



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Joice Ferreira Cunha

**Fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras
24 horas pós-parto em hospitais da Rede Cegonha**

Rio de Janeiro

2022

Joice Ferreira Cunha

**Fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras
24 horas pós-parto em hospitais da Rede Cegonha**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Granado Nogueira da Gama.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Prevalence and factors associated with breastfeeding in the first 24 hours postpartum in hospitals of Rede Cegonha, Brazil, 2016 -2017.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C972f Cunha, Joice Ferreira.
 Fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas pós-parto em hospitais da Rede Cegonha / Joice Ferreira Cunha. – 2022.
 108 f. : il. ; tab.

 Orientadora: Silvana Granado Nogueira da Gama.
 Coorientadora: Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

 1. Aleitamento Materno. 2. Período Pós-Parto. 3. Maternidades. 4. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 5. Estudos Transversais.
 I. Título.

CDD – 23.ed. – 613.26

Joice Ferreira Cunha

**Fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras
24 horas pós-parto em hospitais da Rede Cegonha**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Aprovada em: 29 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Vania Matos Fonseca

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Profa. Dra. Yara Hahr Marques Hokerberg

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

Profa. Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profa. Dra. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Ao meu amado esposo,

Pelo apoio e compreensão sem o qual eu não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido sonhar e viver o sonho da realização do mestrado na ENSP. Por ter me sustentado e me dado capacidade de prosseguir até aqui.

Ao meu querido esposo, Brian, por ter me apoiado nessa jornada, por sempre acreditar em mim, por cada palavra de incentivo e demonstração de carinho nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais pelo carinho e orações, por sempre acreditarem em mim.

A minha querida orientadora Silvana por ter me acolhido quando eu mais precisei, pela orientação e disponibilidade, pelos ensinamentos, por cada orientação e pelo carinho.

A minha segunda orientadora Sônia por cada orientação na construção desse trabalho, e pelo acolhimento.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado Acadêmico em Epidemiologia em Saúde Pública por cada ensinamento e pelo apoio nesse período de transição que vivemos com a pandemia. Em especial aos professores da disciplina de seminários pelo apoio quando eu mais precisei. A coordenação do programa, Maria de Jesus, Enirtes e Cosme pelo apoio e direcionamento.

As minhas amigas que tanto me apoiaram. A Taina, minha companheira de mestrado e de estudos nas disciplinas. A minha querida chefe Aline por ter feito o possível e impossível para que eu tivesse tempo para o mestrado. A minha amiga Veronica, pelas palavras de conforto e apoio, pelas colaborações e pelas trocas. As minhas companheiras de trabalho por cada plantão, Julyane e Thais.

A CAPES pelo financiamento acadêmico.

“Porque dEle, e por meio dEle, e para Ele são todas as coisas.

A Ele, pois, a glória eternamente. Amém! ”

Bíblia Sagrada, 1993, Romanos 11:36

RESUMO

O Aleitamento Materno (AM) deve ser iniciado desde o nascimento, considerado aleitamento precoce ou aleitamento materno na primeira hora de vida. No Brasil, é quase universal a ocorrência do parto em ambiente hospitalar, sendo a maioria dos nascimentos a termo, sem qualquer intercorrência que necessite de abordagem clínica. Em 2011, foi lançada a estratégia Rede Cegonha (RC), visando assegurar uma rede de cuidados materno e infantil que assegurasse um parto e nascimento seguro para mãe-bebê. O objetivo do estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida, em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à RC. Estudo transversal com dados do segundo ciclo avaliativo da RC realizado em 2016-2017 em 606 maternidades de todas as unidades da federação. Foram utilizados dados coletados com as puérperas e dos prontuários. Foram incluídos recém-nascidos e mulheres saudáveis. Foram avaliados dois desfechos binários, a amamentação na primeira hora e a amamentação nas 24 horas. Foi realizada análise bivariada com as variáveis explicativas e selecionadas aquelas com *p-valor* <0,20 para a análise de regressão logística bivariada com IC 95%. Aas variáveis foram inseridas conforme modelo teórico hierarquizado e mantidas no modelo aquelas cujo *p-valor* foi < 0,01. No modelo final apresentaram maior chance de amamentação na primeira hora aquelas puérperas que contaram com a presença de acompanhante, que tiveram contato pele a pele com recém-nascido, parto vaginal e partos em unidade com acreditação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Quanto à amamentação nas 24 horas apresentaram maiores chances de amamentar as adolescentes, as que contaram com a presença de acompanhante, parto vaginal, e a unidade possuía acreditação IHAC. A RC assegura o direito a acompanhante, importante fator protetor para o AM. O AM nas 24 horas aconteceu para quase todos os recém-nascidos (96,6%), porém apresentou baixa prevalência de AM na primeira hora (31%). Os fatores relacionados às práticas da maternidade apresentaram maior influência sobre o início da amamentação de forma oportuna. A cesariana, fator de risco para a postergação do AM, mostrou-se acima do preconizado, diminuindo as chances de AM entre as puérperas do estudo.

Descritores: Aleitamento Materno. Período Pós-Parto. Maternidades. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Estudos seccionais.

ABSTRACT

Breastfeeding (BF) should start from birth, considered early breastfeeding or breastfeeding in the first hour of life. In Brazil, the occurrence of childbirth in a hospital environment is almost universal, with most births being at term, without any complications that require a clinical approach. In 2011 created Rede Cegonha (RC), aiming to ensure a network of maternal and childcare that would ensure a safe delivery and birth for mother and baby. The objective of the study was to identify the prevalence and factors associated with breastfeeding in the first 24 hours of life, in live births at term in maternity hospitals linked to CR. Cross-sectional study with data from the second evaluation cycle of the RC carried out in 2016-2017 in 606 maternity hospitals in all units of the federation. Data collected from postpartum women and from medical records were used. Newborns and healthy women were included. Two binary outcomes were evaluated, breastfeeding within the first hour and breastfeeding within 24 hours. Bivariate analysis was performed with the explanatory variables and those with p-value <0.20 were selected for the bivariate logistic regression analysis with 95% CI. Variables were inserted according to a hierarchical theoretical model and those whose p-value was < 0.01 were kept in the model. In the final model, mothers who had a companion, who had skin-to-skin contact with the newborn, vaginal delivery and deliveries in a unit accredited by the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) had a higher chance of breastfeeding in the first hour. As for breastfeeding within 24 hours, adolescents were more likely to breastfeed, those who had a companion, vaginal delivery, and the unit had BFHI accreditation. The RC ensures the right to a companion, an important protective factor for BF. 24-hour BF occurred for almost all newborns, but showed a low prevalence of BF in the first hour. Factors related to maternity practices had a greater influence on the initiation of breastfeeding in a timely manner. Cesarean section, a risk factor for the postponement of BF, show to be above the recommended, reducing the chances of BF among the puerperal women in the study.

Keywords: Breastfeeding. Postpartum period. Maternity, Maternal and Child Health Services. Sectional studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da população de estudo	33
Figura 2 - Modelo teórico hierarquizado de amamentação na primeira hora pós-parto.....	35
Figura 3 - Modelo teórico hierarquizado de amamentação nas primeiras 24 horas pós-parto	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência e fatores não ajustados associados a amamentação na primeira hora e nas 24 horas de vida segundo características maternas, do recém-nascido e do hospital, Rede Cegonha, 2016-2017	45
Tabela 2 - Fatores ajustados associados à amamentação na primeira hora de vida, segundo características maternas, infantis e hospitalares vinculadas à Rede Cegonha. 2016-2017.	48
Tabela 3 - Fatores ajustados associados à amamentação nas primeiras 24 horas de vida, segundo características maternas, infantis e hospitalares vinculadas à Rede Cegonha. 2016-2017.	50

LISTA DE ABREVIATURAS

- AM – Aleitamento Materno
- AME – Aleitamento Materno Exclusivo
- BLH – Banco de Leite Humano
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CIT – Comissão Intergestora Tripartite
- COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
- DNCr – Departamento Nacional da Criança
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
- EUA – Estados Unidos da América
- GCE – Grupo De Condutores Estaduais
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
- MS – Ministério da Saúde
- NBCAL – Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
- OMS – Organização Mundial de saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PMI – Programa Materno Infantil
- PNAM – Política Nacional de Aleitamento Materno
- PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
- QI – Quociente de Inteligência
- RAB – Rede Amamenta Brasil

RAMI – Rede de Atenção Materna e Infantil

RC – Rede Cegonha

REDECap – *Research Electronic Data Capture*

RN – Recém-nascido

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMAM – Semana Mundial da Amamentação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UNICEF – Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 A AMAMENTAÇÃO E A SAÚDE MATERNO INFANTIL.	15
2.2 O PRECURSOR DO ALEITAMENTO MATERNO: COLOSTRO.	17
2.3 IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA.	18
2.4 FATORES ASSOCIADOS AO INÍCIO DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA	20
2.5 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO	23
2.6 REDE CEGONHA	25
3. JUSTIFICATIVA	28
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO ESPECÍFICO	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5. METODOLOGIA	30
5.1 CAMINHOS METODOLÓGICOS DO SEGUNDO CICLO AVALIATIVO 2016 – 2017	30
5.2 MATERIAIS E MÉTODOS DO PRESENTE ESTUDO	32
6. ASPECTOS ÉTICOS	36
7. RESULTADOS	37
ARTIGO	38
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
ANEXO A – QUADRO DE BITTENCOURT ET AL, 2021: DIRETRIZ, DISPOSITIVO, ITENS DE VERIFICAÇÃO, DIMENSÕES E CRITÉRIO DA MATRIZ DE JULGAMENTO PARA ANÁLISE DE GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA REDE CEGONHA	69
ANEXO B – ANÁLISE DOCUMENTAL DO SEGUNDO CICLO AVALIATIVO DA REDE CEGONHA, 2016 – 2017	72
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA DO SEGUNDO CICLO AVALIATIVO DA REDE CEGONHA, 2016 – 2017.	77
ANEXO D – TERMO DE APROVAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA DA ENSP	101

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida, sendo complementar a uma alimentação saudável até os dois anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A amamentação protege contra a morte súbita infantil, enterocolite necrotizante, diarreia, infecções respiratórias e otite média em crianças menores de dois anos, além de diminuir a ocorrência de internações hospitalares por essas causas (VICTORA *et al.*, 2016).

O Aleitamento Materno (AM) deve ser iniciado desde o nascimento, considerado aleitamento precoce ou aleitamento materno na primeira hora de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). No Brasil, a quase totalidade dos partos são realizados em ambiente hospitalar, sendo em maior proporção de nascimentos a termos sem qualquer intercorrência que necessite de abordagem médica. Dessa forma, a rotina recomendada na sala de parto é estimular o contato pele a pele entre mãe e bebê, que consiste em colocar o recém-nascido de prona sobre o colo da mãe por uma hora sem qualquer roupa entre eles (MERCER *et al.*, 2007; MOORE *et al.*, 2012). Neste momento, é preconizado ofertar o seio materno (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; MINISTERIO DA SAUDE *et al.*, 2012).

A oferta do seio materno na primeira hora de vida está associada a um maior período de amamentação, maior tempo de oferta de leite materno, maior vínculo e sensação de bem-estar materno (MERCER *et al.*, 2007). Há evidências na literatura de que o tempo até a primeira mamada está associado ao risco de morte neonatal, quanto maior o tempo desde o nascimento, maior o risco (EDMOND *et al.*, 2006). Bebês amamentados entre a segunda hora de vida até as 24 horas apresentaram uma chance 33% maior de mortalidade neonatal quando comparados aos que foram amamentados na primeira hora de vida (SMITH *et al.*, 2017).

Apesar dos benefícios, as taxas de amamentação na primeira hora ainda são insatisfatórias em todos os países, sendo de baixa ou alta renda. O mais comum na rotina das maternidades é a primeira mamada ocorrer no alojamento conjunto, após a primeira hora (VICTORA *et al.*, 2016). No Brasil, a prevalência de AM na primeira hora foi de 55% em 2011/2012 segundo dados do estudo “Nascer no Brasil”(CARVALHO *et al.*, 2016).

Considerando a importância da amamentação na primeira hora de vida, distintos estudos mostram os diversos fatores, hospitalares, maternos e da criança, que podem contribuir para que a prática de amamentação na primeira hora de vida ocorra (ABDALA; CUNHA, 2018; BOCCOLINI *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2013; RAMALHO *et al.*, 2019; SAMPAIO;

BOUSQUAT; BARROS, 2016; SILVA, Juliane Lima Pereira da *et al.*, 2019). Ressalta-se o papel da maternidade dentre esses fatores que influenciam no AM na primeira hora, e por isso, ao longo dos anos tem se investido em políticas e estratégias que melhorem esse ambiente e assegurem uma maior oportunidade para as mulheres de amamentar na primeira hora.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a estratégia da Rede Cegonha (RC), visando assegurar uma rede de cuidados materno e infantil. Especificamente para um de seus componentes, parto e nascimento, foi marcado pela implementação de um novo modelo de atenção centrado nas necessidades da mulher, baseado no conceito de parto como condição fisiológica normal, e assim, proporcionar à criança um nascimento seguro. Dentro do parto e nascimento engloba o incentivo a prática de amamentação (CAVALCANTI *et al.*, 2013; MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Dessa forma, a seguir traremos uma introdução sobre o aleitamento materno, seus benefícios e importância na primeira hora de vida e o papel da Rede Cegonha na promoção dessa prática. Esse fundamento teórico nos guia até a justificativa e metodologia do presente trabalho.

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 A AMAMENTAÇÃO E A SAÚDE MATERNO INFANTIL

A amamentação é a forma mais natural, biológica e emocional de alimentação do bebê. Contribui, inclusive, para a economia da família e da sociedade, pois crianças amamentadas adoecem menos e dessa forma utilizam menos os serviços de saúde (KENT, 2006). Estima-se que em 2015, 13,8% das mortes de crianças menores de dois anos, o que correspondente a 823.000 mortes em todo o mundo, poderiam ter sido evitadas com um nível adequado de AM (VICTORA *et al.*, 2016).

Produzido de forma fisiológica pelo corpo da mulher, é o único alimento que contém as reais necessidades do recém-nascido e a oferta de anticorpos e outras substâncias protetoras (BRASIL, 2019). Contribui com o desenvolvimento saudável da criança, previne infecções, promove a saúde e o bem-estar materno e da família (KENT, 2006).

