regressão logística para cada desfecho, incluindo todas as variáveis independentes do modelo, obtendo os valores de odds ratio ajustado e o respectivo intervalo de confiança (95%) para cada variável dependente.

A amostra desenvolvida para cada município da pesquisa é considerada equiprobabilística ou autoponderada, evitando a necessidade de ponderação posterior.

A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal utilizou o consentimento verbal dos participantes e foi aprovada pelo Comitê de ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo com o protocolo nº 001/2008 de 06 de maio de 2008.

Resultados

Foram incluídos no estudo os dados de 2.963 crianças com até 30 dias de vida. Os dados apontam que 13,6% das crianças já haviam recebido água no primeiro mês de vida, 15,3% chá e 18% outros leites. Quanto à introdução precoce de suco natural de fruta e mingau os percentuais foram, 4,2% e 5%, respectivamente.

A Tabela 1 apresenta os dados das características das mães e crianças pesquisadas. Entre as crianças 50,2% eram do sexo feminino, a maioria apresentou peso adequado ao nascer (92,4%) e cerca de 68% mamaram na 1ª hora de vida. Destaca-se que entre as crianças, 70,3% já estavam fazendo uso de chupetas. Com relação às mães, 42,4% tinham entre 25-35 anos, a maior parte não trabalhava fora (66,4%) e 45,8% tinham até 12 anos de estudo.

Nas análises brutas, a introdução de água e chá foram associadas a todas as características maternas estudadas ($p < 0,05$) conforme a Tabela 2, com destaque para a faixa etária, onde as mães adolescentes (< 18 anos) foram as que mais ofereceram esses líquidos, assim como o suco e o mingau, ao contrário das mulheres mais velhas (> 35 anos) que foram as que mais introduziram outros leites. A introdução precoce de água, mingau e outros leites foi associado à condição da mãe trabalhar fora, contrariamente as mães em licença maternidade foram as que menos introduziram esses líquidos. Ainda com relação à introdução de água e chá, as primíparas foram as que mais introduziram esses líquidos no primeiro mês.

Ainda nas análises brutas, no que se refere à escolaridade o comportamento foi bem variado entre as mães. As mulheres sem escolaridade ofereceram mais suco, as com até 9 anos de estudo foram as que mais introduziram o mingau e as com mais de 12 anos de estudo ofereceram com maior frequência outros leites (Tabela 2). Em relação ao tipo de parto foi possível identificar que a cesariana foi associada à introdução de todos os líquidos, exceto suco natural de fruta.

Em relação às características da criança, a Tabela 2 mostra que os fatores associados à introdução de água foram o peso ao nascer e o uso de chupeta, sendo que as crianças com peso maior que 2500g e as que usavam chupeta foram as que mais receberam água no primeiro mês. Para a introdução de chá, suco de fruta, outros leites e mingau todas as características da criança analisadas apresentaram associação significativa. Vale ressaltar que as crianças que mais receberam suco de fruta e outros leites foram as do sexo feminino, que consultavam-se em serviço de saúde particular, aquelas com baixo peso ao nascer, e as que usavam chupeta. Contrariamente, a introdução de chá e mingau foi maior nas crianças do sexo masculino e que tinham como local da consulta de rotina o serviço público.

Ao investigar a amamentação na primeira hora de vida, observou-se que as crianças que não atendiam a essa condição foram as que mais receberam chá, outros leites e mingau. O uso de chupeta se mostrou ainda mais evidente para a introdução desses líquidos, se mostrando associado a todos os desfechos (Tabela 2).

Ao realizar análise ajustada (Tabela 3) todas as variáveis independentes investigadas permaneceram associadas à introdução precoce de chá, com exceção do peso ao nascer. Crianças que faziam uso de chupeta apresentaram 2,89 mais chances de receber água do que as crianças que não usam chupeta. Também, após ajuste todas variáveis maternas e da criança permaneceram associadas ao consumo precoce de chá, suco de fruta natural, outros leites e mingau, com exceção da variável local da consulta que não foi associada à introdução de mingau. Crianças que usam chupeta, as que nasceram com menos de 2.500 gramas e as que eram filhos de mães adolescentes apresentaram chance três vezes maior de consumir chá. Crianças filhas de mães que trabalham fora e as que realizam as consultas de acompanhamento por convênio ou particular apresentaram 4 vezes mais chances de consumir suco precocemente. O uso de chupeta aumenta em 4 vezes a chance da criança consumir outro leite e em 3 vezes a chance de consumir mingau.

Discussão

Apesar das taxas de aleitamento terem crescido nos últimos anos, o Brasil ainda está distante do patamar recomendado pela OMS de 90% a 100% das crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e a introdução de outros líquidos e alimentos ainda está se iniciando cedo (antes de 30 dias)^{4,7}, como mostrou o presente estudo onde 18% das crianças já haviam recebido outros leites no primeiro mês de vida.

Estudos anteriores a este buscaram avaliar os fatores relacionados à introdução precoce de outros alimentos ou líquidos, no entanto poucos investigaram a associação de fatores maternos e da criança para a introdução no primeiro mês de

vida^{8,9,10}. Por se tratar de período crucial para o estabelecimento do aleitamento materno e considerando que as maiores dificuldades podem ocorrer nesse período, os primeiros dias de vida, tornam-se importantes estudos que procurem verificar quais fatores podem interferir na amamentação no primeiro mês de vida e no aumento do risco de desmame precoce. Nesse sentido o presente estudo espera contribuir para a literatura sobre a temática evidenciando os fatores que se associam com a introdução precoce de água, chá, suco de fruta, outros leites e mingau para crianças com até trinta dias de vida.

Os resultados evidenciaram que a introdução precoce de alimentos, especificamente até os trinta dias de vida da criança, está associada a diversos fatores, maternos e infantis. Destaca-se que com relação à mãe, a pouca idade, a baixa de escolaridade e o trabalho mostraram-se associados à introdução de água e mingau. O estudo revelou ainda que a primiparidade também foi determinante para a introdução desses líquidos, aumentando as chances da mãe oferecê-los ainda no primeiro mês de vida da criança.

Os resultados apontam ser necessária uma atenção aos fatores que estão relacionados à introdução precoce de outros líquidos, com destaque para os fatores maternos, pois outros estudos já demonstraram que esses fatores, além de propiciarem a cessação do AME^{11,12} também estão relacionados com uma menor duração da amamentação^{8,13,11,14,15}. Agrega-se a isso o fato de que a prática do aleitamento diminui rapidamente com o aumento da idade da criança⁸.

A introdução de outros alimentos nos primeiros trinta dias de vida já havia sido documentada em estudo na região nordeste do Brasil, que apontou que 88% das crianças menores de um mês já consumiam chá e/ou água¹⁴. A introdução inoportuna de alimentos complementares na dieta de crianças menores de 6 meses pode contribuir para a interrupção completa do aleitamento materno¹⁷. Quando ocorre no primeiro mês de vida, pode ocasionar diversas complicações para a saúde da criança, dentre elas a anemia, por exemplo, muito prevalente no Brasil (PNDS)^{3,18} e maior suscetibilidade a doenças infecciosas, em especial a diarreia¹⁶.

Outros fatores observados também merecem atenção, como as questões relacionadas à criança, com destaque para a amamentação na primeira hora de vida, que se mostrou como um importante fator de proteção para a não introdução

de outros líquidos, exceto o suco. Por outro lado, o baixo peso ao nascer aumentou as chances para que a criança receba outros líquidos, com exceção da água. Ainda mais preocupante foi o resultado encontrado quanto ao uso da chupeta, observou-se que as crianças que faziam uso desse utensílio tinham até 4 vezes mais chances de receber qualquer um dos líquidos estudados quando comparadas às crianças que não usavam. Esses dois últimos resultados foram semelhantes ao encontrado em outro estudo¹⁹. Isso mostra a especial atenção que deve ser dada ao período do pré-natal, pois é nesse momento que podem ser tomadas medidas preventivas quanto ao nascimento de bebês de baixo peso, que propiciem um crescimento intra-uterino adequado e que reduzam as chances de um parto prematuro. Além disso, o acompanhamento da gestante durante as consultas permite que o profissional de saúde possa orientar a futura mãe quanto à alimentação da criança, essencialmente quanto à importância do aleitamento materno exclusivo e ao não uso de utensílios que possam interferir na amamentação, como a chupeta.

Iniciativas brasileiras para a promoção do aleitamento materno, ainda na maternidade, tem tido êxito na contribuição para o estabelecimento da amamentação, como é o caso da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru, pois possuem diretrizes baseadas em práticas comprovadamente benéficas para o sucesso do aleitamento materno^{20,21,22,23}. Essas iniciativas podem ainda reduzir a ocorrência dos achados negativos desse estudo, ao passo que estimulam a amamentação na primeira hora de vida da criança, o contato pele a pele de recém-nascidos de baixo peso com suas mães e esclarecem os profissionais quanto a importância do apoio e auxílio a amamentação ainda nos primeiros dias de vida do bebê.

No que se refere ao local onde essa criança era atendida, o presente estudo mostrou que as crianças que tinham como local da consulta de rotina o serviço particular tinham mais chances de receber outros leites e suco de fruta quando comparadas às crianças atendidas no serviço público. Esse achado evidencia que as atuais políticas públicas de promoção da amamentação e da alimentação infantil adequada estão qualificando a atenção prestada no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para que um maior número de crianças não receba alimentos ou líquidos precocemente.