A amamentação reduz a chance de desenvolver sobrepeso, obesidade e diabetes. Está associada a um maior desempenho em testes de inteligência, tanto em crianças como em adolescentes, um aumento de até 3,4 pontos no Quociente de Inteligência (QI), e a uma maior escolaridade em anos de estudo. Ou seja, crianças amamentadas possuíam maior desenvolvimento de inteligência e maior chance de concluir mais anos de estudo do que as não amamentadas (KRAMER; KAKUMA, 2012; VICTORA *et al.*, 2016). Crianças amamentadas até o sexto mês de forma exclusiva apresentam menor morbidade por infecção gastrointestinal, e não apresentam déficit de crescimento quando comparadas a crianças com amamentação parcial a partir do terceiro mês (BRASIL, 2019; VICTORA *et al.*, 2016).

Para a mulheres que amamentam são observados diversos benefícios à saúde. Está associado a um risco reduzido de desenvolver diabetes tipo 2, câncer de mama e ovário; promove maior espaçamento para uma nova gestação, por apresentarem maior período de amenorreia (IP *et al.*, 2007; VICTORA *et al.*, 2016). A lactação em mulheres também está associada a uma menor chance de desenvolver depressão pós-parto (BRASIL, 2019; VICTORA *et al.*, 2016), além de ampliar a construção do vínculo entre mãe-bebê, por ser uma prática que traz profunda interação e troca, fortalecendo o vínculo familiar (BRASIL, 2019).

Apesar dos benefícios conhecidos do AM, sua prevalência está aquém do desejado. Segundo dados do Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 2020, 48% das crianças nascidas no mundo nos últimos 24 meses foram amamentadas na primeira hora de vida, e 65% alimentadas exclusivamente com leite materno nos dois primeiros dias de vida,

porém com distribuição desigual entre as regiões. O maior percentual de amamentação na primeira hora foi observado na região Sul Africana, com 81%; na América Latina foi de 63%. O percentual de crianças que receberam leite materno exclusivo nos dois primeiros dias de vida na América Latina foi de 54% (UNICEF, 2021).

A prevalência de AM no Brasil ao longo de quatro décadas foi influenciada pelas implementações de políticas públicas, principalmente a partir dos anos 80, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na proteção e inclusão social. Desde então, houve um direcionamento de maior financiamento e apoio na atenção básica e os cuidados com a saúde materno-infantil, o que resultou na diminuição da mortalidade infantil e aumento das taxas de amamentação (VICTORA *et al.*, 2011).

A duração média do AM vem crescendo ao longo dos anos. Em 1974 era de 2,5 meses, passando, em 1989, para 5,5 meses, em 1996 para 7 meses de duração, chegando a 14 meses em 2006 (REA, 2003). Entre os anos 2000 e 2013, a prevalência de AM se manteve entre 60 a 80% (UEMA *et al.*, 2015). Em 2008 a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em uma amostra de 34.366 crianças, mostrou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo nas capitais brasileiras em menores de 6 meses de 41%. A maior prevalência ocorreu nas capitais da região Norte com 45,9%, sendo a pior região o Nordeste, com 37%. Quanto ao aleitamento materno na primeira hora de vida, a prevalência foi de 67,7%. Os melhores resultados foram observados na Região Norte, Centro-Oeste e Sul (72,9%, 72% e 71,8%, respectivamente). O pior desempenho foi observado na região Sudeste, com 63,5% (BRASIL, 2009a, b).

Amamentar depende de diversos fatores e, sendo assim, sua promoção pode ocorrer por meio de diferentes abordagens, podendo ocorrer antes mesmo da gravidez, durante o pré-natal ou antes e após a primeira mamada. Deve envolver não só a mulher, mas também sua família e comunidade. A iniciativa mais efetiva de promoção do aleitamento materno no mundo é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que contribui com maiores prevalências no AM nos locais onde foi implementada. Essa iniciativa é só um dos exemplos de políticas públicas que apoiam o AM (BALOGUN *et al.*, 2016).

No Brasil, apesar da melhora observada nas taxas de AM, a redução nos percentuais de mortes por nascidos vivos tem sido menor na faixa neonatal quando comparado a outras fases da vida, o que pode estar associado ao atraso do início da amamentação. Por exemplo, entre 2000 e 2008, a diminuição na mortalidade foi de 3-2% por ano no período neonatal enquanto

no período pós-neonatal de 8-1%. A morte de recém-nascidos representou 68% das mortes infantis em 2008 (VICTORA *et al.*, 2011).

2.2 O PRECURSOR DO LEITE MATERNO: COLOSTRO

O leite materno possui papel protetor, imunomodulador e é o único alimento que atinge todas as necessidades do recém-nascido. Após o nascimento do bebê ocorre declínio no nível de progesterona no sangue materno, permitindo que a mama se encha de leite de alta densidade e pequeno volume, chamado colostro, em até 30 horas. Entretanto, como já se sabe, não é o nível hormonal da mãe que faz a descida do leite, mas sim a eficiência de sucção da criança. Por isso a oferta do seio materno em livre demanda desde o nascimento pode proporcionar a descida de grandes volumes de leite em até 48 horas pós-parto (AKRÉ, 1997).

O colostro, conhecido como precursor do leite materno, permite uma adaptação da transição bem-sucedida do recém-nascido da sua vida intrauterina para a vida pós-natal. Consiste em um fluido amarelado, viscoso, que é secretado por um curto período após o nascimento. Contém um menor teor de lactose, gordura e vitaminas hidrossolúveis, porém com alto teor de proteínas, vitaminas lipossolúveis (como a vitamina E, A e K) e minerais como sódio e zinco. Possui alta concentração de imunoglobulinas e uma série de outros fatores protetores que estão ali disponíveis para ajudar o recém-nascido com o seu intestino ainda imaturo (AKRÉ, 1997).

Os componentes imunológicos encontrados no colostro são principalmente a IgA secretora, lactoferrina, leucócitos, além de fatores de crescimento epidérmico. Mostrando então que o papel do colostro na saúde infantil está em exercer funções imunológicas e tróficas, e não tanto nutricionais. A mudança para leite de transição costuma acontecer nos primeiros dias após o parto, chamado estágio II, a lactogênese, essa transição só ocorrer tardiamente em partos prematuros e obesidade materna (BALLARD; MORROW, 2013).

Como falado anteriormente, o intestino do recém-nascido é imaturo, tornando os suscetíveis a infecções intestinais e sistêmicas. Os componentes imunológicos citados contribuem na proliferação de enterócitos, na proteção imunológico através das IgA específicas da mãe que são passadas de mãe para filho por meio do leite materno, fornecimento de oligossacarídeos que contribuem na colonização saudável do intestino infantil, que ajudam também da produção das próprias IgA. Além disso, fornece a *Bifidobacteria* que ajuda na criação de uma barreira de proteção na mucosa intestinal, essencial no combate a enterocolite necrotizante (WALKER, 2010).

2.3 IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

Considerando os componentes nutricionais e principalmente imunológicos ofertados pelo aleitamento materno, diversos estudos mostram seu efeito protetor na mortalidade neonatal, que é um relevante indicador utilizado no campo da saúde pública para avaliar as condições socioeconômicas e de saúde da mulher, além de avaliar a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).

Apesar disso, os dados sobre o início precoce do aleitamento materno, dentro da primeira hora de vida, não são tão satisfatórios. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a amamentação na primeira hora como um indicador de qualidade para o aleitamento materno e classifica sua adesão da seguinte forma: 0 a 29% muito ruim; 30 a 49% ruim, 50 a 89% bom; 90 a 100% muito bom (WORLD HEALTH ORGANIZATION; LINKAGES, 2003). A prevalência varia de 14% a 95% com uma média de 64% em 168 países da OMS, sendo que metade possui uma prevalência inferior a 50%. As menores taxas foram observadas no Peru (17,7%) e Equador (20,1%) referente aos anos de 2004 e 2005 e, os mais altos em Angola, com 98,4% (TAKAHASHI *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática e meta análise com 136.047 bebês, com o objetivo de avaliar as evidências existentes sobre o tempo de início da amamentação e a morbimortalidade infantil, observou que bebês que iniciaram a amamentação após a primeira hora de vida (2-23 horas após o nascimento) tiveram um risco 33% maior de mortalidade neonatal quando comparados aos bebês amamentados na primeira hora (IC 95%: 13–56%). Quanto aos recém-nascidos que iniciaram a amamentação após as 24 horas de vida, o risco foi maior ainda, 2,19 vezes maior de mortalidade neonatal em comparação aos amamentados na primeira hora (IC 95%: 1,73–2,77) (SMITH *et al.*, 2017).

Estudo realizado em Gana com 10.947 lactentes com o objetivo de avaliar a contribuição do momento de início da amamentação observou dados semelhantes sobre o impacto do início da amamentação precoce na mortalidade. Foi observada prevalência de amamentação no primeiro dia de vida em 71% dos bebês e 71% mantiveram a amamentação de forma exclusiva no período neonatal. O início tardio nesse estudo, considerado após o primeiro dia de vida, foi associado a um aumento do risco de mortalidade neonatal de 2,4 vezes. Os bebês que receberam outro tipo de alimento, além do leite materno, no primeiro dia de vida tiveram um risco de mortalidade neonatal quatro vezes maior (EDMOND *et al.*, 2006).

Com dados do mesmo estudo na zona rural de Gana, observou-se que o risco de morte por infecção aumentava à medida que aumentava o atraso no início da amamentação. O início da amamentação após o primeiro dia de vida foi associado a um aumento de 2,6 vezes no risco de mortalidade neonatal por infecção (OR: 2,61; IC 95%: 1,68, 4,04). O aleitamento materno parcial, ou seja, quando há oferta do leite materno associado a outro tipo de leite, como fórmulas infantis, foi associado a um risco ajustado de 5,7 vezes de morte por doença infecciosa (OR 5,73; IC 95%; 2,75, 11,91) (EDMOND *et al.*, 2007).

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, com dados de três coortes de nascimento, observou-se que a mortalidade neonatal foi maior nos bebês que iniciaram a amamentação entre 2 – 23 horas de vida quando comparados aos que iniciaram a amamentação na primeira hora (RR 1,41; IC 95%; 1,24 – 1,62), sendo intensificada naqueles cuja amamentação foi iniciada após as 24 horas de vida (RR 1,79; IC 95%; 1,39-2,30) (KHAN *et al.*, 2015).

Estudo ecológico utilizando dados secundários de 67 países encontrou uma associação negativa entre o percentual de aleitamento materno na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal (Rho = - 0,245, p+ 0,046), sendo a correlação mais forte nos países com mortalidade neonatal superior a 29 óbitos/1000 nascidos vivos (Rho = - 0,327, p = 0,048). Os países que apresentaram menores tercis de aleitamento materno na primeira hora de vida tiveram uma taxa 24% maior de mortalidade neonatal (razão de taxa = 1,24; IC 95%; 1,07 – 1,44) (BOCCOLINI *et al.*, 2013).

Uma revisão da Cochrane sobre a prática do contato pele a pele na primeira hora de vida para a saúde da mãe e do recém-nascido mostrou uma associação positiva entre essa prática e o sucesso na primeira mamada e a um maior tempo de amamentação (oferta de leite materno aumentou de um mês para quatro meses de duração). Além de outros benefícios, como maior controle de temperatura do recém-nascido e menor tempo de choro na primeira hora de vida (MOORE *et al.*, 2016).

Iniciar a amamentação ainda na primeira hora de vida é mais oportuno comparado ao início após a primeira hora até as 24 horas após o parto devido a diversos fatores. Na primeira hora os níveis de ocitocina da mãe estão altos (NISSEN *et al.*, 1995), permitindo a mais rápida descida do leite, estando também mais sensível ao cheiro do bebê. Da mesma forma, o recém-nascido tem níveis elevados de catecolaminas, responsáveis pela memória e aprendizado. Em conjunto com sua sensibilidade de odores que ocorre tanto na mãe quanto no bebê, que está mais sensível ao cheiro do leite, permite a fixação do aprendizado da mamada (BARTOCCI *et al.*, 2000; CORONA; LÉVY, 2015; FLEMING *et al.*, 1993).

Dada a importância do aleitamento materno na primeira hora de vida, sua prática integra o quarto passo dos dez passos para o sucesso do AM da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O quarto passo estabelece: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê. Essa ajuda, então, faz parte do comprometimento da instituição credenciada e de seus profissionais (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

2.4 FATORES ASSOCIADOS AO INÍCIO DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA

Estudo conduzido com análise secundária dos dados da OMS, incluindo 24 países, encontrou menor chance de início da amamentação na primeira hora de vida em mulheres que apresentaram alguma complicação na gravidez, a realização de cesariana e a utilização de protocolos de cuidados pós-natais na unidade hospitalar (TAKAHASHI *et al.*, 2017). É recomendado que a rotina de cuidados com o recém-nascidos, tais como: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos, só ocorra após o contato pele a pele por uma hora (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Apesar das recomendações, muitas maternidades ainda adotam como protocolo a priorização desses procedimentos.

Na Índia, estudo com 409 mulheres constatou que a primeira mamada ocorreu entre a primeira e a sexta hora pós-parto, e as puérperas que levaram maior tempo eram primíparas. Também mostrou uma associação da cesárea com uma menor taxa de amamentação na primeira hora de vida (BOLLIPO *et al.*, 2018). Em outra maternidade na Índia, com 400 puérperas observou uma prevalência de aleitamento materno na primeira hora de 64% e o maior risco de não amamentar foi em mulheres que tiveram parto cesariana (RAGHAVAN *et al.*, 2014)

Em um hospital universitário nos Estados Unidos, estudo etnográfico em um hospital com acreditação IHAC com 84 mulheres elegíveis para o parto vaginal, observou que bebês nascidos de partos induzidos por medicamento apresentaram menor probabilidade de atingir o aleitamento materno na primeira hora (CADWELL; BRIMDYR; PHILLIPS, 2018). No estado da Pensilvânia, também nos Estados Unidos, foram entrevistadas 2772 puérperas primíparas, e observaram que o parto prematuro posterga a primeira mamada para além da primeira hora de vida quando comparados a bebês a termo (HACKMAN *et al.*, 2016).

Em um hospital universitário nos Estados Unidos da América (EUA), que tem implementado na rotina hospitalar o contato pele a pele ininterrupto imediatamente após os

partos vaginais para bebês saudáveis por uma hora, encontrou-se associação dessa prática com o sucesso da amamentação. Foi observado que a exposição intraparto a drogas comuns do trabalho de parto, como fentanil e ocitocina, diminuiu a probabilidade de o bebê mamar na primeira hora de vida durante o contato pele a pele (BRIMDYR *et al.*, 2015).

No Brasil a prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi de 43% em 5 mil crianças menores de 5 anos em 2006, segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS (BRASIL, 2009b). Na cidade do Rio de Janeiro em estudo seccional com 47 maternidades públicas e privadas (1999-2001), foi observado a associação da via de parto e a amamentação. Mulheres que tiveram parto vaginal levaram em média seis horas até o início da amamentação, enquanto que aquelas que tiveram cesariana demoraram dez horas até a primeira mamada (BOCCOLINI *et al.*, 2008).

Estudo realizado no Rio de Janeiro com 8.397 binômios mãe-bebê observou uma prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 16%. Foi menor a frequência em recém-nascidos com intercorrências imediatas, que seria um impeditivo de oferta do seio materno. Também foi menos frequente nas mães que não tiveram contato com os recém-nascidos na sala de parto, nas que tiveram parto cesariana e naquelas cujo parto ocorreu em unidade privada (BOCCOLINI *et al.*, 2011).

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro, em uma maternidade de alto risco, com 403 puérperas, identificou uma prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 43,9%. O desfecho foi associado à cor de pele não preta, maior número de filhos, realização do pré-natal, parto vaginal, peso do bebê ao nascer maior que 2500 gramas e o recebimento de suporte para amamentação na sala de parto (PEREIRA *et al.*, 2013).

Uma revisão sistemática conduzida nas bases de dados *Medline*, *Lilacs*, *Scopus* e *Web of Science*, com 18 artigos da Ásia, África e América do Sul constatou uma frequência de amamentação na primeira hora de vida de 11,4%. Fatores como a cesárea, baixa renda, idade materna menor que 25 anos, baixa escolaridade materna, ausência de consulta de pré-natal, falta de orientação sobre amamentação durante o pré-natal e prematuridade ampliaram a chance de não amamentação (ESTEVEZ *et al.*, 2014).

Os principais fatores associados ao início tardio da amamentação em um estudo realizado em maternidade vinculadas ao SUS foi a realização de cesariana, pela demanda maior de cuidados pós-operatórios, e a não acreditação da unidade no IHAC, que tem como quarto passo a oferta do seio materno na sala de parto. Outro fator observado foi a falta de conhecimento sobre o status da sorologia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o que

demonstra uma possível ausência ou inadequação do pré-natal dessa puérpera (ESTEVEZ *et al.*, 2015).

O estudo “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” de 2011/12 identificou uma prevalência de amamentação na primeira hora de 55% entre as 20.035 mulheres da amostra. O desfecho estava associado à idade materna menor que 35 anos, residir na região Norte, parto em unidade com acreditação no IHAC e parto vaginal (CARVALHO *et al.*, 2016). Outro estudo utilizando a mesma base de dados, com uma amostra de 8.466 puérperas que tiveram parto vaginal a termo, com recém-nascidos saudáveis expôs que mulheres cujos partos foram assistidos por enfermeira obstetra tiveram 64% maior chance de amamentar na primeira hora (SILVA *et al.*, 2020). Em outro estudo com os dados do Nascer, mostrou que mulheres que não queriam engravidar e declararam insatisfação quando descobriram a gravidez apresentaram menor chance de amamentar na primeira hora, evidenciam falhas no planejamento familiar (ROCHA; GOMES; RODRIGUES, 2020).

Estudo realizado em Rio Branco, na capital do Acre, com 1.144 binômios mãe-bebê encontrou uma prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 58,2% nas duas únicas maternidades da cidade. Estavam associados a esse desfecho a menor escolaridade materna, menor classe socioeconômica, maior número de moradores no domicílio e trabalho materno. Foi inversamente associado à cesárea e ao baixo peso ao nascer (RAMALHO *et al.*, 2019).

Em Recife, estudo realizado com 244 puérperas de uma unidade hospitalar com acreditação de IHAC, observou uma prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 28,1%. Os fatores protetores associados foram a presença de enfermeira obstétrica na sala de parto, parto vaginal, clampeamento tardio do cordão umbilical, peso do recém-nascido maior que três quilos e o contato pele a pele (SILVA *et al.*, 2019). Na Bahia, encontrou-se 48,5% de amamentação na primeira hora de vida em 388 binômios mãe-bebê, associados à maior escolaridade materna, orientação no pré-natal sobre amamentação, bebê levado a mãe após o parto, permanência do bebê no mesmo quarto da mãe e parto em unidade acreditada em IHAC (SOUSA *et al.*, 2020).

Fatores relacionados à assistência, ou seja, às práticas instituídas pelas maternidades, exercem grande influência no início da amamentação. A oferta do seio materno na sala de parto ainda não faz parte da rotina de muitas unidades. A nível individual um fator influenciador importante é a condição de saúde do bebê ao nascimento (BOCCOLINI *et al.*, 2011; VENANCIO *et al.*, 2016).

2,5 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Da mesma forma que o conhecimento sobre o papel do aleitamento na saúde materno infantil vem avançando ao longo dos anos, também vêm sendo criadas e fortalecidas políticas públicas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, ao longo da história da saúde pública, especialmente a partir da década de 80, no cenário nacional e internacional (REA, 2003). A produção e divulgação do conhecimento científico sobre os benefícios do aleitamento materno foram fundamentais para os primeiros passos do movimento sanitário em defesa e apoio do AM, e concomitantemente a mobilização governamental (KALIL; DA COSTA, 2012; REA, 2003).

No Brasil, os primeiros passos sobre o cuidado da saúde materno-infantil ocorreram em 1940 durante o Estado Novo com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr) (KALIL; DA COSTA, 2012). Em 1943 foi criado dentro das leis trabalhistas o direito à licença maternidade de doze semanas. Em 1974 foi iniciado o Programa Materno Infantil (PMI) que incentivava a amamentação como forma de garantir o desenvolvimento adequado a criança por meio de ações educativas (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013, p. 201).

O II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, implantado em 1976, teve o objetivo de construir estratégias em combate à desnutrição infantil. Apenas em 1979 foi criada a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) com o apoio das Nações Unidas (KALIL; DA COSTA, 2012). Em 1981 foi lançado o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno pela OMS, regula o uso de leites artificiais e outros produtos que interferem na amamentação, como mamadeira e chupetas. No mesmo período foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) com o objetivo de divulgar os benefícios do AM (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

Em 1985 foi implantado na cidade do Rio de Janeiro o primeiro Banco de Leite Humano (BLH), no Instituto Fernandes Figueira e, em 1988, foi criada a Rede Nacional de Banco de Leite Humano. No mesmo ano foi ampliada a licença maternidade para 120 dias. Em 1989 a OMS e a UNICEF lançaram a “Declaração conjunta sobre o papel dos serviços de saúde e maternidade”, na qual são estabelecidos os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” com um resumo de instruções em passos para as maternidades (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013; REA, 2003). O “Passo Quatro” recomenda o posicionamento do bebê em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, a fim de incentivar a mãe no reconhecimento do preparo de seus filhos para a amamentação (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Em 1992 o Ministério da Saúde estabeleceu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) criada pela OMS e UNICEF. No mesmo ano foi regulamentada a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). Também foi instituído a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), a fim de promover ações a favor do AM. Foi criado o método mãe canguru para incentivo à amamentação de recém-nascidos de baixo peso. Em 1993 foi criado o Alojamento Conjunto, instituindo a permanência do recém-nascido 24 horas por dia com a mãe até a alta hospitalar, garantia de aumento do vínculo mãe-bebê e incentivo ao AM (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013; REA, 2003, p. 200).

Em 1999, foi criada a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), com intuito de dar seguimento às práticas de incentivo a AM dentro a assistência básica (pré-natal), baseada nos dez passos assim como estabelecido no IHAC. Em 2002 a NBCAL foi ampliada, com a fim de promover o AM intitulando-se “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras”. Em 2008 foi instituída, em portaria, a extensão da licença maternidade de 120 para 180 dias para as mães que amamentam. No mesmo ano foi regulamentado a Rede Amamenta Brasil (RAB), ofertando maior capacitação aos profissionais de saúde quanto a atuação da rede de proteção a amamentação (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013; REA, 2003, p. 200).

Atualmente, a principal política de proteção ao AM é a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que contempla seis estratégias: Rede Amamenta Brasil; Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (Rede BLH-BR); Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Proteção Legal ao Aleitamento Materno; Monitoramento dos Indicadores de AM; e Mobilização Social. A Mobilização Social consiste nas campanhas de massa referentes as datas comemorativas, como por exemplo a celebração do agosto dourado.

A Política Nacional de Promoção e Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno tem como objetivo aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e do AM por 2 anos de vida ou mais no Brasil. São componentes da política: Gestão e Articulação Política, Proteção Legal à Amamentação, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Educação, Comunicação e Mobilização Social, Componente Inovador, Monitoramento e Avaliação. A política promove a integração e articulação desses componentes, através de intervenções complexas e interdependentes (BRASIL, 2017).

A Rede Amamenta Brasil foi instituída em 2008 e foi integrada a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no início de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Abrange unidades

básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, ou seja, a rede básica de saúde, como locais para o incentivo a amamentação. Constitui uma metodologia de trabalho onde a equipe expõe e discute seus aprendizados e dificuldades e busca solução a partir da realidade da unidade. A adesão das unidades a Rede tem gerado resultados positivos, com uma associação a maior sucesso na amamentação das mulheres atendidas (VENANCIO *et al.*, 2016).

A Rede de BLH criada em 1998 com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2017). O BLH fornece suporte as mães que amamentam e coleta leite materno para o recém-nascidos que precisam, em destaque os prematuros que necessitam ficar internados em UTI neonatal. Seu papel na promoção do aleitamento materno tem sido reconhecido entre as instituições (FONSECA *et al.*, 2021).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi criada em 1991 pela Organização das Nações Unidas para promover o AM e prevenir o desmame precoce hospitalar, Os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno estabelece a diretriz básica para uma política hospitalar que garante a prática do aleitamento materno. As mudanças estabelecidas pela iniciativa nas práticas da rotina hospitalar tais como: treinamento dos funcionários, orientação às gestantes, início precoce do aleitamento materno, apoio durante a internação, uso não rotineiro de outros líquidos ou leite artificial, alojamento conjunto, livre demanda, proibição de propaganda e distribuição de fórmulas infantis, bicos e chupetas; contribuem em uma maior prevalência de AM (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012; LAMOUNIER *et al.*, 2019).

2.6 REDE CEGONHA

Considerando a importância da implementação de estratégias dentro das unidades de assistência, foi criada a Rede Cegonha (RC), constituída em um cenário de desafio para a saúde da mulher e da criança, para a diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil. Criada em 24 de junho de 2011 pela portaria nº 1.459 (MINISTERIO DA SAUDE, 2011) dentro do Sistema único de Saúde (SUS), estabelecia a criação de uma rede de assistência que assegurasse os cuidados à mulher e à criança de forma humanizada, desde o planejamento da gravidez até o puerpério. Teve como objetivo: a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança como foco na atenção do parto até o desenvolvimento da criança aos 24 meses de vida; organização da Rede de Atenção à saúde Materno-infantil para garantir o acesso, acolhimento e resolutividade; redução da mortalidade materna e infantil (ênfase na fase

neonatal). A RC era uma iniciativa do Governo Federal mas competia aos Estados e Municípios a sua implementação.

Compreendia uma rede de cuidado de forma a garantir à mulher seu planejamento reprodutivo e assistência humanizada no período da gravidez até o puerpério. Considerando o direito da criança a um nascimento e crescimento saudável, assim como o direito da mulher ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada na gravidez (CAVALCANTI *et al.*, 2013; UNA-SUS/UFMA, 2015).

A RC era baseada na Política Nacional de Humanização (PNH) e no Caderno de Humanização do Parto ao Nascimento (BRASIL, 2010), teve suas diretrizes direcionadas para mudanças e movimentações coletivas no âmbito da gestão, atenção e formação. Era organizada a partir de quatro componentes, que correspondiam a uma série de ações de atenção à saúde: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

O parto e nascimento envolve diversos atores e esferas, como culturais, ambientais, religiosos, além da ciência e tecnologia, que devem operar em conjunto a fim da produção de um bem comum, associando-se aos complexos desafios envolvidos nessa relação. Para sustentar essa relação é essencial o apoio institucional como estratégia na implementação e formação do trabalho (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021).

Na prática, funcionava como uma rede de interlocução entre a atenção básica e as maternidades (ou caso de partos) de forma a garantir uma assistência adequada, desde o planejamento da gravidez até os 24 meses de vida da criança. Proporcionava um pré-natal seguro com vínculo da gestante à maternidade, evitando a peregrinação e garantindo maior acesso a rede de cuidados, como teste rápido e exames de rotina de forma oportuna. Nas maternidades e casa de partos, proporcionava, para além do vínculo prévio, um ambiente físico que trazia mais conforto para a mulher no momento do parto e pós-parto, menos médico centrado (BITTENCOURT *et al.*, 2021). Com essa rede esperava-se alcançar a diminuição da mortalidade materno e neonatal, promovendo práticas protetoras à saúde, como o aleitamento materno.

Sua implementação ocorreu de forma gradual, considerando principalmente o cenário epidemiológico da mortalidade materna e infantil (MINISTERIO DA SAUDE, 2011). Sua implementação teve início na região Nordeste, e as ações com maior grau de implementação ocorreram na região Sul e Sudeste, regiões com maior desenvolvimento econômico e social (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

No presente estudo dirigimos nosso olhar para o componente parto e nascimento, que estabelecia a prática de atenção baseada em evidências científicas nos termos da OMS, que inclui o incentivo a oferta do leite materno na primeira hora de vida. Também o componente puerpério e atenção integral a saúde da criança que estabelecia a promoção do aleitamento materno dentro da rede.