Estratégias direcionadas para a promoção da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, também podem contribuir para a melhoria do panorama atual da alimentação infantil. Nos últimos 5 anos, o Brasil passou a investir em ações de promoção da alimentação infantil saudável voltadas para a atenção básica, considerando a importância do acompanhamento da alimentação da criança após a saída da maternidade. As ações da Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) vem contribuindo desde 2008 e 2009, respectivamente, para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos²⁴. Essas duas ações foram unidas em uma Estratégia Nacional denominada de Amamenta e Alimenta Brasil²⁵. Espera-se que a continuidade dessas ações, além de outras como a Rede Cegonha²⁶ que propõe um novo modelo de atenção materno-infantil possam contribuir para a melhoria de indicadores de saúde relacionados a esse público, pois dão enfoque a qualidade da atenção no período pré-gestacional, gestacional, pós parto, nascimento e primeiros anos de vida da criança.

Diante desse cenário, cabe um esforço ainda maior de governantes para o fortalecimento das políticas voltadas para a promoção de práticas e ações que incentivem não só a amamentação, mas também orientem a introdução de outros alimentos, estimulem boas práticas de atenção à gestação, parto e nascimento em todas as esferas de atenção à saúde.

Faz-se necessário também reforçar aos profissionais de saúde que lidam com mães e crianças, que determinados grupos são mais suscetíveis a introduzir alimentos precocemente, como as mães mais jovens, que possuem baixa escolaridade e que terão o primeiro filho. Para essas mulheres é essencial a orientação quanto ao aleitamento materno e sobre os riscos que a introdução precoce de outros alimentos pode ocasionar para a saúde da criança, para isso os profissionais de saúde podem fazer uso de técnicas recomendadas para orientar a amamentação, como o Aconselhamento, uma importante técnica didática que permite ao profissional entender melhor como abordar a temática da amamentação, fornecendo apoio e fortalecendo a autoconfiança da mulher²⁷.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, [S.I.], 2003; 362: 65-71.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.I.], 2000; 355:, 451-5.
6. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, D. C. 2008.
7. World Health Organization. Infant and young child nutrition. In: 55a Assembléia Mundial da Saúde; 2002; 1-4.
8. Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2003; 3(1):85-93.

9. Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11):2253-2262.
10. do Espirito Santo LC. Fatores associados a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida na duração da amamentação. [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
11. Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Júnior ALC, de Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(10):4139-4146.
12. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2002; 36(3):313-8.
13. Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9:40-6.
14. Marques NM, Lira PIC, Lima MC, da Silva NL, Filho MB, Sharon RA. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics*. 2001; 108(4).
15. Volpini, C. C. A. Moura, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Revista de Nutrição de Campinas*. 2005;18(3):311-319.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press [periódico online]. 2001 [acesso em: 26 set. 2013]. 2: 10p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.09.pdf
17. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática Alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do estado da Paraíba, Brasil. *Revista de Nutrição*. 2011; 24(4):553-563.

18. OLIVEIRA MAA, OSORIO MM.. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. *Jornal de Pediatria*. 2005: v.81, n.5, p. 361-367.
19. Chaves RG, Lamounier JA. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*. 2007; 83(3):241-246.
20. da Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, da Silveira RB. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2008: 8 (3): 275-284.
21. Vannuchia MTO, Monteiro CA, Réa, MF, Maffei SA. Matsuo, T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia, *Revista de Saúde Pública*. 38(3)422-8, 2004.
22. de Almeida H, Venancio SI, Sanches MT, Onuki D. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):250-253.
23. Lutter, C K. et al. The Effectiveness of a Hospital-Based Program to Promote Exclusive Breast-Feeding among Low-Income Women in Brazil. *American Journal of Public Health*. 1997: Vol. 97, nº4.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2010). Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920 de 05/09/2013. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. [acesso em 17 dez 2013].
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24/06/2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. [acesso em 05 set 2013].
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

27. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J Pediatr. 2004. 80(5 Supl):126-130.

Tabela 1 - Características da amostra de mães e crianças avaliadas no estudo. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008.

Variáveis	n	%
Maternas		
Faixa etária		
<18	221	8,7
18-24	1013	39,7
25-35	1081	42,4
>35	235	9,2
Condição de trabalho		
Trabalha fora	193	8,0
Não trabalha fora	1608	66,4
Licença maternidade	619	25,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	47	1,8
Até 9 anos de estudo	1000	39,2
Até 12 anos de estudo	1168	45,8
Acima de 12 anos de estudo	337	13,2
Primeiro filho		
Sim	1197	47,4
Não	1327	52,6
Tipo de parto		
Normal	1489	50,7
Cesárea	1447	49,3
Infantis		
Sexo da criança		
Masculino	1476	49,8
Feminino	1487	50,2
Local da consulta de rotina		
Serviço particular ou convênio	567	27,3
Serviço público	1511	72,7
Peso ao nascer		
Menor ou igual a 2500g	214	7,6
Maior que 2500g	2598	92,4
Mamou na 1ª hora de vida		
Sim	1895	67,7
Não	903	32,3
Usou chupeta		
Sim	2049	70,3
Não	866	29,7

Tabela 2 - Análise bivariada das variáveis maternas e da criança sobre a introdução de água, chá, suco de fruta, outro leite e mingau no primeiro mês de vida. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008 (continua).

	Água			Chá			Suco de fruta natural			Outro Leite			Mingau		
	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>
Variáveis maternas															
Faixa etária															
<18	40	18,5	<0,001	46	24,0	<0,001	7	5,9	<0,001	18	12,8	<0,001	12	8,3	<0,001
18-24	145	15,8		128	12,7		39	5,6		131	13,3		53	6,6	
25-34	123	10,5		132	16,0		34	3,0		173	18,7		41	3,9	
>35	38	15,9		31	16,2		7	4,9		53	22,9		11	4,4	
Condição de Trabalho															
Trabalha fora	37	17,7	<0,001	29	12,1	<0,001	14	4,9	<0,001	45	21,9	<0,001	12	7,4	<0,001
Não trabalha fora	218	13,9		225	16,8		58	5,4		219	16,8		74	5,7	
Licença maternidade	57	9,3		58	12,8		7	1,3		95	15,7		8	1,3	
Escolaridade [*]															
Sem escolaridade	7	9,6	<0,001	7	8,0	<0,001	1	0,4	<0,001	9	12,3	0,019	3	7,3	<0,001
Até 9 anos de estudo	160	17,6		167	19,7		44	61,9		148	19,5		68	8,7	
Até 12 anos de estudo	140	11,0		141	15,0		31	26,8		150	12,5		30	2,8	
> de 12 anos de estudo	43	13,1		26	5,9		11	10,9		74	24,7		13	3,7	
Primeiro filho [*]															
Sim	185	14,6	<0,001	180	16,1	0,001	47	4,4	0,616	184	16,8	0,220	57	5,2	0,420
Não	159	13,0		157	15,1		39	4,5		189	16,4		56	5,3	
Tipo de Parto															
Normal	197	14,0	<0,001	213	16,3	<0,001	50	4,1	0,166	189	15,0	<0,001	66	4,9	0,003
Cesárea	203	12,8		183	13,6		50	3,9		271	20,5		66	5,4	

Conclusão

Tabela 2 - Análise bivariada das variáveis maternas e da criança sobre a introdução de água, chá, suco de fruta, outro leite e mingau no primeiro mês de vida. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008.

	Água			Chá			Suco de fruta natural			Outro Leite			Mingau		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Variáveis da Criança															
Sexo															
Masculino	201	13,5	0,487	208	16,4	<0,001	48	3,9	0,001	230	17,3	0,002	75	6,0	<0,001
Feminino	205	13,7		194	14,2		54	4,4		237	18,3		59	4,2	
Onde Consulta de rotina															
Particular ou convênio	73	12,5	0,570	59	12,2	<0,001	26	5,8	<0,001	135	28,6	<0,001	18	3,3	0,001
Serviço público	196	12,7		240	17,5		51	3,2		215	15,0		62	4,0	
Peso ao nascer*															
Menor ou igual a 2500g	34	9,6	<0,001	31	21,9	<0,001	14	4,9	0,001	53	25,6	<0,001	19	7,3	<0,001
Maior que 2500g	344	13,1		354	14,9		83	3,9		386	16,7		104	4,6	
Mamou na 1ª hora															
Sim	261	13,5	0,524	248	14,5	<0,001	73	4,6		247	14,5	<0,001	83	5,0	0,008
Não	125	13,7		127	16,1		24	3,0	<0,001	195	23,6		43	5,5	
Usou chupeta															
Sim	187	21,6	<0,001	195	24,2	<0,001	48	6,8	<0,001	251	31,4	<0,001	73	9,5	<0,001
Não	212	10,0		197	11,2		54	3,0		207	10,9		59	3,1	

ajustada pela faixa etária da mãe

Tabela 3 - Análise ajustada do efeito das variáveis maternas e da criança sobre a introdução de água, chá, suco de fruta, outro leite e mingau no primeiro mês de vida. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008(continua).