Considerando a operacionalização da rede, o monitoramento e avaliação das unidades era uma parte fundamental na sua estruturação, sendo então estabelecido como responsabilidade dos Grupos Condutores Estaduais da Rede Cegonha (GCE), com o objetivo de avaliar o cumprimento das ações da Rede. Em 2013-2015 ocorreu o primeiro ciclo avaliativo realizado pelo MS. Em 2016-2017 ocorreu o 2ª ciclo avaliativo realizado pelo MS, em uma parceria entre a Fiocruz e Universidade Federal do Maranhão (UFMA) (SILVA *et al.*, 2021). Essa avaliação foi utilizada como instrumento de gestão que contribuiu no desenvolvimento de competência coletiva, fornecendo fundamentos para o aprimoramento e reorganização do serviço para atender as necessidades da população.

Essa avaliação mostrou a importância da RC para a saúde materno infantil. Um estudo que comparou os hospitais que participaram do Nacer no Brasil em 2011 e no segundo ciclo avaliativo da RC em 2017 observou que a prevalência de boas práticas no parto foi em média 150% maior na avaliação da RC. Mostrou que a RC promoveu maior equidade na atenção ao parto e nascimentos nesses hospitais (LEAL *et al.*, 2021).

Estudo conduzido em Porto Alegre realizou um comparativo em uma unidade hospitalar quatro anos após a implementação da RC, observou aumento da frequência de acompanhante, de métodos não farmacológicos, de contato pele a pele e de estímulo à amamentação. Evidenciando o impacto da implementação da rede nessas práticas (LOPES *et al.*, 2019).

Infelizmente, o atual governo publicou uma portaria que acaba com a Rede Cegonha e institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) através da portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Essa nova política representa um retrocesso de 30 anos de avanços de políticas públicas na área da saúde materno infantil. Constituída de forma unilateral pelo Ministério da Saúde, sem a participação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um descumprimento aos métodos estabelecidos dentro do SUS pelo art. 14-A da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. O RAMI retorna com a assistência medicocêntrica totalmente contrária ao estabelecido na RC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

3 JUSTIFICATIVA

O aleitamento materno proporciona muitos benefícios à saúde materno infantil, sendo reconhecido como um direito da mãe e da criança. Quando iniciado de forma precoce, ainda na primeira hora de vida, contribui para uma maior probabilidade de sucesso e maior período da amamentação, além de estar associado à redução da mortalidade neonatal. Apesar desse reconhecimento e das inúmeras políticas e estratégias de proteção e promoção implementadas, ainda enfrenta dificuldades da sua aplicação na prática, sendo colocado em segundo plano, posterior à assistência ao recém-nascido.

As taxas de amamentação têm aumentado graças às políticas públicas criadas ao longo dos anos. A RC é um exemplo de estratégia política em prol da amamentação, que por meio da PNH é somada à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do parto e do nascimento, priorizando a amamentação desde a sala de parto. Reconhece a valorização do protagonismo da mulher e da família e o papel coadjuvante dos profissionais de saúde, gerando a corresponsabilidade entre os atores envolvidos na assistência parto e pós-parto, e fornece uma ambiência propícia para o início do aleitamento materno.

As mulheres que têm seus partos em maternidades da RC contam com diversos fatores que, segundo a literatura estão associados a uma maior chance de amamentar dentro da primeira hora pós-parto. Como o planejamento da gestação na Unidade Básica de Saúde (desejo pela gravidez), acompanhamento do pré-natal, presença no parto de um enfermeiro obstetra, presença de acompanhante na sala de parto, conhecimento dos profissionais da assistência ao parto sobre a importância e direito do contato pele a pele na primeira hora de vida e sobre o aleitamento materno, além do ambiente acolhedor proporcionado pela humanização.

Considerando esse cenário de prática favorável ao aleitamento materno, espera-se que o presente estudo contribua com o conhecimento sobre os fatores associados ao sucesso do aleitamento materno no pós-parto e sobre o papel da estratégia RC na promoção do início precoce do AM. Identificar os desafios enfrentados na sala de parto que prejudicam o início da amamentação precoce, postergando a primeira mamada para as próximas 23 horas. Evidenciar quais fatores devem ser mantidos e quais devem ser melhorados dentro da assistência ao parto e nascimento na rede pública.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida, em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a prevalência do início do aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.

Identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.

Comparar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora vida com os fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado como exploração secundária dos dados da Avaliação das práticas de cuidado ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha do segundo ciclo avaliativo 2016-2017.

5.1. CAMINHOS METODOLÓGICOS DO SEGUNDO CICLO AVALIATIVO 2016-2017

No segundo ciclo avaliativo foram avaliadas as maternidades e casos de partos vinculadas à Rede Cegonha. A coordenação da avaliação foi da Fundação Oswaldo Cruz nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e da Universidade Federal do Maranhão no Norte e no Nordeste. Foi conduzida em hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS) que cumpriam os critérios estabelecidos: ter realizado 500 ou mais partos em região de saúde com Plano de Ação da RC em 2015, independente da liberação de recursos; ter realizado menos de 500 partos, em região de saúde com plano de ação da RC e com liberação de recursos em 2015.

Desta forma, foram avaliadas 606 maternidades, das quais 351 estabelecimentos públicos. Foram incluídas maternidades de todas as unidades da federação, que juntos foram responsáveis por quase 50% dos partos realizados no país e 61,2% dos partos do SUS em 2017. As maternidades estavam distribuídas da seguinte forma pelas regiões: 86 na Região Norte, 174 no Nordeste, 224 no Sudeste, 81 no Sul e 41 no Centro-oeste.

Foram avaliadas cinco diretrizes: acolhimento em obstetrícia; boas práticas na atenção ao parto e nascimento; monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; gestão participativa e compartilhada; e ambiência. Utilizou-se da técnica de Estimativa Rápida Participativa recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), baseada no planejamento participativo, conciliando o saber teórico com o prático, de forma simples e fácil, a fim de facilitar o planejamento de ações do serviço e da comunidade avaliados (VILELA *et al.*, 2021).

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017. Foram utilizadas três técnicas de coleta de dados: entrevista estruturada, análise documental e observação *in loco*. Foram entrevistadas puérperas, profissionais de saúde e gestores das unidades. A análise documental foi feita nos prontuários das puérperas selecionadas para o estudo. A coleta foi feita por meio de visitas a cada maternidade, por equipes compostas por um supervisor e por avaliadores em cada estado, eram profissionais de saúde com experiência

de trabalho em maternidades que possuíam disponibilidade de tempo, habilidade de comunicação e conhecimento de informática (VILELA *et al.*, 2021).

O tamanho amostral mínimo calculado para as puérperas foi de 1.800 para cada macrorregião. Para garantir a proporcionalidade referente ao número de nascimentos, foi estabelecido um número fixo de dias para seleção e inclusão de puérperas, de acordo com o tamanho da população: dois dias nas regiões Sudeste e Nordeste, quatro dias na região Norte, cinco dias na região Sul e sete dias na região Centro-Oeste. Obteve-se 10.665 puérperas.

A fim de garantir a confiabilidade da coleta dos dados, foi realizada capacitação teórica e prática com carga horária mínima de 40h para supervisores e avaliadores, sob a responsabilidade da coordenação regional da avaliação e de técnicos do Ministério da Saúde. Participaram da capacitação representantes das instituições parceiras – Secretaria do Estado de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) – que acompanharam a aplicação do instrumento de análise documental e a observação *in loco*.

Para a entrevista estruturada com as puérperas, foram selecionadas todas aquelas cujos partos ocorreram na unidade desde à 00:00h do primeiro dia até às 23:59h do último dia de permanência da equipe no campo. Foram excluídas mulheres com registro de transtorno mental grave, que não compreendiam a língua portuguesa, possuíam deficiência auditiva, internadas por aborto ou aquelas encaminhadas à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-parto.

Também foi observado e analisado o grau de implementação das ações da RC. Para isso foi elaborado uma matriz de julgamento com base nas cinco diretrizes do componente parto e nascimento da RC. Foram avaliados: (i) acolhimento em obstetrícia; (ii) boas práticas na atenção ao parto e nascimento; (iii) monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; (iv) gestão participativa e compartilhada; e (v) ambiência (BITTENCOURT *et al.*, 2021; VILELA *et al.*, 2021).

Cada componente foi composto por itens utilizados nos três métodos de coleta de dados. Para o cálculo da implementação em cada maternidade, foi realizada a estimativa a partir de cada resposta afirmativa em cada pergunta dos instrumentos utilizados. A soma dessas foi ponderada pelo grau de relevância de cada item de verificação na assistência do parto e nascimento. Para cada item de verificação, em primeiro lugar, foram determinados os valores observados dos itens de verificação (V_o) e, em seguida, calculado o grau de adequação, em termos percentuais ($V_o/\text{valor máximo possível do item de verificação} \times 100$). As perguntas que compuseram cada diretriz e os pesos atribuídos estão disponíveis no Anexo 1.

Para formulação da pontuação total do grau de adequação geral a pontuação das diretrizes foi dividida da seguinte forma: Acolhimento em Obstetrícia (18,5%); Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (41,5%); Monitoramento do Cuidado e de Resultados da Assistência ao Parto e Nascimento (10,0%); Gestão Participativa e Compartilhada (10,0%) e Ambiência (20,0%). Essa pontuação foi feita de forma a considerar a fonte da informação que compôs cada dispositivo, sendo assim: 24,7% dos valores originados da entrevista com a puérpera; 23,9% da observação in loco, 21,0% da entrevista com os profissionais de saúde; 15,4% com os gestores; 9,8% do prontuário da puérpera/RN e 5,2% da análise documental (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

A estimativa da adequação de cada item e dispositivo das cinco diretrizes foi calculado e apresentado no estudo por macrorregião e para o país. O grau de implementação foi feito a partir do somatório dos itens de cada diretriz, sendo classificado da seguinte forma: adequado (75,01 a 100%); parcialmente adequado (50,1 a 75%); incipiente (25,01 a 50%), não adequado (0 a 25%) e NaN (não se aplica) para os itens de verificação que não preenchem os condicionantes especificados para sua avaliação (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

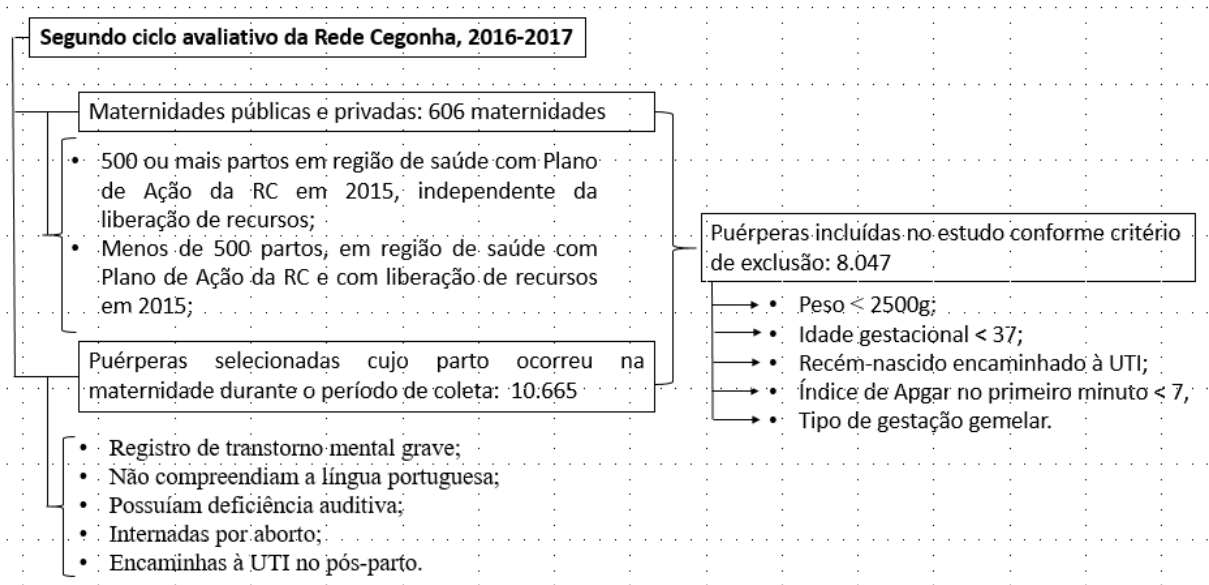
Os dados coletados foram registrados em formulário eletrônico, na plataforma web - REDCap (*Research Electronic Data Capture*). Após a coleta realizou-se a análise crítica e a limpeza das bases de dados para garantir a completude, a cobertura e a consistência (VILELA *et al.*, 2021).

5.2 MATERIAIS E MÉTODOS DO PRESENTE ESTUDO

Foram utilizados os dados coletados por meio de três instrumentos de campo: análise de prontuário (Anexo 2) e questionário da puérpera (Anexo 3), e do questionário do gestor foi utilizado a informação quanto à maternidade ser acreditada no IHAC ou não. Também foram utilizados os dados do estudo de Bittencourt e colaboradores, que analisou o grau de implementação das ações da RC nas maternidades (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

Além dos adotados no estudo principal, foram critérios de exclusão as seguintes características: recém-nascido com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500g); idade gestacional menor de 37 semanas (pela ultrassonografia), recém-nascido encaminhado à UTI; índice de Apgar no primeiro minuto menor que sete, tipo de gestação gemelar. Esses critérios foram selecionados por serem possíveis fatores impeditivos do aleitamento materno feito de forma precoce. Abaixo segue o fluxograma referente a seleção das puérperas elegíveis para o estudo:

Figura 1 – Fluxograma da população do estudo



Foram observados dois desfechos binários obtidos do questionário da puérpera: o aleitamento materno na sala de parto na primeira hora de vida e o aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido.

Também foram originadas do questionário da puérpera as seguintes variáveis: idade materna, paridade, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, planejamento da gravidez, presença de acompanhante na internação, tipo de parto, profissional que realizou o parto, contato pele a pele imediatamente pós-parto, realização do pré-natal, número de consultas. As variáveis paridade, idade materna e número de consultas foram categorizadas e utilizadas como variáveis qualitativas ordinais. A variável situação conjugal foi categorizada em com companheiro (casada e vive com companheiro) e sem companheiro (solteira, separada, viúva). A variável presença de acompanhante foi composta a partir de duas perguntas do questionário, 42 “você teve acompanhante durante a sua internação” e 45 “a maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo?”.