	n	Água		Chá		Suco de fruta natural		Outro Leite		Mingau	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Variáveis maternas											
Faixa etária											
<18	40	1,31 (1,11-1,55)	0,001	1,04 (0,89-1,21)	0,601	0,65 (0,47-0,88)	0,007	0,35 (0,29-0,41)	<0,001	1,11(0,82-1,50)	0,467
18-24	145	1,20 (1,05-1,37)	0,005	0,59 (0,52-0,66)	<0,001	1,33 (1,05-1,69)	0,016	0,42 (0,38-0,48)	<0,001	1,31 (1,03-1,67)	0,023
25-34	123	0,75 (0,66-0,85)	<0,001	0,92 (0,82-1,02)	0,146	0,95 (0,76-1,20)	0,715	0,64 (0,58-0,71)	<0,001	0,82 (0,65-1,04)	0,110
>35	38	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Condição de Trabalho											
Trabalha fora	37	1,68 (1,48-1,91)	<0,001	0,78 (0,68-0,89)	<0,001	4,01(3,19-5,05)	<0,001	1,68 (1,49-1,89)	<0,001	3,48 (2,67-4,54)	<0,001
Não trabalha fora	218	1,00 (0,91-1,09)	0,971	0,77 (0,71-0,83)	<0,001	3,47 (2,89-4,17)	<0,001	1,21 (1,12-1,31)	<0,001	2,45 (2,00-3,01)	<0,001
Licença maternidade	57	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Escolaridade*											
Até 9 anos de estudo	160	0,88 (0,78-0,99)	0,043	2,98 (2,60-3,41)	<0,001	1,54 (1,25-1,88)	<0,001	0,87 (0,78- 0,96)	0,011	1,59 (1,25-2,03)	<0,001
Até 12 anos de estudo	140	0,57 (0,51-0,64)	<0,001	2,47 (2,17-2,81)	<0,001	0,77 (0,63-0,93)	0,007	0,47 (0,43-0,52)	<0,001	0,26 (0,19-0,34)	<0,001
> de 12 anos de estudo	43	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Primeiro filho*											
Sim	185	1,10 (1,01-1,19)	0,016	1,24 (1,15-1,34)	<0,001	1,74 (1,52-2,00)	<0,001	1,29 (1,20-1,39)	<0,001	1,26 (1,09-1,46)	0,001
Não	159	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Tipo de Parto											
Normal	197	1,29 (1,20-1,39)	<0,001	1,17 (1,09-1,26)	<0,001	1,22 (1,07-1,40)	0,002	1,16 (1,08-1,25)	<0,001	0,86 (0,74-0,98)	0,034
Cesárea	203	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	

Conclusão

Tabela 3 - Análise ajustada do efeito das variáveis maternas e da criança sobre a introdução de água, chá, suco de fruta, outro leite e mingau no primeiro mês de vida. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2008.

	n	Água		Chá		Suco de fruta natural		Outro Leite		Mingau	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Variáveis da Criança											
Sexo											
Masculino	201	0,83 (0,78-0,89)	<0,001	0,89 (0,83-0,95)	<0,001	1,33 (1,18-1,50)	<0,001	0,95 (0,89-1,02)	0,199	1,73 (1,52-1,97)	<0,001
Feminino	205	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Onde Consulta de rotina											
Particular ou convênio	73	1,10 (1,00-1,21)	0,031	0,73 (0,67-0,80)	<0,001	3,64 (3,15-4,21)	<0,001	1,87 (1,72-2,03)	<0,001	0,83 (0,68-1,01)	0,065
Serviço público	196	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Peso ao nascer											
Menor ou igual a 2500g	34	0,91 (0,80-1,03)	0,151	3,19 (2,91-3,50)	<0,001	2,10 (1,76-2,50)	<0,001	1,97(2,78-2,18)	<0,001	2,68 (2,26-3,17)	<0,001
Maior que 2500g	344	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Mamou na 1ª hora											
Sim	261	0,74 (0,69-0,79)	<0,001	0,80 (0,75-0,86)	<0,001	1,31 (1,15-1,39)	<0,001	0,49 (0,45-0,52)	<0,001	0,82 (0,72-0,93)	0,004
Não	125	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Usou chupeta											
Sim	187	2,89 (2,70-3,10)	<0,001	3,13(2,93-3,34)	<0,001	2,31(2,05-2,60)	<0,001	4,29 (4,02-4,58)	<0,001	2,99 (2,63-2,40)	<0,001
Não	212	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	

4.2 ARTIGO 2

Podem a morbidade materna grave e a depressão pós-parto estarem associadas com a introdução muito precoce de alimentos nos primeiros três meses de vida?

Amanda Souza Moura¹

Douglas dos Santos Moreira²

Muriel Bauermann Gubert³

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
2. Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
3. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Resumo

Objetivos: Investigar a associação da morbidade materna grave (casos de *near miss*) e da depressão pós-parto (DPP) com a introdução precoce de líquidos e alimentos na alimentação de crianças com até três meses de vida. Métodos: Análise dos dados da “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF) em 2011”. Avaliou-se a razão de prevalência da introdução de outros líquidos e alimentos, além do leite materno em mulheres com e sem *near miss* e DPP. Resultados: 221 pares mãe-criança com até 3 meses de vida foram incluídas no estudo. As mães com DPP introduzem com mais frequência outros leites (24,7%), 12,0% não ofertam o leite materno e a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) neste grupo é menor quando comparada as mães sem DPP. As mães com *near miss* têm menor prevalência de AME e introduzem com mais frequência (27,7%) outros leites, quando comparadas as mães que não são casos de *near miss*. Conclusões: Nenhum dos dois fatores estudados (DPP e *near miss*) foi determinante para a introdução precoce de chá, suco e mingau com leite. Porém, em ambas as situações, as condições maternas desfavoráveis (presença de DPP ou *near miss*) influenciaram na introdução de outros leites e na menor prevalência do AME.

Palavras-chave: depressão pós-parto; morbidade; mortalidade materna, aleitamento materno

Abstract

Objectives: To investigate the association of severe maternal morbidity (near miss cases) and postpartum depression (PPD) with the early introduction of liquids and food in the feeding of children up to three months. **Methods:** Analysis of data from the "Call Screening: Diagnosis of health conditions and health care for maternal and child population in the Federal District (DF) on line 2011." We assessed the prevalence rate of introduction of other liquids and foods in addition to breast milk in women with and without near miss and DPP. **Results:** 221 mother-infant pairs with up to 3 months of life were included in the study. Mothers with PPD introduce other milk more frequently (24.7%), 12.0% did not proffer breastmilk and EBF prevalence in this group is lower when compared to mothers without PPD. Mothers with near miss have lower prevalence of EBF and introduce more frequently (27.7%) other milks compared mothers who are not cases of near miss. **Conclusions:** None of the two factors studied (DPP and near miss) was essential for the early introduction of tea, juice and porridge with milk. However, in both situations, adverse maternal conditions (presence of PPD or near miss) influenced the introduction of other milks and abandonment of EBF.

Keywords: postpartum depression, morbidity, maternal mortality, breastfeeding.

Introdução

São comprovados os benefícios do aleitamento materno para mães e crianças¹, no entanto, os últimos dados disponíveis mostram uma baixa prevalência (41%) de aleitamento materno exclusivo no Brasil até os seis primeiros meses de vida do bebê².

Situação tão preocupante quanto a interrupção do aleitamento materno é a introdução precoce de outros líquidos e alimentos na alimentação das crianças. Os últimos dados nacionais divulgados evidenciaram que as crianças estão recebendo chás, água, sucos, outros leites, frutas e até mesmo papas salgadas antes dos seis meses de vida, chegando a atingir 21% das crianças, no último caso².

Vários fatores estão associados a essa introdução precoce de líquidos e alimentos, sendo que os fatores relacionados à mãe têm grande influência: idade, escolaridade e condição de trabalho. Porém, existem ainda fatores poucos estudados, mas que apresentam potencial relação com a não ocorrência ou interrupção da amamentação e conseqüentemente com a introdução de outros alimentos, como a depressão pós-parto (DPP)³ e o *near miss* materno.

No Brasil a depressão pós-parto atinge em torno de 12% das puérperas⁴ e suas conseqüências afetam não somente a mulher, mas sua família e, principalmente, o recém-nascido, dificultando a interação mãe-filho. A amamentação é menos comum entre essas mulheres, não atingindo o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A não amamentação ou sua interrupção precoce pode desencadear em diversas complicações para a saúde da criança. Crianças não amamentadas ou amamentadas de forma não exclusiva nos primeiros seis meses tem mais chances de desenvolver alergias, infecções respiratórias e diarreias^{5,6}. Para a mulher os benefícios da amamentação vão desde a prevenção do câncer de mama e ovário¹, até a proteção hormonal natural contra depressão pós-parto³.

Complicações de ordem orgânica, doenças e manejo assistencial complexo, anteriores ou durante o parto, podem estar relacionados com a morbidade materna, desencadeando sequelas permanentes^{7,8,9} e problemas para o estabelecimento da

amamentação e da relação mãe-filho nos primeiros dias de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a morbidade materna grave é toda complicação obstétrica na gravidez, parto ou puerpério resultante de intervenções inadequadas, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos que resultam de uma combinação desses dois⁹.

A forma mais grave de morbidade materna são os casos de “*near miss*” (literalmente, “quase perda”), que é definido como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações que ocorreram durante a gestação, o parto ou em até 42 dias após o fim da gestação”¹⁰, descrevendo, geralmente, uma condição que não resultou em dano ou doença, mas tinha o potencial para fazê-lo¹¹.