Dos dados coletados do prontuário foram incluídas as variáveis: registro de uso de misoprostol para indução do trabalho de parto, uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto, idade gestacional, peso ao nascer do bebê, aspiração de vias aéreas do recém-nascido superiores. As variáveis região de nascimento e acreditação IHAC foram obtidas do questionário do gestor. As variáveis idade gestacional e peso ao nascer foram categorizadas e utilizadas como qualitativas ordinais.

Do estudo sobre adequação da implementação das ações da RC foram utilizadas as variáveis: componente global “parto e nascimento” da estratégia RC; Diretriz 2 – Boas práticas

de atenção ao parto e nascimento. No presente estudo foram categorizadas em adequada (adequada e parcialmente adequada (100,00 a 50,01%) e não adequada (incipiente e não adequada – 50,00 a 0%).

Os dados foram analisados no software SPSS, versão 20,0. A análise descritiva dos dados foi realizada com cálculo de frequências absolutas e relativas. Foi realizada análise bivariada para cada variável a fim de examinar a associação com cada desfecho, separadamente, sendo selecionadas aquelas cujo valor de $p < 0,20$ para o modelo estatístico.

Na etapa seguinte as variáveis significativas selecionadas foram analisadas por meio de regressão logística múltipla com intervalo de confiança de 95%. Adotou-se o modelo hierarquizado por nível de proximidade com o desfecho conforme revisão da literatura (BOCCOLINI *et al.*, 2013, 2008; ESTEVES *et al.*, 2015) adaptado aos dados coletadas no segundo ciclo avaliativo para análise e seleção dos modelos múltiplos: distais (características maternas pessoais e domiciliares, intermediários (características da atenção ao pré-natal e gestacionais maternas) e proximais (características da atenção hospitalar e do RN) (Figura 1 e Figura 2). A seleção do modelo foi feita da seguinte forma: ajustou-se todas as variáveis distais que foram significativas (p -valor $< 0,20$) no teste Qui-quadrado, e foram removidas aquelas sem significância estatística; segundo, foram ajustadas as variáveis distais significativas (p -valor $< 0,01$) com as variáveis intermediárias com as demais e retirando as variáveis que não atingiram p -valor $< 0,01$; terceiro, foi ajustado todas as variáveis proximais com as demais das etapas anteriores – apenas as variáveis com valor de p -valor $< 0,01$ foram mantidas no modelo final.

Figura 2 - Modelo teórico hierarquizado de amamentação na primeira hora pós-parto.

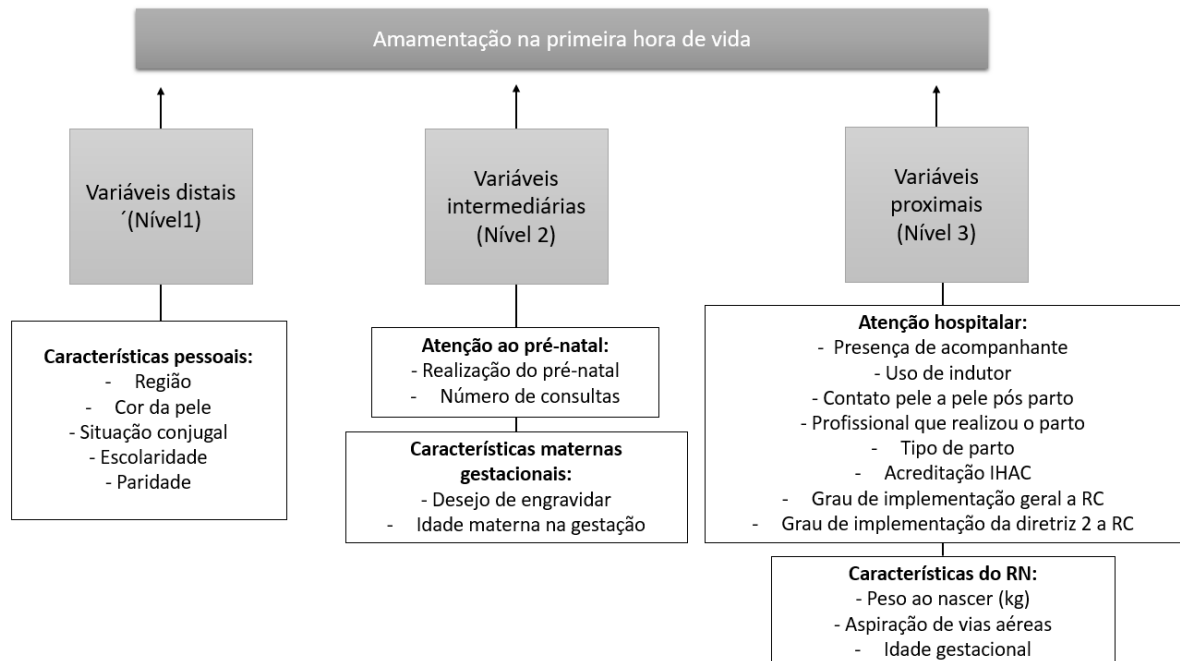
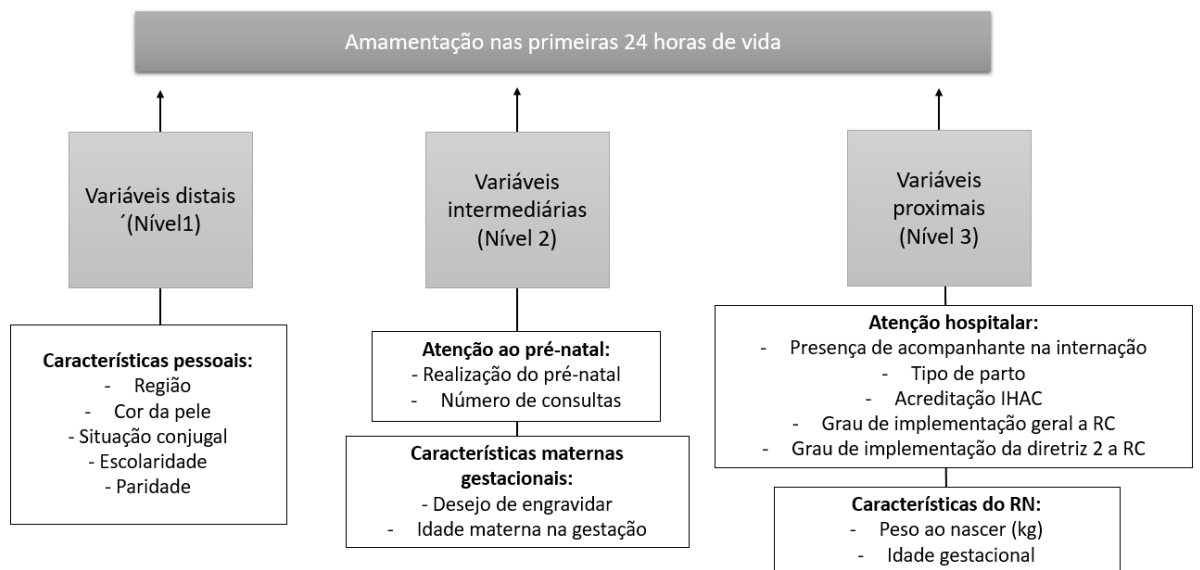


Figura 3 - Modelo teórico hierarquizado de amamentação nas primeiras 24 horas pós-parto.



6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa do segundo ciclo avaliativo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), em 14 de dezembro de 2016. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP em 13 de janeiro de 2022 com CAAE 53989321.2.0000.5240 (Anexo 4).

Todas as mulheres puérperas entrevistadas concederam suas entrevistas e a cessão das informações por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual receberam uma cópia.

7 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram apresentados em formato de artigo.

TITULO: Fatores associados ao aleitamento materno na primeira e nas 24 horas pós-parto em maternidades vinculadas a Rede Cegonha, Brasil, 2016-2017.

RESUMO: O Aleitamento Materno (AM) deve ser iniciado desde o nascimento para proteção contra a morbimortalidade neonatal. A adequação a estratégia Rede Cegonha (RC) pode contribuir na promoção do AM iniciado na primeira hora de vida. O objetivo foi identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora e nas 24 horas de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Estudo transversal com a utilização dos dados do segundo ciclo avaliativo 2016-2017 da RC que abrangeu todas as macrorregiões do Brasil. Utilizamos dados coletados com as puérperas e do prontuário. Foram selecionados recém-nascidos e puérperas saudáveis. Para a análise dos dados adotou o modelo teórico hierarquizado. As razões de chance foram obtidas por regressão logística binária, com IC de 95% e p -valor $< 0,01$. A prevalência de AM na primeira hora foi 31% e 96,6% nas 24 horas. No modelo final apresentaram maior chance de AM na primeira hora: presença de acompanhante, contato pele a pele, parto vaginal e unidade com acreditação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Nas 24 horas foi semelhante aos resultados encontrados na primeira hora, com associação com idade inferior a 20 anos. Apesar dos componentes da RC serem favoráveis a AM de início precoce, a prevalência foi insatisfatória assim como a prevalência de fatores associados a menor chance de AM na primeira hora, como o parto cesariana. A capacitação dos profissionais sobre amamentação de forma contínua e presença de enfermeiro obstetra no parto são recomendadas para o sucesso da amamentação na primeira hora.

Descritores: Aleitamento Materno. Período Pós-Parto. Maternidades. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Estudos seccionais.

A amamentação é considerada um direito humano que deve ser protegido e promovido em benefício do binômio mãe-bebê (BRASIL, 2019; UNICEF, 2019). Possui papel inigualável na alimentação infantil, provendo crescimento e desenvolvimento, sendo sua prática uma recomendação da saúde pública global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) deve ser iniciado desde o nascimento, sendo mantida de forma exclusiva até os seis meses e complementar a uma alimentação saudável até os dois anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Quando iniciado desde a primeira hora de vida aumenta as chances de maior período em AM e diminui o risco de mortalidade neonatal (BOCCOLINI *et al.*, 2013; EDMOND *et al.*, 2006; KHAN *et al.*, 2015; MOORE *et al.*, 2016; SMITH *et al.*, 2017, p. 2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera satisfatório um percentual de AM na primeira hora acima de 50%. Em 2020, no mundo, a prevalência foi de 48% (UNICEF, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). No Brasil, dados do “Nascer no Brasil” de 2011/12 identificou uma prevalência de amamentação na primeira hora de 55% (SILVA *et al.*, 2020). Amamentar na primeira hora depende de diversos fatores maternos, pré-natais, hospitalares e do recém-nascido. Destaca-se a assistência ao parto e suas características relacionadas ao conjunto de práticas e rotinas que permitam, apoiem e assegurem o início da amamentação (BOCCOLINI *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2016; DOS SANTOS FUCKS *et al.*, 2015; ESTEVES *et al.*, 2014; RAMALHO *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2016; SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008; SOUSA *et al.*, 2020).

Dessa forma foram elaborados programas que promovam o AM dentro das estruturas hospitalares, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o método canguru, entre outros (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013). Visando assegurar uma rede de cuidado materno e infantil, foi criado um novo modelo de atenção centrado nas necessidades da mulher, a estratégia da Rede Cegonha (RC). Em seu componente parto e nascimento, estabelece o estímulo ao AM na primeira hora de vida e sua manutenção exclusiva no alojamento conjunto. Conta em sua estrutura e organização fatores relacionados ao sucesso do início da amamentação de forma oportuna, como a presença de enfermeira obstetra no parto e direito a acompanhante de livre escolha em todo o tempo de internação (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Considerando o papel da Rede Cegonha na promoção do aleitamento materno iniciado de forma oportuna, ou seja, dentro da primeira hora de vida, o objetivo do presente estudo foi identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora e nas 24 horas de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com a utilização dos dados da “Avaliação das práticas de cuidado ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha”, do segundo ciclo avaliativo 2016-2017. Foram avaliadas 606 maternidades de todas as unidades da federação, das quais 351 estabelecimentos públicos e 255 privados conveniados ao SUS. Juntos representam quase 50% dos partos realizados no país e 61,2% dos partos do SUS em 2017 (VILELA *et al.*, 2021).

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017. Foram avaliadas cinco diretrizes do componente parto e nascimento da RC: acolhimento em obstetrícia; boas práticas na atenção ao parto e nascimento; monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; gestão participativa e compartilhada; e ambiência. Utilizou-se da técnica de Estimativa Rápida Participativa recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), utilizando três técnicas de coleta de dados: entrevista estruturada com puérperas, profissionais de saúde e gestores; análise documental dos prontuários das puérperas e recém-nascidos, e dos documentos referentes aos indicadores de saúde da unidade; e observação *in loco* (VILELA *et al.*, 2021).

Na avaliação da RC foram incluídas as puérperas cujos partos ocorreram durante o período de estudo, exceto aquelas com transtorno mental grave, que não compreendiam a língua portuguesa, possuíam deficiência auditiva, internadas por aborto ou aquelas encaminhadas à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-parto. Maiores detalhamentos do estudo estão disponíveis em Vilela et al. (VILELA *et al.*, 2021).

Para o presente estudo foram excluídas as puérperas com: partos prematuros (≤ 37 semanas gestacionais), natimortos, peso ao nascer < 2500 g, índice de Apgar no primeiro minuto < 7 , recém-nascidos gemelares, recém-nascidos encaminhados a UTI Neonatal. Esses critérios foram adotados por serem possíveis fatores impeditivos do aleitamento materno feito de forma precoce.

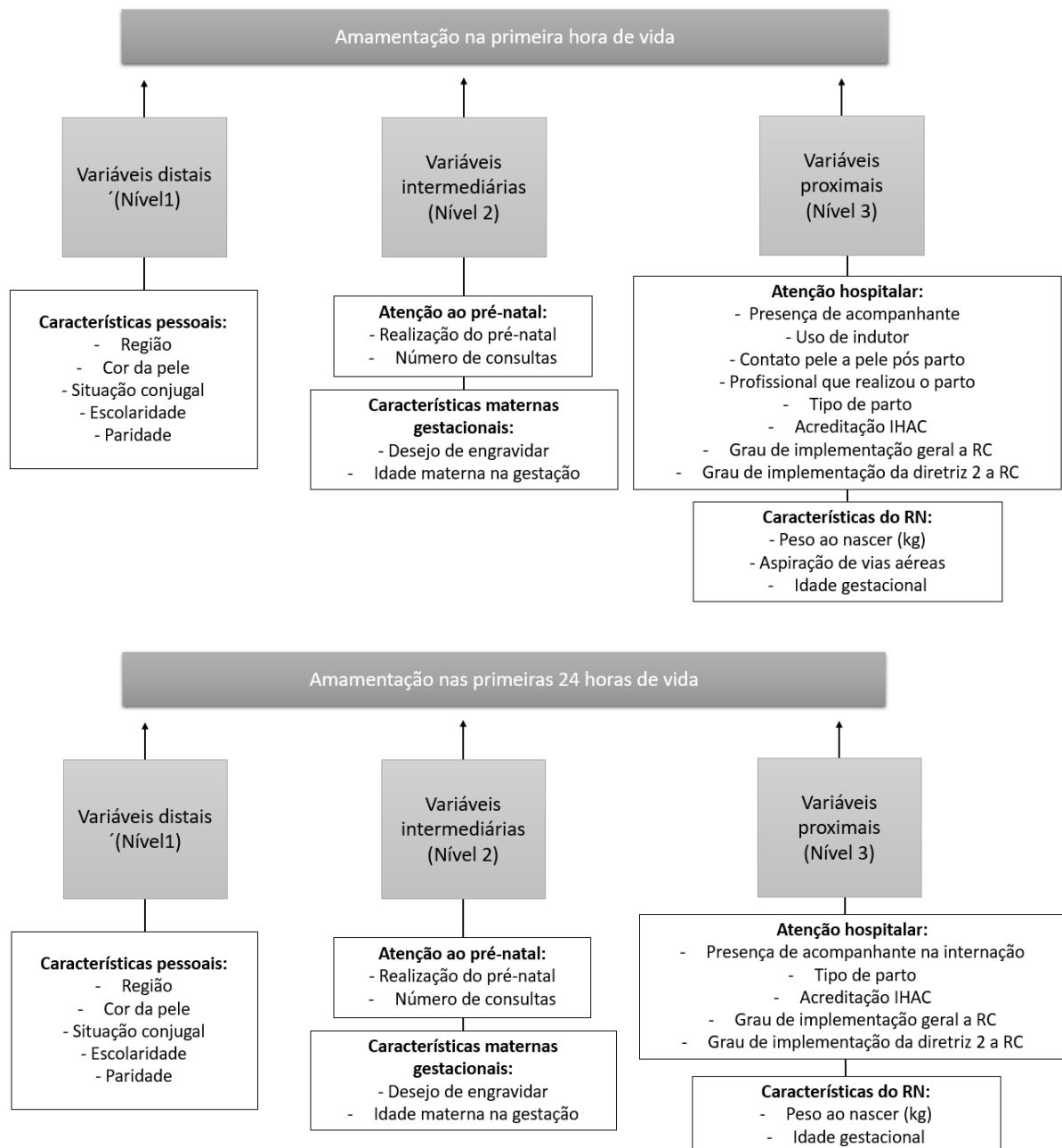
Os dados referentes ao grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento foram incluídos conforme preconizado pela Rede Cegonha (RC) a partir da configuração de uma matriz de julgamento para o Brasil e grandes regiões elaborado por Bittencourt et al (BITTENCOURT *et al.*, 2021). Considerou-se o grau de adequação geral no componente parto e nascimento segundo as 5 diretrizes e o grau de adequação da segunda diretriz referente às Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.

Foram observados dois desfechos, o aleitamento materno na sala de parto na primeira hora de vida e o aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, obtidos do questionário da puérpera. Adotou-se o modelo hierarquizado por nível de proximidade com o desfecho conforme revisão da literatura (BOCCOLINI *et al.*, 2011, 2008; ESTEVES *et al.*, 2015) adaptado aos dados coletadas no segundo ciclo avaliativo para análise e seleção dos modelos (Figura 1). Foram selecionadas para a análise as seguintes variáveis para amamentação na primeira hora: cor da pele, situação conjugal, escolaridade, paridade (nível distal); realização do pré-natal, número de consultas do pré-natal, desejo de engravidar (planejamento a gravidez), idade materna (nível intermediário); presença de acompanhante, uso de indutor (ocitocina e misoprostol), contato pele a pele, profissional que assistiu ao parto, tipo de parto, acreditação IHAC, grau de adequação geral na RC, grau de adequação da diretriz 2 da RC, peso ao nascer, aspiração de vias áreas, idade gestacional (nível proximal). Para amamentação nas primeiras 24 horas: cor da pele, situação conjugal, escolaridade, paridade (nível distal); realização do pré-natal, número de consultas do pré-natal, desejo de engravidar, idade materna (nível intermediário); presença de acompanhante, tipo de parto, acreditação IHAC, grau de implementação geral na RC, grau de implementação da diretriz 2 da RC, peso ao nascer, idade gestacional (nível proximal).

Os dados foram analisados no software SPSS, versão 20.0. A análise descritiva dos dados foi realizada com cálculo de frequências absolutas e relativas. Foi realizada análise bivariada (teste Qui-quadrado de Pearson) para cada variável a fim de examinar a associação com cada desfecho, separadamente, sendo selecionadas aquelas cujo valor de $p < 0,20$ para o modelo estatístico. Foi utilizado a estimação de modelos de regressão logística segundo modelo hierárquico (Figura 1) para o cálculo da Razão de Chances (OR), com intervalo de confiança de 95% e variáveis com valor de $p < 0,01$ foram mantidas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 13 de janeiro de 2022, com CAAE 53989321.2.0000.5240.

Figura 1 - Modelo teórico hierarquizado de amamentação na primeira hora de vida e nas primeiras 24 horas de vida.



RESULTADOS

Após aplicação dos critérios de exclusão, a amostra para o presente estudo foi de 8.047 puérperas, com uma perda de valores ausentes de 133 mulheres para a análise da amamentação na primeira hora e 104 nas 24 horas. Do total de recém-nascido, 31% foram amamentadas na primeira hora de vida e 96,6% nas primeiras 24 horas 96,6%.

Neste estudo, a maior concentração de nascimentos foi nas regiões Nordeste (30,5%) e Sudeste (36,8%). Mais da metade das puérperas eram pardas (60,2%), possuíam companheiro (79%), completaram o ensino médio (56,3%), eram primíparas (46,1%), realizaram pré-natal (98,2%) e tiveram mais de seis consultas (79,9%), conforme recomendado pela OMS. Eram em maior parte jovens adultas, com idade entre 20 e 34 anos. Quanto às características do parto e nascimento, contaram com a presença de acompanhante em todos os momentos (72,1%), não foi utilizado indutor de parto, a maternidade garantiu o contato pele a pele no pós-parto (67,5%), em sua maioria tiveram parto assistido por médico obstetra (79,9%), parto vaginal (56,8%). Das maternidades em que tiveram seus partos, a maior parte não possuía acreditação IHAC (64%), estavam com grau de implementação geral adequado da RC (81,8%) e adequado na implementação na diretriz 2 (77,2%). A idade gestacional em grande parte a termo completo (66,8%) e os recém-nascidos apresentaram peso adequado ao nascer (75,5%) (Tabela 1).

No desfecho amamentação na primeira hora, houve maior prevalência na região Sudeste (34,9%), mulheres de cor preta (33,3%), que não possuíam companheiro (31,7%), completaram o ensino superior (35,4%), múltiparas com 3 filhos ou mais (34,3%), não realizaram o pré-natal (35%), não planejaram a gravidez (33,3%), idade materna gestacional 20 a 34 anos (31,6%), contaram com a presença de acompanhante em todos os momentos (35,8%), não foi utilizado ocitocina e/ou misoprosrol como indutores de parto (32,3% em ambos), parto assistido por enfermeiro (47%), parto vaginal (44%), em maternidade com acreditação IHAC (36,2%), com implementação do componente parto e nascimento e da diretriz 2 da RC como adequado (31,2% e 31,1%, respectivamente), peso ao nascer do recém-nascido menor 3 kg (31,8%), sem intervenção de aspiração de vias aéreas (34,3%), e idade gestacional a termo precoce (31,4%) (Tabela 1).

No desfecho amamentação nas 24 horas foram observadas prevalências semelhantes dentro das variáveis considerando a alta prevalência do desfecho na amostra. As maiores prevalências foram observadas na região Norte (97,2%), mulheres pardas (96,9%), com companheiro (96,9%), ensino médio completo (96,9%), múltiparas com um ou dois partos anteriores (97,5%), não realização do pré-natal (100%), não planejamento da gravidez (100%), idade menor que 20 anos (97,8%), presença de acompanhante (97,2%), parto vaginal (97,8%), maternidade com acreditação IHAC (97,8%), grau de implementação adequado geral e da diretriz 2 da RC (96,9 e 96,7%, respectivamente), peso ao nascer menor 3 kg (96,7%) e idade gestacional maior que 38 semanas (96,8%) (Tabela 1).

Na análise bivariada encontramos associação ($p < 0,20$) entre amamentação na primeira hora e as seguintes variáveis: região de nascimento, cor de pele materna, escolaridade materna e paridade (nível distal); idade materna (nível intermediário); presença de acompanhante na internação, uso de ocitocina, contato pele a pele, profissional que assistiu ao parto, tipo de parto, acreditação da maternidade no IHAC, acreditação IHAC e aspiração de vias aéreas do recém-nascido (nível proximal). Entre amamentação nas primeiras 24 horas e as seguintes variáveis: região do nascimento, situação conjugal e paridade (nível distal); planejamento da gravidez e idade materna na gestação (nível intermediário); presença de acompanhante, tipo de parto e acreditação IHAC (nível proximal) (Tabela 1).

No modelo final ajustado, as puérperas que apresentaram chance reduzida de amamentar em 38% mulheres que tiveram seus partos na região Nordeste (OR 0,62; IC 95%: 0,49 – 0,75). Apresentaram maior chance de amamentação aquelas puérperas que contaram com a presença de acompanhante em todos os momentos da internação (OR 1,53; IC 95%: 1,28 – 1,83), contato pele a pele com recém-nascido após o parto (OR 2,10; IC 95%: 1,82 – 2,42), parto vaginal (OR 3,34; IC 95%: 2,94 – 3,79) e tiveram seus partos assistidos em unidade com acreditação IHAC (OR 1,37; IC 95%: 1,22 – 1,53). Os recém-nascidos submetidos a aspiração de vias aéreas apresentaram menor chance de amamentação na primeira hora (OR 0,67; IC 95%: 0,59 – 0,76) (Tabela 2).

Quanto ao modelo ajustado final da amamentação nas 24 horas de vida, as puérperas que apresentaram maiores chances de amamentar tinham idade inferior a 20 anos de idade (OR 1,90; IC 95%: 1,21 – 2,99), contaram com a presença de acompanhante em todos os momentos da internação (OR 1,98; IC 95%: 1,41 – 2,77), a via de parto foi vaginal (OR 2,09; IC 95%: 1,61 – 2,71), e a unidade onde deram à luz possuía acreditação IHAC (OR 1,76; IC 95%: 1,31 – 2,36) (Tabela 3).

Tabela 1 - Prevalência e fatores não ajustados associados a amamentação na primeira hora e nas 24 horas de vida segundo características maternas, do recém-nascido e do hospital, Rede Cegonha, 2016-2017.

Variáveis	n total da amostra ¹	% total da amostra ¹	Amamentação na primeira hora			Amamentação nas 24 horas		
			n ²	% ⁴	p-valor	n ³	% ⁴	p-valor
Região de nascimento								
Norte	1089	13,5	311	29,1	<0,001	1049	97,2	0,091
Nordeste	2456	30,5	592	24,6		2340	97,1	
Sudeste	2962	36,8	1019	34,9		2809	95,9	
Sul	923	11,5	326	35,7		890	97,1	
Centro-oeste	617	7,7	205	33,7		589	96,6	
Cor da pele								
Branca	2125	26,6	688	32,8	0,014	2038	96,5	0,213
Preta	1049	13,1	342	33,3		988	95,8	
Parda	4804	60,2	1408	29,8		4585	96,9	
Situação conjugal								
Sem companheiro	1683	21,0	527	31,7	0,470	1597	95,7	0,016
Com companheiro	6341	79,0	1918	30,8		6059	96,9	
Escolaridade								
EF incompleto	875	10,9	258	30,0	0,107	831	96,0	0,394
EF completo	2104	26,1	621	29,9		2016	96,9	
EM completo	4531	56,3	1390	31,2		4325	96,8	
ES superior completo e mais	513	6,4	177	35,4		482	95,8	
Paridade								
Primípara	3713	46,1	1129	31,0	0,052	3508	96,1	0,002
Um ou dois partos anteriores	3359	41,7	999	30,2		3241	97,5	
Três ou mais partos anteriores	947	11,8	320	34,3		903	96,0	
Realização do pré-natal								
Sim	7896	98,2	2401	31,0	0,300	7536	96,6	0,512
Não	142	1,8	48	35,0		132	100,0	

Número de consultas pré-natal								
5 consultas ou menos	1481	20,1	417	30,0	0,588	5618	96,7	0,936
6 consultas ou mais	5887	79,9	1237	31,1		1415	96,7	
Planejamento da gravidez								
Sim	2863	35,6	875	31,0	0,830	2715	96,6	0,039
Não	5171	64,4	1574	33,3		4951	100,0	
Idade materna								
10 - 19 anos	1621	20,2	461	28,8	0,108	1556	97,8	0,003
20 - 34 anos	5584	69,4	1736	31,6		5332	96,6	
35 anos ou mais	840	10,4	256	31,3		782	94,9	
Presença de acompanhante								
Em nenhum momento	833	10,4	213	25,8	<0,001	782	94,4	<0,001
Em algum momento	1345	16,8	182	13,8		1285	95,5	
Em todos os momentos	5822	72,8	2051	35,8		5586	97,2	
Uso de ocitocina								
Sim	2414	32,8	999	30,9	0,009	-		
Não	4939	67,2	1454	32,3		-		
Uso de misoprostol								
Sim	663	9,2	473	30,8	0,869	-		
Não	6503	90,8	1981	32,3		-		
Contato pele a pele pós-parto								
Sim	5366	67,5	2110	39,5	<0,001	-		
Não	2587	32,5	342	13,4		-		
Profissional que assistiu ao parto								
Sem assistência	45	0,7	20	44,4	<0,001	-		
Médico	5488	79,9	1507	27,5		-		
Enfermeiro/Obstetriz	1335	19,4	628	47,0		-		
Tipo de parto								
Vaginal	4568	56,8	1979	44,0	<0,001	4401	97,8	<0,001
Cesariana	3478	43,2	475	13,9		3275	95,1	
Acreditação IHAC								

Sim	2900	36,0	1030	36,2	<0,001	2798	97,8	<0,001
Não	5146	64,0	1423	28,1		4878	96,0	
Grau de implementação geral								
Adequado	6581	81,8	2020	31,2	0,369	6285	96,8	0,237
Não adequado	1465	18,2	433	30,0		1392	96,1	
Grau de implementação na diretriz 2								
Adequado	6210	77,2	1895	31,1	0,812	5924	96,7	0,469
Não adequado	1837	22,8	559	30,8		1752	96,4	
Peso ao nascer								
2500-2999g	1659	24,5	758	31,8	0,292	1590	96,7	0,878
≥ 3000g	5123	75,5	1537	30,5		4885	96,6	
Aspiração de vias aéreas								
Sim	2058	25,6	434	21,4	<0,001			
Não	5977	74,4	2017	34,3				
Idade gestacional								
37-38 semanas	2670	31,4	821	31,4	0,623	2536	96,3	0,261
≥ 39 semanas	5377	66,8	1633	30,8		5141	96,8	

¹ Amostra e percentuais válidos finais de puérperas selecionada que responderam ao questionário do segundo ciclo avaliativo da Rede Cegonha em 2016-2017.