Casos de *near miss* materno têm, ainda, a vantagem de não serem eventos tão raros como os casos de morte materna, provendo informação adequada, bem como serem raros o suficiente para não sobrecarregarem os profissionais e a coleta de dados em um estabelecimento¹¹. Estima-se que, para cada morte materna, ocorram 15 casos de *near miss* em média, variando de 9 a 108 casos¹².

Além do risco aumentado de óbito fetal, os recém-nascidos de mulheres com *near miss* apresentam maior risco de morrer na primeira semana de vida, de necessitar de cuidados em uma UTI ou de serem pequenos para a idade gestacional¹³.

Um estudo de âmbito nacional sugeriu que os eventos do tipo “*near miss*” ocorrem em cerca de 4% dos partos, principalmente aqueles que estão associados a alguma infecção, pré-eclâmpsia e hemorragia¹⁴. Raros estudos avaliam simultaneamente a relação da ocorrência de *near miss* materno e de sintomas de depressão pós-parto com o tipo de alimentação oferecida à criança. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar a associação da ocorrência da depressão pós-parto e da morbidade materna grave (casos de *near miss* materno) com a amamentação e com a introdução de alimentos em crianças com menos de três meses de vida.

Métodos

Trata-se de estudo transversal de base populacional, utilizando-se os dados da Pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)”. Os dados foram coletados no dia 13 de agosto de 2011, durante o “dia D” da campanha de vacinação contra a poliomielite no Distrito Federal, junto a mães de crianças menores de um ano de idade.

Na ocasião foram avaliados 1.048 pares mãe-filho que compareceram às unidades de saúde selecionadas, em todo o DF. O número de postos foi selecionado de forma proporcional à população de cada Região Administrativa (RA) do DF.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado previamente testado, baseado no utilizado na Chamada Neonatal realizada pelo Ministério da Saúde em 2010¹⁵. Os pesquisadores, previamente treinados, realizaram a coleta de dados em computadores portáteis (PDA – Personal Digital Assistant), contendo questões fechadas sobre o consumo de leite materno nas últimas 24 horas, outros tipos de leite e outros alimentos, água e outros líquidos, conforme recomendação da OMS¹⁶, além de dados referentes à atenção ao pré-natal, parto e puerpério e questões relacionadas a sintomas de depressão pós-parto baseadas em versão resumida da escala de Edimburgo¹⁷. Foram coletados também dados antropométricos (peso e estatura) das crianças e suas mães.

Para o presente estudo foram selecionadas apenas as crianças menores de 3 meses de vida em virtude das questões referentes à sintomas de depressão pós-parto terem sido aplicadas somente às mães de crianças nessa faixa etária. Nesta pesquisa, portanto, a amostra será de 221 pares mãe-criança.

Foram utilizadas as variáveis independentes referentes à mulher (idade, raça/cor, escolaridade, se fez o pré-natal, número de consultas no pré-natal, se recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, tipo de parto, contato pele a pele na 1º hora de vida do bebê, morbidade materna grave e sintomas de depressão pós parto) e à criança (sexo e peso ao nascer), e como variáveis dependentes a introdução de água, chá, suco de fruta natural, frutas, outros leites,

mingau com e sem leite, não ofertar o leite materno e estar em aleitamento materno exclusivo.

Para a classificação do *near miss* materno utilizaram-se os critérios da OMS¹⁸ (intubação, pré-eclâmpsia, histerectomia, transfusão de sangue), a transferência para UTI, como índice de complexidade do cuidado^{7,19} e sangramento 3 dias após o parto (critério utilizado para se identificar os casos de transfusão de sangue). Para a transfusão de sangue, o critério da OMS preconiza valores maiores que 5 unidades de sangue. Contudo, por ser o questionário auto-informado, esse valor não foi considerado. Outros autores também propõem a redução deste valor, para se adequar à realidade do local^{20,21}.

Para análises bivariadas foi utilizado o Programa SPSS 20.0, sendo realizado teste do teste qui-quadrado, considerando significativos os valores de $p < 0,05$. Nas análises bivariadas, quando o número de observações nas células era menor que cinco, utilizou-se a Correção de Yates para o Qui-Quadrado. Para as análises multivariadas utilizou-se o STATA 8.0, sendo realizada regressão de Poisson, obtendo as razões de prevalência ajustadas pelas variáveis idade e escolaridade da mãe, tipo de parto, contato pele a pele, peso ao nascer, número de consultas pré-natal, orientação de AM no pré-natal, para cada um dos desfechos estudados.

A Pesquisa “Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal (DF)” foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade de Brasília com o protocolo nº 130/10 de 09 de fevereiro de 2011. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 221 pares mãe-criança elegíveis, apenas 204 foram avaliadas com relação a DPP, devido a exclusão de 17 casos por não-resposta. A DPP atingiu 6,3% das mulheres avaliadas. O *near miss* materno foi avaliado nos 221 casos e ocorreu em 29,1% das mulheres.

A tabela 1 mostra as características das mães e crianças estudadas. A maioria das crianças era do sexo feminino (50,8%) e tinham peso ao nascer maior ou igual a 2500g (89,6%). Com relação às mães, 47% tinha entre 25 e 35 anos, se designavam pardas cerca de 43% e grande parte tinha acima de 11 anos de estudo (42,6%). Ainda com relação às mães, no que se refere ao pré-natal e parto, 97,8% realizaram o pré-natal, 74,1% receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e a maioria (73,1%) teve os filhos por cesariana.

A tabela 2 mostra o resultado da análise bivariada das variáveis DPP e *near miss* materno com relação a introdução de outros alimentos e líquidos. Não houve casos de introdução de frutas e mingau sem leite. Pode-se observar que a presença de DPP não estava associada com a introdução de água, chá, suco e mingau com leite. As mães que não apresentaram sintomas de DPP introduziram mais esses líquidos quando comparadas àquelas com DPP ($p < 0,05$). No entanto, identificou-se que as mães com DPP têm mais dificuldades na manutenção do aleitamento materno, pois elas introduzem com mais frequência outros leites (24,7%), 12,0% não ofertam o leite materno e a prevalência de AME neste grupo é menor quando comparada as mães sem DPP.

A presença de morbidade materna grave, avaliada como os casos de *near miss* materno, (tabela 2) não esteve associada com a introdução de água e mingau com leite. Em relação à introdução de chá e suco não houve diferença segundo a presença de morbidade materna. Entretanto, de forma semelhante à DPP, mães em morbidade materna grave têm menor prevalência de AME e introduzem com mais frequência (27,7%) outros leites, quando comparadas as mães que não são casos de *near miss*.

A tabela 3 mostra a associação da DPP e MMG com a introdução de alimentos, ajustadas por fatores que tradicionalmente influenciam a introdução precoce. Após o controle, a presença de DPP foi fator de proteção para a introdução de água em crianças menores de 3 meses de vida. Já a MMG, manteve-se associado com a introdução de outro leite, mostrando-se como fator de risco para que a mulheres ofertem essa alimentação para seus filhos.

Discussão

Os dados demonstraram que nenhum dos dois fatores estudados (DPP e NM) foi determinante para a introdução precoce de chá, suco e mingau com leite. Porém, em ambas as situações, as condições maternas desfavoráveis (presença de DPP ou NM) influenciaram na introdução de outros leites e no abandono do AME.

Uma revisão sistemática qualitativa sobre a depressão pós-parto e o método de alimentação infantil, relatou que as mulheres que sofrem de depressão pós-parto têm maiores probabilidades de ter um novo episódio da doença, o que deixa seus filhos em condições vulneráveis, pois a interação mãe-filho pode ser prejudicada. Essa mesma revisão mostrou ainda que essas mulheres tem maior risco de terem dificuldades na amamentação, uma menor duração do aleitamento materno, principalmente o exclusivo e até mesmo a não amamentar, pois encontrou que a sintomatologia da DPP está relacionada com a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar²². Semelhante aos dados observados na presente pesquisa, onde a amamentação exclusiva foi menor nas mães com DPP quando comparadas as sem DPP, outro estudo demonstrou que o aleitamento materno exclusivo foi menor em mulheres com depressão pós-parto³.

A depressão pós-parto pode ser tratada com psicoterapia, terapias de grupo e medicamentos, no entanto algumas mulheres sentem-se inseguras de utilizar medicamentos com medo de que esses possam prejudicar a criança durante a gestação e após o parto na amamentação²².

Comumente, a DPP pode afetar a capacidade da mãe de realizar tarefas de cuidado relacionadas à criança, como amamentar, cuidar da higiene e imunização. Os sintomas como a falta de sono, letargia, falta de concentração e mau humor, podem interferir diretamente na capacidade da mãe de realizar essas tarefas²³. Essas condições podem levar a mulher a interromper a amamentação, e conseqüentemente a introduzir outros leites na alimentação da criança, como foi possível observar no presente estudo.

Vale ressaltar que a associação entre amamentação e DPP é influenciada bilateralmente. A amamentação pode ser um fator protetor para a DPP. Estudo de

revisão mostrou que a amamentação melhora algumas condições psicológicas da mulher, impedindo que ela desenvolva a depressão³. A mesma revisão relata, ainda, que a situação contrária, a interrupção da amamentação, pode piorar o quadro depressivo da mulher, uma vez que se torna uma experiência materna negativa³.