² Valores absolutos de puérperas que amamentaram na primeira hora pós-parto.

³ Valores absolutos de puérperas que amamentaram nas primeiras 24 horas pós-parto.

⁴ Prevalência final da amostra válida.

Tabela 2 - Fatores ajustados associados à amamentação na primeira hora de vida, segundo características maternas, infantis e hospitalares vinculadas à Rede Cegonha. 2016-2017.

Variáveis	OR NÃO AJUSTADA	IC 95%	OR AJUSTADA	IC 95%
Região de nascimento				
Norte	0,78	0,63 - 0,97	0,85	0,67 - 1,07
Nordeste	0,64	0,53 - 0,78	0,62	0,49 - 0,75
Sudeste	1,04	0,86 - 1,26	1,09	0,89 - 1,34
Sul	1,08	0,86 - 1,35	0,87	0,69 - 1,11
Centro-oeste	1,00	-	1,00	-
Cor da pele				
Branca	1,00	-		
Preta	1,14	0,96 - 1,34		
Parda	0,99	0,88 - 1,12		
Escolaridade				
EF incompleto	0,79	0,62 - 1,01		
EF completo	0,78	0,64 - 0,97		
EM completo	0,82	0,67 - 1,00		
ES superior completo e mais	1,00	-		
Paridade				
Primípara	0,85	0,72 - 1,01		
Um ou dois partos anteriores	0,91	0,77 - 1,07		
Três ou mais partos anteriores	1,00	-		
Idade materna				
10 - 19 anos	0,99	0,82 - 1,22		
20 - 34 anos	1,09	0,92 - 1,28		
35 anos ou mais	1,00	-		
Presença de acompanhante				
Em nenhum momento	1,00	-	1,00	-
Em algum momento	0,73	0,56 - 0,95	0,65	0,51 - 0,82
Em todos os momentos	1,71	1,40 - 2,08	1,53	1,28 - 1,83
Uso de ocitocina				

Sim	1,08	0,96 - 1,23		
Não	1,00	-		
Contato pele a pele pós-parto				
Sim	1,94	1,65 - 2,28	2,10	1,82 - 2,42
Não	1,00	-	1,00	
Profissional que assistiu ao parto				
Sem assistência	1,00	-		
Médico	0,99	0,39 - 2,54		
Enfermeiro/Obstetiz	1,34	0,53 - 3,42		
Tipo de parto				
Vaginal	2,95	2,53 - 3,42	3,34	2,94 - 3,79
Cesariana	1,00	--	1,00	
Acreditação IHAC				
Sim	1,38	1,22 - 1,57	1,37	1,22 - 1,53
Não	1,00	-	1,00	
Aspiração de vias aéreas				
Sim	0,65	0,56 - 0,75	0,67	0,59 - 0,76
Não	1,00	-	1,00	

Tabela 3 - Fatores ajustados associados à amamentação nas primeiras 24 horas de vida, segundo características maternas, infantis e hospitalares vinculadas à Rede Cegonha. 2016-2017.

Variáveis	OR NÃO AJUSTADA	IC 95%	OR AJUSTADA	IC 95%
Região de nascimento				
Norte	1,26	0,71 - 2,24		
Nordeste	1,21	0,73 - 2,00		
Sudeste	0,88	0,55 - 1,43		
Sul	1,14	0,64 - 2,04		
Centro-oeste	1,00			
Situação conjugal				
Sem companheiro	1,00			
Com companheiro	1,27	0,97 - 1,69		
Paridade				
Primípara	1,08	0,75 - 1,56		
Um ou dois partos anteriores	1,64	1,11 - 2,41		
Três ou mais partos anteriores	1,00			
Planejamento da gravidez				
Sim	1,00			
Não	1,30	1,02 - 1,67		
Idade materna				
10 - 19 anos	2,70	1,67 - 4,38	1,90	1,21 - 2,99
20 - 34 anos	1,58	1,10 - 2,26	1,44	1,02 - 2,03
35 anos ou mais	1,00		1,00	
Presença de acompanhante				
Em nenhum momento	1,00		1,00	
Em algum momento	1,48	0,99 - 2,21	1,50	1,01 - 2,25
Em todos os momentos	1,95	1,39 - 2,74	1,98	1,41 - 2,77
Tipo de parto				
Vaginal	2,08	1,61 - 2,70	2,09	1,61 - 2,71
Cesariana	1,00	-	1,00	-
Acreditação IHAC				

Sim	1,76	1,31 - 2,35	1,76	1,31 - 2,36
Não	1,00	-	1,00	-

DISCUSSÃO

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida, considerando mulheres e recém-nascidos saudáveis do segundo ciclo avaliativo da RC, foi de 31%. Foi significativamente menor a chance de amamentar naquelas cujos partos ocorreram na região Nordeste e que seus recém-nascido (RN) tiveram as vias aéreas aspiradas. Por outro lado, ter acompanhante em todas as fases da internação, parto vaginal e hospital com acreditação IHAC aumentaram as chances de aleitamento na primeira hora de vida. Amamentar nas 24h foi quase universal, 96,6%. Ser mãe adolescente ou adulta jovem (até 34 anos) aumentou a chance de amamentar nas 24h, assim como ter parto vaginal, ter acompanhante o tempo todo ou em parte do tempo e o parto ter ocorrido em hospital Amigo da Criança.

A proporção de crianças amamentadas na primeira hora foi menor do que a observada no Nacer no Brasil de 2011-2012 e na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006, 55% e 43%, respectivamente (BRASIL, 2009b; CARVALHO *et al.*, 2016). Ao contrário do observado em dois estudos nacionais, Nacer no Brasil 2011-2012 e na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em 2008, que observaram maior prevalência de aleitamento materno na primeira hora na Região Norte, no presente estudo o maior percentual foi encontrado na região Sul (BRASIL, 2009a; CARVALHO *et al.*, 2016). Essa diferença encontrada pode ser devido a diferenças metodológicas, pois no presente estudo foram utilizados critérios mais rígidos quanto a classificação do que de fato era aleitamento dentro da primeira hora de vida comparado aos outros estudos. A PNDS foi um inquérito domiciliar realizado com crianças menores de 5 anos, o que poderia aumentar a possibilidade de viés de memória. A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno foi realizada com crianças menores de 1 ano, apenas nas capitais brasileiras. O estudo do Nacer foi conduzido em hospitais públicos e privados, idade gestacional a partir de 22 semanas e peso ao nascer de 500g.

Observamos que apesar de não apresentar significância estatística, mais das metades das mulheres da amostra não planejaram a gravidez. Mulheres que não desejavam a gravidez ou não planejaram para aquele momento, possuem menor propensão para amamentar na primeira hora (ROCHA; GOMES; RODRIGUES, 2020). Outra característica importante foi a realização do pré-natal por quase todas as mulheres e mais da metade ter realizado o preconizado de 6 consultas ou mais. Mesmo assim, a prevalência de amamentação na primeira hora foi baixa. Esse resultado pode estar associado a ausência ou insuficiência de informação recebida sobre amamentação durante o pré-natal (BOCCOLINI *et al.*, 2008). A baixa prevalência de uso de

indutores de parto observada pode estar associada a implementação da rede, estudo realizado em um hospital universitário em Porto Alegre, observou que após a implementação da RC na unidade houve uma diminuição no uso de indutores de parto e analgesias farmacológicas (LOPES *et al.*, 2019).

Constatou-se a ausência de fatores maternos associados à amamentação na primeira hora, o que mostra a baixa influência e poder de decisão materno na amamentação na sala de parto, e ressalta a importância das práticas institucionais da maternidade e a influência e poder de decisão do profissional de saúde. Estudo retrospectivo conduzido em maternidades no Rio de Janeiro observou que os fatores individuais maternos perdiam a significância quando se inseria os fatores proximais, referentes a maternidade, no modelo (BOCCOLINI *et al.*, 2011). Um estudo realizado em uma maternidade pública, também no Rio de Janeiro, observou que menos da metade das mulheres sabiam da possibilidade de amamentar na sala de parto porém, 85% das puérperas não foram questionadas sobre o desejo e/ou possibilidade de colocar o recém-nascido para mamar após o parto (PEREIRA *et al.*, 2013).

O credenciamento das maternidades no IHAC tem sido um fator determinante para o início precoce da amamentação. Em 2011, a chance de amamentar na primeira hora era duas vezes maior quando a mulher dava a luz em uma unidade acreditada do país (CARVALHO *et al.*, 2016). Resultados semelhantes foi observado na Bahia em 2017, com chance 3 vezes maior de amamentação na primeira hora em maternidades IHAC (SOUSA *et al.*, 2020). No Rio de Janeiro, em 2009, a certificação da maternidade pela IHAC foi um importante fator de proteção contra o início tardio da amamentação, reduzindo em 83% a chance de amamentar após a primeira hora (ESTEVES *et al.*, 2015).

A presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto é instituída por lei e faz parte das ações do componente parto e nascimento da RC (MINISTERIO DA SAUDE, 2011). Puérperas que contaram com a presença de acompanhante de livre escolha durante toda a internação apresentaram maior chance de amamentação na primeira hora, enquanto nas 24 horas foi também significativa a presença de acompanhante em algum momento. O acompanhante atua no apoio e sensação de segurança para a mulher durante o trabalho de parto, parto e no pós-parto. Um estudo de revisão sobre a eficácia do acompanhante de escolha no nascimento mostrou que a presença de acompanhante se mostrou como uma experiência positiva para as mulheres, proporcionando maior sensação de segurança quanto a sofrer algum tipo de violência durante o trabalho de parto. Ressaltou também a importância da sensibilidade da equipe profissional em acolher o acompanhante de livre escolha da mulher e

permitir também a privacidade do mesmo, quando do sexo masculino (KABAKIAN-KHASHOLIAN; PORTELA, 2017). Estudo realizado em maternidades publicadas e privadas no Rio de Janeiro observou uma menor chance de amamentação na primeira hora em mulheres que não contaram com acompanhante na sala de parto e ressalta a importância desse apoio na garantia de humanização e direitos da mulher no parto (BOCCOLINI *et al.*, 2008).

A cesariana tem sido apontada, na literatura, como importante fator na diminuição da chance de amamentar. Estudo conduzido com análise secundária dos dados da OMS com 24 países observou uma chance reduzida em 72% de amamentação na primeira hora em mulheres que tiveram partos cesarianos (TAKAHASHI *et al.*, 2017). Achados semelhantes foram observados em outros estudos. Em uma revisão sistemática a cesariana foi apontada como o fator mais relevante de postergação do início da amamentação para além da primeira hora (ESTEVES *et al.*, 2014). Em uma maternidade no norte da Índia, puérperas com via de parto cesariana apresentaram um risco 34 vezes maior do que as que tiveram parto vaginal de atraso no início da amamentação (RAGHAVAN *et al.*, 2014). Em um hospital universitário nos EUA, estudo com mulheres elegíveis para o parto vaginal, observou que mesmo sendo elegíveis para o parto normal, 36,9% tiveram cesariana de emergência, não tendo o contato pele a pele pós-parto e consequentemente o aleitamento materno (CADWELL; BRIMDYR; PHILLIPS, 2018). A cesariana foi a via de parto de 43,2% das mulheres estudadas, valor bem superior ao recomendado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2015)

No segundo ciclo avaliativo mulheres que tiveram parto vaginal tiveram 3 vezes mais chances de amamentar na primeira hora do que mulheres que tiveram parto cesariana, achados que vão ao encontro dos observados no estudo “Nascer no Brasil” (CARVALHO *et al.*, 2016). A mulher que tem como via de parto o vaginal apresenta maior prontidão e empoderamento para manejo do bebê e contato com o bebê imediatamente após o parto. No parto cesariana devido ao efeito da anestesia, pode haver uma letargia tanto da mãe quanto do bebê, além da necessidade de cuidados no pós operatório. Dessa forma, o contato do binômio mãe-bebê é posteriorizado (ESTEVES *et al.*, 2014, 2015). O contato pele a pele entre mãe e bebê precede a busca e oferta do seio materno, no presente estudo esse contato dobrou as chances de amamentar na primeira hora. Mesmo em partos vaginais, a ausência do contato mãe e bebê pós parto pode aumentar o tempo até a primeira mamada em 40% (BOCCOLINI *et al.*, 2008).