No que se refere à morbidade materna grave, a ocorrência desse agravo, na forma de casos *near miss* materno (em que a mãe quase morreu, mas sobreviveu) pode dificultar o estabelecimento da amamentação. As mulheres que passam por uma situação de *near miss* apresentam complicações graves como, por exemplo, hemorragias, pré-eclampsia e a sepse que podem levá-las a uma intervenção médica, como uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)²³. Essa intervenção pode dificultar a capacidade dessa mulher de oferecer os primeiros cuidados ao recém-nascido e, dessa forma, pela impossibilidade temporária da mãe em alimentar seu filho, podem ser utilizados outros métodos de alimentação da criança, como a introdução de fórmulas lácteas. Ainda que a mãe se recupere, muitas vezes a introdução já ocorreu e o aleitamento materno não se estabeleceu.

No presente estudo foi possível observar que, mesmo com a ocorrência do *near miss*, a amamentação estava presente. No entanto a introdução de outros leites e a não exclusividade do aleitamento materno ocorreu com maior frequência neste grupo. Pode-se concluir que o estado de saúde dessas mulheres pode dificultar a eficácia do estabelecimento da amamentação, uma vez que a necessidade de intervenção médica, o não estímulo estímulo da produção de leite, pode levar a uma baixa produção de leite logo após a alta. Isso pode ocasionar na necessidade da introdução de complementos por fórmulas infantis dificultando o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

Estudo já mostrou que o não contato da mãe com o recém-nascido na sala de parto pode reduzir a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida²⁴, o que, em casos de complicações maternas graves durante o parto, pode ocorrer. O contato pele a pele de mãe e bebê na primeira hora de vida tem efeitos positivos na duração da amamentação, na redução de ingurgitamento mamário e no reconhecimento do odor do leite materno pelo bebê²⁵.

Pouco se sabe sobre as repercussões de longo prazo de complicações graves relacionadas à gestação, que ameaçam a vida da mulher. As consequências

de tais eventos podem levar a efeitos adversos na mulher e na criança, afetando negativamente a qualidade de vida e persistindo por períodos extensos após o evento. Entre as possíveis repercussões, têm-se avaliado o impacto psicológico e a ocorrência de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e alterações na saúde sexual após o parto^{26,27}, ou seja, a DPP pode ser uma das consequências das complicações graves ocorridas durante a gestação e o puerpério (*near miss* materno), dificultando o estabelecimento do vínculo mãe-filho e, possivelmente, estimulando a introdução alimentar precoce.

Com isso, observa-se que os dados do presente estudo mostram que é necessário dar maior atenção às ações de manejo e promoção do AM entre mulheres com DPP e entre aquelas que passaram por situações de *near miss*. Ambos são fatores relacionados à interrupção do aleitamento materno, à introdução de outros leites e ao não estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

A DPP muitas vezes se inicia ainda na gestação o que diminui a probabilidade da mulher iniciar a amamentação³. Percebe-se que o olhar para a sintomatologia da DPP deve ser iniciado antes do parto²⁸, visando identificar sinais do agravo que possam comprometer a relação mãe-filho e conseqüentemente o início da amamentação. Com isso, nota-se a importância de relacionar políticas de saúde da mulher com as de saúde mental, buscando identificar grupos de risco para o desenvolvimento da doença, como história prévia de distúrbios psicológicos e de outros fatores que podem estar relacionados ao sofrimento psíquico durante o ciclo gravídico-puerperal, como a violência doméstica, gravidez não desejada, instabilidade conjugal, baixa renda, dentre outros²⁹.

Apesar de classificado pela OMS a morbidade materna grave ainda é pouco diagnosticada, uma vez que os sistemas de informação compulsórios são focados na mortalidade materna. Nesse sentido, sugere-se que os serviços de saúde estabeleçam seus critérios para a investigação de casos de *near miss*, tendo em vista ser uma problemática na saúde materna e que pode dificultar o estabelecimento inicial do vínculo mãe-filho. Apesar dos muitos avanços na saúde materna no Brasil, muitos desafios ainda existem como as altas taxas de cesarianas (quase 50%) e elevada ocorrência dos nascimentos pré-termo³⁰, situações que podem resultar em um caso de *near miss* e que requerem um olhar mais atento dos gestores das políticas públicas de saúde para sua redução.

No entanto, já é possível observar que essas condições tem gerado um esforço nacional, como é o exemplo da Rede Cegonha³¹, para a melhoria da assistência ao pré-natal, parto, e puerpério visando a melhora de indicadores de morbimortalidade materna e infantil e proporcionando a população brasileira uma condição de gestação e nascimentos mais seguros.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:332-8.
4. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl. 1):79-84.
5. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318:1316–20.
6. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, [S.I], 2003; 362: 65-71.

7. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, de Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006.
8. Maternal Mortality Update: a focus on emergency obstetric care, 2002.
9. RC Pattinson, M Hall. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. British Medical Bulletin 2003; 67: 231–243
10. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Genebra, Suíça, 2011.
11. Say L, Souza JP, Pattinson RC for the WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 23: 287–296, 2009.
12. Amaral E, Luz AG, Souza JP. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? Rev Bras Ginecol Obstet. 29(9): 484-489, 2007.
13. Oliveira LC, Costa AAR. Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. Rev Assoc Med Bras. 2013.
14. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. Reprod Health 2008; 5: 6.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ / ENSP – RJ, 2010.
16. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, D. C. 2008.

17. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGMF, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010, 32(3): 316-8.
18. World Health Organization. Maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ* 2009;87:734.
19. Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol*. 105(9): 981-4, 1998.
20. Nelissen E, Mduma E, Broerse J, Ersdal H, Evjen-Olsen B, van Roosmalen J, Stekelenburg J. Applicability of the WHO Maternal Near Miss Criteria in a Low-Resource Setting. *PLoS ONE* 8(4): e61248, 2013.
21. Tunçalp Ö, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG*. 119: 653–661, 2012.
22. Dennis CL, McQueen K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *Pediatrics* 2009;123; e736.
23. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin* 2012; 101: 57–79
24. Boccolini CS et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada . *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.11, pp. 2681-2694.
25. Toma TS, 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:S235-S246, 2008.
26. Pattinson RC Say L, Souza JP, van den Broek N, Rooney C on behalf of the WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ*. 87: 734, 2009.

27. Cecatti JG et al. The Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. *Reproductive Health*. 6: 15, 2009.

28. Vikram Patel MRC, Merlyn Rodrigues M.A, Nandita DeSouza MD. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 159:1, January 2002.

29. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(4):144-53.

30. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil 2*. The Lancet. 2011.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24/06/2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. [acesso em 05 set 2013]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Tabela 1 - Características da amostra, com fator de expansão, de mães e crianças avaliadas. Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011.

Variáveis	n*	%
Fatores referentes à criança		
Sexo da Criança		
Masculino	106	49,2
Feminino	116	50,8
Peso ao nascer		
Maior ou igual a 2500g	202	89,6
Menor que 2500g	19	10,4
Fatores referentes à mãe		
Idade da Mãe		
25 a 35 anos	104	47,0
18 a 24 anos	74	26,2
< 18 anos	16	4,9
> 35 anos	27	21,9
Raça/cor		
Branca	65	40,1
Parda	125	43,1
Negra	21	7,2
Indígena /Amarela	10	9,6
Escolaridade da Mãe		
Acima de 11 anos de estudo	45	42,6
9 a 11 anos de estudo	122	34,1
Até 8 anos de estudo	54	23,3
Fez pré-natal?		
Sim	218	97,8
Não	3	2,2
Número de consultas pré-natal		
6 ou mais consultas	199	93,3
1 a 5 consultas	22	6,7
Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal?		
Sim	166	74,1
Não	52	25,9
Tipo de Parto		
Normal	95	26,9
Cesárea	125	73,1
Teve contato pele a pele logo após o parto?		
Sim	171	79,7
Não	49	20,3

* sem fator de expansão

Tabela 2 - Distribuição do número e percentual de mulheres segundo presença e ausência de depressão pós-parto e morbidade materna grave (casos de *near miss* materno) para a introdução de água, chá, suco, outro leite e mingau, para a não oferta de leite materno e para a amamentação exclusiva, Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011.

	Com DPP ^{*a}		Sem DPP ^{*a}		p	Com MMG ^{*b}		Sem MMG ^{*b}		P
	N	%	n	%		n	%	n	%	
Introduziu Água	0	0,0	554	7,4	<0,001[#]	187	6,1	811	11,1	<0,001
Introduziu Chá	0	0,0	180	2,4	0,001[#]	71	2,3	186	2,6	0,274
Introduziu Suco	0	0,0	58	0,8	0,087[#]	33	1,1	81	1,1	0,488
Introduziu Outro Leite	180	24,7	343	4,6	<0,001	846	27,7	481	6,6	<0,001
Introduziu Mingau com Leite	0	0,0	143	1,9	0,003 [#]	8	0,3	146	2,0	<0,001
Não ofereceu leite materno	87	12,0	33	0,4	<0,001	0	0,0	120	1,6	<0,001 [#]
Está em AME	341	65,5	6.830	88	<0,001	2.051	67,2	6.087	82,2	<0,001

* com fator de expansão da amostra; ^an amostral DPP (204); ^bn amostral MMG (221)

[#] Correção de Yates para Qui-Quadrado

Total de 10468 pares mãe-criança avaliadas quanto ao *near miss* com fator de expansão da amostra.

Total de 3050 casos de *near miss* com fator de expansão da amostra.

Total de 8254 pares mãe-criança avaliadas quanto a depressão pós-parto com fator de expansão da amostra.

Total de 521 casos de depressão pós-parto com fator de expansão da amostra.

Tabela 3 - Razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança (IC) de 95% para a introdução de outros líquidos, ausência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 3 meses de vida de acordo com sintomas de depressão pós-parto e morbidade materna grave (casos de *near miss* materno). Chamada Neonatal: diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, 2011.

	Com DPP ^a		Com MMG ^b	
	RP ajustada*	IC (95%)	RP ajustada*	IC (95%)
Introduziu Água	0,91 [#]	0,85 0,99	0,95	0,84 1,08
Introduziu Chá	0,98	0,96 1,01	1,00	0,94 1,07
Introduziu Suco	0,99	0,98 1,00	1,00	0,98 1,03
Introduziu Outro Leite	1,14	0,86 1,50	1,21 [#]	1,02 1,45
Introduziu Mingau com Leite	0,97	0,94 1,01	0,98	0,96 1,00
Não ofereceu leite materno	1,19	0,93 1,53	0,99	0,96 1,01
Está em AME	1,06	0,79 1,42	1,12	0,94 1,34

* Regressão de Poisson, com fator de expansão da amostra

^a n amostral DPP (204)

^b n amostral MMG (221)

RP ajustada pela idade e escolaridade da mãe, tipo de parto, contato pele a pele, peso ao nascer, número de consultas pré-natal, orientação de AM no pré-natal.

[#]p<0,005

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que dentre os fatores associados à introdução precoce de outros alimentos em crianças pequenas, as características maternas são as que mais se destacam. Alguns grupos se mostram mais propensos a essa prática, como as mães mais jovens, com baixa escolaridade e que terão o primeiro filho, no entanto as situações relacionadas ao período gestacional, parto e puerpério podem também ser determinantes para a introdução precoce.

Para esses grupos o apoio durante toda a gestação e nos meses de vida da criança são fundamentais. Aliado a isso, as boas práticas de atenção à gestação, parto e nascimento contribuem para a melhora do cenário da alimentação infantil, pois permitem um olhar mais individualizado de cada binômio mãe-filho, orientando as mulheres sobre as escolhas alimentares para as crianças e que a formação dos bons hábitos alimentares na infância começam ainda nos primeiros dias de vida.

Outras condições também importantes são os casos de DPP e *near miss* que merecem também atenção dos profissionais de saúde e gestores públicos. No presente estudo pode-se observar que essas condições influenciam significativamente para a introdução de outros leites e para a menor frequência do AME.

Apesar dos avanços que se observa atualmente nas políticas públicas voltadas para a atenção à saúde materno-infantil, ainda há um caminho longo a se percorrer para que o cenário alimentar das crianças esteja de acordo com o que recomenda os órgãos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J. pediatr. 2000; 76 (Supl.3): S238-S252.
3. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of Exclusive Breastfeeding for Four versus Six Months on Maternal Nutritional Status and Infant Motor Development: Results of Two Randomized Trials in Honduras. The Journal of Nutrition. 4 november 2000.<<http://jn.nutrition.org>>. (acessado em 02/11/2013).
4. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J Pediatr. 2004; 80(5 Supl):S131-S141.
5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). The Cochrane Library. 2002. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/pdf>>. (acessado em 02/11/2013).
6. Konstantyner T, Taddei JA, Oliveira MN, Palma D, Colugnati FA. Isolated and combined risks for anemia in children attending the nurseries of daycare centers. J Pediatr. 2009; 85(3): 209-216.
7. Betrán AP, Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. BMJ. 2001 ;323 :1–5.
8. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet, [S.l], 2003; 362: 65-71.
9. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant

and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.l.], 2000; 355:, 451-5.

10. Brasil. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Resultados preliminares. INAN: Brasília, 1990.

11. Rea MF, Berquo ES. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in Greater Sao Paulo. *Bulletin of the World Health Organization*, 1990; 68 (3): 365-371.

12. Venâncio SI. Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiol.*1998; 1(1): 40-49.

13. Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Ministério da Saúde: Brasília, 2001.

15. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LM. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *J Pediatr*. 2013; 89: 608-613.

16. Brasil, Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília :Ministério da Saúde, 2010.

17. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

18. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1759-1771.

19. Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo. 1999. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2003; 3(1):85-93.
20. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev. Nutr.* 2004; 17(4): 437-447
21. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr.* 2000; 76 (Supl. 3): S253- S262.
22. Brunken GS, Silva SM, França GV, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82:445-51.
23. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 313-8
24. Parizoto GM, Parada CM, Venâncio SI, Carvalhaes MA. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr.* 2009; 85(3): 201-208.
25. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev. Nutr.* 2010; 23(6): 983-992.
26. Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. *J Pediatr.* 2008; 84(6): 560-564.
27. do Espírito Santo LC. Fatores associados a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida na duração da amamentação. [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

28. Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11):2253-2262.
29. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf> (acessado em 10/11/2013).
30. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8(3): 403-411.
31. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2011; 11 (4): 369-379.
32. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl. 1):79-84.
33. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested casecontrol study. *BMJ*. 1999; 318: 1316–20.
34. Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr*. 2013; 89: 332-8.
35. Mezzacappa ES, Endicott J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10: 259-266.
36. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 231–243.
37. Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, for WHOMCS Research Group The world health organization multicountry survey on

maternal and newborn health: study protocol. BMC Health Services Research. 2011; 11: 286.

38. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Genebra, Suíça, 2011. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf>. (acessado em 10/11/2013).

39. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. *Reprod Health* 2008; 5: 6.

40. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, de Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2): 255-264.

41. Maternal Mortality Update: a focus on emergency obstetric care, 2002. <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/201_filename_mmupdate-2002.pdf>. (acessado em 08/11/2013).

42. Amaral E, Luz AG, Souza JP. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(9): 484-489.

43. Say L, Souza JP, Pattinson RC, WHO working group on Maternal mortality and morbidity classifications. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23: 287–96.

44. Pileggi C, Souza JP, Cecatti JG, Faúndes A. Neonatal near miss approach in the 2005 WHO Global Survey Brazil. *J Pediatr*. 2010; 86(1): 21-26.

45. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. Lancet Neonatal Survival Steering Team 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005; 365: 891–900.

46. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, Marshall T, Storeng KT, Sombié I, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet*. 2007; 370: 1329–37.

47. Oliveira LC, Costa AAR. Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59(5): 487–494.
48. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. *Rev. Saúde públ.* 1991; 25 (5).
49. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista HCPA .* 2013; 33(1): 40-49.
50. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition.* 2006: 9(1), 40–46.
51. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, D. C. 2008.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ / ENSP – RJ, 2010.
53. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGMF, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Rev Bras Psiq.* 2010, 32(3): 316-8.
54. World Health Organization. Maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ* 2009; 87:734.
55. Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105(9): 981-4.
56. Nelissen E, Mduma E, Broerse J, Ersdal H, Evjen-Olsen B, van Roosmalen J, Stekelenburg J. Applicability of the WHO Maternal Near Miss Criteria in a Low-Resource Setting. *PLoS ONE.* 2013; 8(4): e61248.
57. Tunçalp Ö, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG.* 2012; 119: 653–661.

ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO EMPREGADO NA “II PESQUISA DE PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DISTRITO FEDERAL”

Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno / DAPES /SAS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
 “PESQUISA NACIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA – 2008”

☞ N° _____ (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SUPERVISOR DE CAMPO)		01-DATA: ____/____/____	
02-ENTREVISTADOR: _____		03-MUNICÍPIO: _____	
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		04-UF: _____	
06-ÁREA 1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <input type="checkbox"/> Rural			

07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____ (Anotar da Caderneta de Saúde da Criança)	
08- SEXO DA CRIANÇA:	1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino
09- A SRA. É A MÃE DESTA CRIANÇA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? (Q.11 à Q. 34)	
11-TOMOU LEITE DE PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q. 13) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q .13)
12- QUANTAS VEZES?	_____ (Anotar 8 para 8 vezes ou mais) 9 <input type="checkbox"/> Não sabe
13-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
14- TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
15- TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q.17)
16-A CRIANÇA RECEBEU OUTRO LEITE:	1 <input type="checkbox"/> Só durante o dia 2 <input type="checkbox"/> Só à noite 3 <input type="checkbox"/> De dia e de noite 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
18- COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
19-COMEU COMIDA SALGADA (DE PANELA, PAPA, SOPA)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.26) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q.26)
20- QUANTAS VEZES? 1 <input type="checkbox"/> 1 vez 2 <input type="checkbox"/> 2 vezes 3 <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE PARA A Q23)	
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)	
1 <input type="checkbox"/> Igual à da família? 2 <input type="checkbox"/> Preparada exclusivamente para a criança? 3 <input type="checkbox"/> Industrializada? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	☞ Q.21 _____ (Código do Supervisor)
22-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa)	
1 <input type="checkbox"/> Em pedaços? 2 <input type="checkbox"/> Amassada? 3 <input type="checkbox"/> Passada pela peneira? 4 <input type="checkbox"/> Líquidificada? 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	☞ Q.22 _____ (Código do Supervisor)
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL FEITO EM CASA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
28-TOMOU REFRIGERANTE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
29-TOMOU CAFÉ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
31-COMEU BOLACHA OU SALGADINHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
33-ÚSOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
34-ÚSOU CHUPETA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (Q.35 à Q.44)	
35-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (ANOTE O NOME) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Q.35 <input type="checkbox"/> IHAC (digitador localize o nome no software)	
36-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
37- QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Fórceps 3 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, NA SALA DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
39-A CRIANÇA TEM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA?	1 <input type="checkbox"/> Sim, em mãos (PASSE PARA A Q.40) 2 <input type="checkbox"/> Sim, mas não está em mãos (PASSE P/ Q.44) 3 <input type="checkbox"/> Não possui a Cademeta (PASSE P/ Q.44) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/ Q.44)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? [Outros acompanhantes]:	1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira 2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes 3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não se aplica (PASSE P/ Q.44)
41-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gramas (Anote da Caderneta)	9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
43- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (ANOTE O NOME) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
<input type="checkbox"/> SUPERVISOR DE CAMPO Q.44 → Se Rede Pública especificar: 2 <input type="checkbox"/> UBS 3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF	

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES
(Q. 45 à Q. 49)

45- LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? _____ (Anote em dias) 998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:	
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O COMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)	999 <input type="checkbox"/> Não Sabe
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
52-A SRA. SABE LER E ESCREVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (ASSINALE ABAIXO) Q.53 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	54- E GRAU? (ASSINALE ABAIXO) Q.54 1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL 2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO 3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO 3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE (Não frequentou escola)	<input type="checkbox"/> Q.53-Série _____ Q.54-Grau _____
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.:	1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora 2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando 3 <input type="checkbox"/> Está Licença Maternidade

OBSERVAÇÃO: _____

ANEXO B – FORMULÁRIO EMPREGADO NA PESQUISA “CHAMADA NEONATAL: DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL (DF)”

INÍCIO: ___ hs ___ min

PARA A CRIANÇA MENOR DE TRÊS MESES SELECIONADA: A MÃE ACOMPANHA A CRIANÇA?

- () Sim (inicie o questionário)
 () Não - **As perguntas devem ser feitas à mãe da criança. (AGRADEÇA E ENCERRE)**

PARA A CRIANÇA MENOR DE UM ANO SELECIONADA

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

01. Estado (UF): ___/___ 02. Município: _____
 ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

03. UBS: _____ 04. código: _____
 ___/___/___/___/___/___/___/___/___

05. Nome do entrevistador: _____ 06. Data da coleta
 ___/06/2011

07. Nome da MÃE: _____ 08. Data nascimento da MÃE:
 ___/___/___

09. Nome da CRIANÇA: _____ 10. Data nascimento da
 CRIANÇA ___/___/___

*(Priorize data da Certidão Nascimento ou
 Caderneta de Saúde)*

11. Sexo da CRIANÇA: () Masculino () Feminino

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

() Não estudou () Não sabe informar
 ENSINO FUNDAMENTAL: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8
 () 9

ENSINO MÉDIO: () 1 () 2 () 3 (pule para 14)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): () Completo () Incompleto (pule para 14)

13. Você sabe ler uma carta ou jornal com: () Facilidade () Dificuldade () Não sabe ler () Não se aplica

14. Em sua opinião, a sua cor ou raça é:

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

15. Quem CHEFIA a sua casa ou família é: () Você (pule para 19) () Outra pessoa

16. Qual o sexo do(a) Chefe de Família? () Masculino () Feminino () Não se aplica

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

() Não estudou () Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8
() 9

ENSINO MÉDIO: () 1 () 2 () 3 (pule para 19)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): () Completo () Incompleto (pule para 19)

18. O Chefe de Família sabe ler uma carta ou jornal com:

() Facilidade () Dificuldade () Não sabe ler () Não se aplica

19. Na sua família, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?

() Sim () Não (pule para 21)

20. Há quanto tempo recebem a Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?

_____ anos _____ meses () Não sabe informar () Não se aplica

(se menos de 1 ANO, anotar apenas os meses; se mais de 1 ANO e não lembrar meses, anotar apenas anos)

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava

_____ (nome da criança avaliada)

21. Você fez o pré-natal durante esta gravidez? () Não () Sim (pule para 23)

22. Por que você não fez o pré-natal?

() Não recebeu informação (pule para 44) () Não achou importante (pule para 44)
() Era longe (pule para 44) () Não conseguiu consulta (pule para 44)
() Não sabia que precisava (pule para 44) () Outro motivo (pule para 44)
() Não se aplica

23. Você fez o seu pré-natal em um serviço:

() Público/do SUS do seu município () Público/do SUS de outro município
() Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde () Serviço Privado/Particular
() Não se aplica

24. Este local era:

() Unidade básica de saúde (posto/ centro de saúde) ()
Hospital/Maternidade
() Ambulatório de especialidade (por exemplo: ginecologia, clínica geral, cardiologia) ()
Consultório particular
() Outro () Não
sabe informar
() Não se aplica

25. Você teve de pagar alguma coisa por algum atendimento ou exame, incluindo ultra-som, durante este pré-natal?

() Não () Sim, todas as vezes () Sim, algumas vezes () Não sabe () Não quis
informar
() Não se aplica

26. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de
_____?

_____ (nome da criança avaliada)

(_____) consultas () Não sabe informar () Não se aplica

27. Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal? (_____)
mês(es)

() Não sabe () Não se aplica

28. Durante este pré-natal, sua pressão foi medida:

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

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

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

30. Quantos quilos você ganhou do início da gravidez até o parto? _____ Kg

Não ganhou, perdeu Não sabe informar Não se aplica

31. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de anemia?

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

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

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

33. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de urina?

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

34. Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS?

Sim Não (pule para 36) Não sabe (pule para 36) Não se aplica

35. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste para HIV/AIDS?

Até 2 semanas Mais de 2 semanas Não recebeu Não sabe informar Não se aplica

36. Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?

Sim, uma vez Sim, duas vezes Não (pule para 38) Não sabe informar (pule para 38)
 Não se aplica

37. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste de Sífilis?

Até 2 semanas Mais de 2 semanas Não recebeu Não sabe informar Não se aplica

38. Durante este pré-natal, suas mamas foram examinadas:

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

39. Durante este pré-natal, você recebeu vacina contra o tétano:

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

40. Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?

Sim Não Não sabe informar Não se aplica

41. Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?

Sim Não (pule para 43) Não sabe informar (pule para 43) Não se aplica

42. Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez?

(____) exames Não sabe informar Não se aplica

43. Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:

Muito boa Boa Satisfatória Ruim Muito ruim Não se aplica

44. Durante a gravidez do(a) (*nome da criança*)

Você foi internada por alguma complicação da gravidez?

Sim Não (pule para 51) Não sabe informar (pule para 51)

45. **Por qual motivo?** () Hipertensão () Infecção Urinária () Diabetes () outros () Não se aplica
46. **O hospital onde você foi internada era um serviço:**
() Público/do SUS do seu município () Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde
() Público/do SUS de outro município () Serviço Privado/Particular
() Não se aplica
47. **Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?**
() Sim () Não (pule para 49) () Não sabe informar (pule para 49) () Não se aplica
48. **Que transporte você usou para ir ao outro hospital?**
() Ambulância/ Ambulancha () Avião/Helicóptero () Carro () Barco () Outro
() Não se aplica
49. **Nesta ocasião, você foi internada na UTI?** () Sim () Não () Não sabe informar () Não se aplica
50. **Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar?** (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial) () Sim () Não () Não sabe informar () Não se aplica
51. **Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez?**
() Sim () Não () Não sabe informar
52. **Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões ou crises?**
() Sim () Não (pule para 54) () Não sabe informar (pule para 54)
53. **Havia apresentado convulsões ou crises antes?**
() Sim () Não () Não sabe informar () Não se aplica
54. **Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão?**
() Sim () Não () Não sabe informar
55. **Até TRÊS dias depois do parto, teve sangramento intenso (que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão)?**
() Sim () Não (pule para 57) () Não sabe informar (pule para 57)
56. **Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento?**
() Sim () Não () Não sabe informar () Não se aplica
57. **Teve febre alta após o parto que necessitou usar antibiótico?**
() Sim () Não () Não sabe informar (pule para 59)
58. **Esta febre veio com calafrios?** () Sim () Não () Não sabe informar () Não se aplica
59. **Seu útero foi retirado por causa de alguma destas complicações?**
() Sim () Não () Não sabe informar () Não se aplica
60. **No pré-natal, você foi informada sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto deveria fazer o parto?**
() Sim () Não (pule para 63)
61. **Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?** () Não () Sim (pule para 63)
() Não se aplica

62. **Por que não?**

- Não achou importante Era longe Não conseguiu vaga Outro motivo Não se aplica

63. **O serviço de saúde no qual você fez o parto era um:**

- Hospital público do SUS do seu município Outro serviço
 Hospital público do SUS de outro município Foi em casa (pule para 81)
 Hospital privado (Convênio/Plano de Saúde) Foi em outro local (pule para 81)
 Hospital particular Não se aplica

64. **Este serviço de saúde foi o primeiro que você procurou?** Não Sim (pule para 67)

- Não se aplica

65. **Por que você procurou outro serviço?**

- Não conseguiu vaga Não tinha médico Outro motivo Não se aplica

66. **Quantos hospitais você procurou até ser atendida para fazer o parto, quando já estava em trabalho de parto, isto é com contração ou bolsa rompida?** (inclusive onde fez o parto)

- (____) hospitais Não sabe informar Não se aplica

67. **Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar ao hospital onde fez o parto?**

- _____ horas _____ minutos Não sabe informar

(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)

68. **Quanto tempo se passou desde que você chegou ao hospital onde fez o parto até ser internada para**

o parto? (não necessariamente na sala de parto)

- _____ horas _____ minutos Não sabe informar

(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)

69. **Você teve de pagar pelo parto?** Sim Não Não sabe informar Não quis informar70. **Qual foi o tipo de parto deste filho?** Normal Fórceps Cesário71. **Nas horas ANTES do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?** (ler as alternativas)

- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

72. **DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?** (ler as alternativas)

- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

73. **DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?** (ler as alternativas)

- Sim, a pessoa que você escolheu Não, não sabia que podia ter acompanhante
 Sim, outra pessoa Não, não quis acompanhante
 Não, o serviço não permitiu Outro

74. **A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?** Sim Não

75. Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto? () Sim () Não
76. Você tomou uma dose de vitamina A (cápsula vermelha) na maternidade?
() Sim () Não () Não sabe informar
77. Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto? _____ dias () Não sabe informar
78. Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:
() Muito boa () Boa () Satisfatória () Ruim () Muito ruim
79. Antes de sair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina? () Sim () Não () Não sabe informar
80. Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:
() na primeira semana () depois da primeira semana () Não () Não sabe informar
81. Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?
() Sim () Não (pule para 84) () Não se aplica
82. Este serviço era:
() Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do seu município () Outro
() Consultório de Convênio/Plano de Saúde () Não sabe informar
() Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de outro município
() Ambulatório de especialidade do seu município
() Ambulatório de especialidade de outro município
() Hospital Público/do SUS do seu município
() Hospital Público/do SUS de outro município
() Consultório particular
() Farmácia
83. Você teve de pagar alguma coisa por este atendimento?
() Sim () Não () Não sabe informar () Não quis informar () Não se aplica
84. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum profissional da Saúde da Família?
() Sim, na primeira semana () Sim, no primeiro mês () Sim, depois do primeiro mês
() Não
() Não se aplica

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

85. Este bloco é para **criança com menos de 3 MESES**

A criança tem menos de três meses? () Sim () Não (pule para 96)

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

86. Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:

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

87. **Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia:**
 Como sempre sentiu Talvez, menos que antes Com certeza menos
 De jeito nenhum
 Não se aplica
88. **Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:**
 Sim, na maioria das vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes (sim, às vezes)
 Não, nenhuma vez Não se aplica
89. **Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:**
 Não, de maneira alguma Pouquíssimas vezes Sim, algumas vezes
 Sim, muitas vezes
 Não se aplica
90. **Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:**
 Sim, muitas vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes
 Não, nenhuma vez
 Não se aplica
91. **Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:**
 Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
 Não se aplica
92. **Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir:**
 Sim. Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, nenhuma vez
 Sim. Algumas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Não muitas vezes
93. **Você tem se sentido triste ou arrasada:**
 Sim, na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, de jeito nenhum
 Sim, muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Não muitas vezes
94. **Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:**
 Sim, quase todo o tempo (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não, nenhuma vez
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 De vez em quando
95. **A idéia de fazer mal a você mesma passou pela sua cabeça:**
 Sim, muitas vezes, ultimamente (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)
 Nenhuma vez
 Algumas vezes nos últimos dias (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS) Não se aplica
 Pouquíssimas vezes, ultimamente

CASO A MÃE RESPONDA SIM EM ALGUMA DAS ÚLTIMAS QUATRO QUESTÕES

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

DADOS DA CRIANÇA

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

110. **Durante este internamento a criança precisou ser transferida?**
 Não (pule para 115) Sim Não se aplica
111. **Que transporte foi usado para fazer a transferência para outro hospital?**
 Ambulância/ Ambulança Avião/Helicóptero Carro Barco Outro
 Não se aplica
112. **A criança ficou internada:**
 Na UTI Na enfermaria Em quarto individual Outro Não se aplica
113. **Este serviço era:**
 SUS Privado (Convênio/Plano de Saúde) Particular Não sabe Não se aplica
114. **Você teve de pagar pelo atendimento?**
 Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica
115. **Você e seu filho atualmente recebem visita de Agente de Saúde ou de algum outro profissional de Saúde da Família na sua casa?** Não Sim Não lembra
116. **Qual a periodicidade desta visita?**
 todo mês de vez em quando Quase nunca Não, nunca recebeu
 Não se aplica
117. **Você e seu filho têm plano de saúde pago?**
 Sim, nós dois Sim, só a criança Sim, só a mãe Não tem Não quis informar

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Estamos quase chegando ao fim da entrevista e agora eu preciso saber o que a criança comeu e bebeu desde ontem de manhã até hoje de manhã. A criança recebeu: (leia o nome da cada alimento)

118. **Leite de Peito?** Sim Não
119. **Água?** Sim Não
120. **Chá?** Sim Não
121. **Suco natural de frutas?** Sim Não
122. **Outro leite?** Sim Não
123. **Mingau com leite?** Sim Não
124. **Mingau sem leite?** Sim Não
125. **Legumes/verduras (não vale batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha, nem temperos)?**
 Sim Não
126. **Batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha?** Sim Não
127. **Frutas?** Sim Não
128. **Açaí/Bacaba?** Sim Não
129. **Farinha de mandioca?** Sim Não
130. **Comida da família/panela?** Sim Não
131. **Biscoitos/bolachas/pão/bolo?** Sim Não
132. **Salgadinhos de pacote?** Sim Não

133. Refrigerantes? () Sim () Não
 134. Balas/bombons/pirulitos/doces de bar? () Sim () Não
 135. Outro alimento? () Sim () Não

136. Este bloco é para criança com MENOS de 1 ANO

A criança tem menos de um ano? () Sim () Não **(ENCAMINHAR PARA ANTROPOMETRIA)**

137. A criança ontem recebeu leite do peito? () Sim (pule para 139) () Não
138. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? () Nunca (____) Meses (____) Dias
139. Até que idade seu filho ficou com aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leite, outras bebidas ou alimentos)
 () < 1 mês ou nunca () Até 5 meses
 () Até 1 mês () Até 6 meses
 () Até 2 meses () > 6 meses
 () Até 3 meses () Ainda está em aleitamento exclusivo
 () Até 4 meses
140. Ontem, quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) () Não tomou () Até 2 (copos/mamadeiras) () Mais que 2 (copos/mamadeiras)
141. Ontem, a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? () Sim () Não
142. Ontem, a criança comeu fruta? () Sim () Não
143. Ontem, a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? () Sim () Não
144. Ontem, a criança comeu feijão? () Sim () Não
145. Ontem, a criança comeu assistindo televisão? () Sim () Não
146. Ontem, a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) do jantar? () Sim () Não
147. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade, consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? () Sim () Não
148. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade? () Sim () Não
149. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês? () Sim () Não
150. A criança tomou refrigerante no último mês? () Sim () Não
151. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem? () Sim () Não

ENCAMINHAR PARA ANTROPOMETRIA

PESO E COMPRIMENTO DA CRIANÇA (anotar apenas as medidas aferidas)

152. **Peso1** ____ ____, ____ ____, ____ **Kg**
() criança tem deficiência física
153. **Peso2** ____ ____, ____ ____, ____ **Kg**
() criança irrequieta/agitada () Não mediu o peso
154. **Comprimento1** ____ ____, ____ **cm**
() criança tem deficiência física
comprimento
155. **Comprimento2** ____ ____, ____ **cm**
() criança irrequieta/agitada () Não mediu o

156. **Preencheu ficha de encaminhamento da MÃE para UBS? (Caso responda SIM perguntas 92 a 95)**
() Sim () Não

157. **Preencheu ficha de encaminhamento da CRIANÇA para UBS? (Caso doente ou de baixo peso)**
() Sim () Não

ENCAMINHAR PARA TESTE DE ANEMIA

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

AGRADECER A COLABORAÇÃO E SE DESPEDIR DA MÃE

TÉRMINO: ____hs ____min

**ANEXO C – DOCUMENTO REFERENTE À APROVAÇÃO DA PESQUISA
“CHAMADA NEONATAL: DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA
LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NO
DISTRITO FEDERAL (DF)” NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

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

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

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

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

Pesquisadora Responsável: Muriel Bauermann Gubert

Data de Entrada: 26/10/2010

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

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

Brasília, 09 de fevereiro de 2011


Prof. Natália Menezes
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil português | english | español Fale conosco
Críticas ou dúvidas sobre este site?

enviar mensagem

▶ PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Fatores associados à introdução de líquidos no primeiro mês de vida
Factors associated with early introduction of liquids in the first month of life

Situação atual: Em Avaliação

```

graph TD
    subgraph Autor
        Inicio((Início))
    end
    subgraph Agente_de_Secretaria [1]
        AS[Artigo Submetido]
    end
    subgraph Editores_Associados_e_Consultores [2]
        EA[Em Avaliação]
    end
    subgraph Editor_Tecnico [3]
        ER[Em Revisão Técnica]
    end
    subgraph Editor_Executivo [4]
        EP[Pronto para Publicação]
    end
    Inicio --> AS
    AS --> EA
    EA --> ER
    ER --> EP
  
```

Entenda o processo:

- 1 Artigo Submetido - seu artigo foi submetido com sucesso e aguarda validação da secretaria.
- 2 Em Avaliação - neste passo, seu artigo é avaliado por Editores Associados e Consultores.
- 3 Em Revisão Técnica - processo de adequação às normas da ABNT.
- 4 Pronto para Publicação - o artigo foi normalizado e aguarda publicação na Revista.

voltar