O contato pele a pele é uma rotina possível e considerada boa prática do parto e nascimento, em bebês saudáveis. Mas, da mesma forma que muitas vezes essa prática não é implementada, práticas desnecessárias, não recomendadas em bebês saudáveis sem

intercorrências, como a aspiração de vias aéreas dos recém-nascidos são ainda praticadas (MOREIRA *et al.*, 2014). A aspiração de vias aéreas superiores diminuiu em 36% a chance de amamentar na primeira hora, por afastar o RN da mãe. Abandonar práticas não mais recomendadas e adotar novas práticas pode ser desafiador para a rotina hospitalar no parto e nascimento.

O componente parto e nascimento da RC propõe o estímulo de equipes horizontais do cuidado na assistência na atenção obstétrica e neonatal (MINISTERIO DA SAUDE, 2011). Entretanto, a maior participação do profissional médico obstetra em relação à enfermeira obstetra foi 4 vezes maior mesmo sendo partos a termo e sem intercorrências. Não trazer a enfermeira obstétrica para a assistência do parto de risco habitual, contribui para o excesso de cesarianas, como observado nessa avaliação. Em Recife, estudo realizado em um hospital universitário observou que mulheres que tiveram partos assistidos por enfermeira obstetra tiveram 2 vezes mais chance de amamentar na primeira hora (SILVA, *et al.*, 2019). Resultados semelhantes também foram observados por Gama *et al.*, mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeira apresentaram maior chance de amamentação na sala de parto (GAMA *et al.*, 2021).

Quanto as características dos recém-nascidos, não foi observado associação do peso ao nascer e da idade gestacional com o início da amamentação na primeira hora no modelo. O fato de no presente estudo terem sido excluídos os recém-nascidos de baixo peso (< 2500g) e prematuros (< 37 semanas) pode justificar tal resultado. Um estudo conduzido em uma maternidade de alto risco no Rio de Janeiro, observou que bebês com peso acima de 2500g apresentaram fator de proteção contra a não amamentação (PEREIRA *et al.*, 2013). Achados semelhantes foram observados em estudo em Belo Horizonte – MG, no qual recém-nascidos a termo e com peso adequado apresentaram maior chance de contato pele a pele e, conseqüentemente, de amamentação na primeira hora (SILVA *et al.*, 2016). O baixo peso e prematuridade estão associados a maior necessidade de intervenção no pós-parto, e também a possível falta de estado de prontidão para a sucção devido à imaturidade no desenvolvimento (MAMEMOTO *et al.*, 2013; WHITE-TRAUT *et al.*, 2013).

A prevalência de amamentação dentro das 24 horas pós-parto foi bastante satisfatória no segundo ciclo avaliativo, tendo quase todas as puérperas amamentado seus filhos. Assim como na primeira hora, foi observada associação com a presença de acompanhante, via de parto vaginal e acreditação da maternidade na IHAC. A presença de acompanhante em todos os momentos da internação e o parto vaginal dobraram as chances de amamentação nas 24 horas.

Estudo realizado em maternidades públicas do Rio de Janeiro observou que mulheres que tiveram parto vaginal levaram em média até 6 horas para iniciar a amamentação, enquanto nas que tiveram parto cesariana esse tempo foi de 10 horas (BOCCOLINI *et al.*, 2008). A via de parto vaginal é um fator protetor para o AM, seja início precoce ou tardio. Isso ocorre pela demanda maior de cuidados pós-operatórios na puérpera submetida ao parto cesariana.

Em estudo realizado em maternidades públicas do Rio de Janeiro a não acreditação IHAC foi apontada como um dos principais fatores associados ao início tardio da amamentação (ESTEVES *et al.*, 2015). O IHAC conta com os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, sendo o quarto passo o incentivo e apoio da amamentação desde o nascimento e o quinto passo apoiar o início e a manutenção do AM (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012). A práticas desses dois passos são fundamentais para a promoção do AM.

A idade materna inferior a 35 anos aumentou as chances de amamentar, em destaque as adolescentes. Do mesmo modo, estudo no Rio de Janeiro expôs que o aumento na idade materna retardou o tempo até a primeira mamada (BOCCOLINI *et al.*, 2008). Outros estudos (BOCCOLINI *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2020) observaram maior chance de amamentação na primeira hora entre as adolescentes. Apesar de não ter sido significativo em relação à amamentação na primeira hora, as adolescentes apresentaram maior sucesso na amamentação tardia, até as 24 horas pós-parto. Adolescentes costumam ter como acompanhante mulheres que apoiam a amamentação, como a mãe ou a sogra, pessoas que já possuem experiência prévia com a amamentação (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A principal limitação do presente estudo é que o segundo ciclo avaliativo da RC foi desenhado para avaliar apenas o componente parto e nascimento da política. O objetivo principal não foi avaliar o aleitamento materno. Desta forma informações que agregariam à discussão não foram coletadas, como o recebimento de informações da puérpera sobre o aleitamento materno no pré-natal, qual profissional realizou as consultas do pré-natal, intercorrências maternas como sífilis e diabetes gestacional, entre outras questões.

Por outro lado, o estudo tem pontos fortes como a abrangência de todos os hospitais que aderiram à Rede Cegonha, política pública do Ministério da saúde, e o fato de ter as variáveis explicativas ocorrido previamente aos desfechos, o aleitamento materno na primeira e nas 24h após o nascimento. Além de ter tido treinamento e coleta de dados de forma padronizada pela coordenação da avaliação.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados reforçam o papel da maternidade no início do aleitamento precoce, dentro da primeira hora de vida. As políticas institucionais e a conduta adotada pelos profissionais de saúde dentro das maternidades são decisivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A acreditação da unidade como IHAC beneficia as mulheres e seus bebês proporcionando maiores chances de sucesso na amamentação dentro das 24 horas pós-parto.

A estratégia RC trouxe ganhos oportunos para o início da amamentação, como o maior acesso ao pré-natal, menor uso de indutores de parto, maior garantia de presença de acompanhante durante toda a internação, a promoção do cuidado e assistência ao parto e nascimento com equipes horizontais. A atuação dessas equipes na rede permite uma abordagem que contribui no parto mais humanizado. Com o fim da RC e o fim das equipes horizontais na assistência ao parto, com destaque a enfermeira obstétrica, caminhamos para um cenário de retrocesso e de risco de diminuição das taxas de aleitamento na primeira hora de vida.

Recomendamos a continuidade da Rede Cegonha como uma política de assistência que assegura a mulher e a criança o direito a uma gravidez, parto e crescimento seguros e saudáveis. Reforçamos a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde sobre as práticas de aleitamento materno, e desta forma pode intervir quando necessário e superar os obstáculos para o início da amamentação na primeira hora.

REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 801–821, mar. 2021.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 89, p. 131–136, abr. 2013.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 45, n. 1, p. 69–78, fev. 2011.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, p. 2681–2694, nov. 2008.
- BRASIL. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, D.F.: Editora MS, 2009a.
- BRASIL (Org.). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. 1. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde : Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009b(Série G. Estatística e informação em saúde).
- CADWELL, K.; BRIMDYR, K.; PHILLIPS, R. Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour After Birth. **Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, [S. l.], v. 13, n. 7, p. 485–492, set. 2018.
- CARVALHO, M. L. de *et al.* The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 119, 17 out. 2016.
- DOS SANTOS FUCKS, I. *et al.* A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Avances en Enfermería**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 29–37, jan. 2015.
- EDMOND, K. M. *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, [S. l.], v. 117, n. 3, p. 380-386, mar. 2006.
- ESTEVES, T. M. B. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 48, p. 697–708, ago. 2014.
- ESTEVES, T. M. B. *et al.* Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 31, p. 2390–2400, nov. 2015.
- FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. de V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, p. 459–463, 2012.
- GAMA, S. G. N. da *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 919–929, 15 mar. 2021.

GUIMARÃES, C. M. de S. *et al.* Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 30, p. 109–115, fev. 2017.

KABAKIAN-KHASHOLIAN, T.; PORTELA, A. Companion of choice at birth: factors affecting implementation. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 265, 31 ago. 2017.

KHAN, J. *et al.* Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity--a systematic review and meta-analysis. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 468–479, mar. 2015.

LOPES, G. D. C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 27, 29 abr. 2019.

MAMEMOTO, K. *et al.* Factors associated with exclusive breastfeeding in low birth weight infants at NICU discharge and the start of complementary feeding. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 270–275, 2013.

MINISTERIO DA SAUDE. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário oficial da União**: 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22 jul. 2021.

MOORE, E. R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 11, 2016. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD003519.pub4>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, p. S128–S139, ago. 2014.

OLIVEIRA, N. de J.; MOREIRA, M. A. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in(visibilidade) das mulheres. [S. l.], p. 6, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. [S. l.]: OMS, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=15936C499C421AFF173E60AA0B145B57?sequence=3. Acesso em: 31 maio 2022.

PEREIRA, C. R. V. R. *et al.* Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 16, p. 525–534, jun. 2013.

RAGHAVAN, V. *et al.* First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: prevalence and predictors in a tertiary care setting. **Indian Journal of Pediatrics**, [S. l.], v. 81, n. 8, p. 743–750, ago. 2014.

RAMALHO, A. A. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em rio branco, acre. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 0, p. 43809, 8 dez. 2019.

- ROCHA, A. da F.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P. Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 4077–4086, 28 set. 2020.
- SILVA, J. L. P. da *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 27, 31 jan. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/ycDnYSdRWvx8QzWyGXYPpf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2022.
- SILVA, C. M. e *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 457–471, ago. 2016a.
- SILVA, C. M. e *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 457–471, ago. 2016b.
- SILVA, L. A. T. *et al.* Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. 2, p. e20180448, 2020.
- SILVEIRA, R. B. da; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 35–43, mar. 2008.
- SMITH, E. R. *et al.* Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 12, n. 7, p. e0180722, 26 jul. 2017.
- SOUSA, P. K. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 2, maio 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742020000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 ago. 2021.
- TAKAHASHI, K. *et al.* Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 7, p. 44868, 21 mar. 2017.
- UNICEF. Infant and Young Child Feeding. Current Status + Progress. set. 2021. **UNICEF DATA**. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>. Acesso em: 2 fev. 2022.
- VILELA, M. E. de A. *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 789–800, mar. 2021.
- WHITE-TRAUT, R. *et al.* Exploring Factors Related to Oral Feeding Progression in Premature Infants. **Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 288–294, ago. 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO, 2003.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as práticas adotadas na rotina hospitalar exercem grande influência no sucesso da amamentação na primeira hora, foram elas: permitir a presença de acompanhante durante toda a internação, inclusive durante o parto; optar pelo parto vaginal quando a mulher for elegível; colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe após o parto e permitir que permaneçam nesse contato por uma hora; e a certificação da maternidade no IHAC. A adoção dessas práticas na rotina hospitalar aumentara as chances de amamentar dentro da primeira hora pós-parto.

Ressaltamos que a prevalência de amamentação na primeira hora observada foi baixa, comparada a outros estudos nacionais e considerando que a amostra selecionada era de mulheres e recém-nascidos saudáveis, aptos para o início oportuno da amamentação. Outro ponto observado foi a alta prevalência de parto cesariana e a baixa prevalência de partos assistidos por enfermeira obstetra. Esses achados sugerem uma necessidade de reavaliar os critérios adotados dentro das unidades quando as intervenções desnecessárias na assistência ao parto. Reforçar a humanização do parto e promover o maior protagonismo da mulher. A inserção da profissional enfermeira obstétrica tem se destacado no papel da garantia desse protagonismo e humanização.

A acreditação no IHAC, a implementação dos 10 passos para o sucesso da amamentação e o treinamento da equipe mostrou-se como fator importante no início da amamentação, presente na primeira e nas 24 horas pós-parto. O IHAC promove o treinamento dos profissionais, orientação às gestantes, início precoce do AM, apoio durante a internação, uso não rotineiro de outros líquidos ou leite artificial, alojamento conjunto, livre demanda, proibição de propaganda e distribuição de fórmulas infantis, bicos e chupetas, promovendo assim o sucesso da amamentação.

A RC promovia um cuidado e assistência ao parto e nascimento humanizado. Apesar da alta prevalência de implementação adequada do componente parto e nascimento, observamos alguns pontos que precisam ser melhorados, como abordado acima. Dessa forma, acreditamos que a continuação da RC como estratégia para o parto e nascimento adequado e seguro no âmbito da saúde materno infantil, precisa ser mantido e aperfeiçoado. É necessidade de capacitação continua dos profissionais de saúde sobre as práticas de aleitamento materno a fim de que possam intervir a favor do início da amamentação na primeira hora.

A nova política proposta pelo atual governo não assegura o protagonismo da mulher no parto, ao contrário, garante a maior participação do médico obstetra. Esperamos que o presente estudo, contribua em conjunto com a literatura existente, na construção e manutenção de políticas públicas efetivas a favor do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, L. G.; CUNHA, M. L. C. da. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Clinical & Biomedical Research**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 356–360, 2018.
- AKRÉ, J. ALIMENTAÇÃO INFANTIL. [S. l.], n. 2^a, p. 102, 1997.
- BALLARD, O.; MORROW, A. L. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. **Pediatric clinics of North America**, [S. l.], v. 60, n. 1, p. 49–74, fev. 2013.
- BALOGUN, O. O. *et al.* Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2016, n. 11, p. CD001688, 9 nov. 2016.
- BARTOCCI, M. *et al.* Activation of Olfactory Cortex in Newborn Infants After Odor Stimulation: A Functional Near-Infrared Spectroscopy Study. **Pediatric Research**, Bandiera_abtest: aCg_type: Nature Research Journalsnumber: 1Primary_atype: Researchpublisher: Nature Publishing Group, v. 48, n. 1, p. 18–23, jul. 2000.
- BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 801–821, mar. 2021.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 89, p. 131–136, abr. 2013.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 45, n. 1, p. 69–78, fev. 2011.
- BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, p. 2681–2694, nov. 2008.
- BOLLIPO, S. *et al.* The first golden hour of breastfeeding: where do we stand? **International Journal of Contemporary Pediatrics**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 27–32, 24 dez. 2018.
- BRASIL. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 3 maio 2021.
- BRASIL. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, D.F.: Editora MS, 2009a.
- BRASIL (Org.). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde : Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009b(Série G. Estatística e informação em saúde).
- BRASIL, M. da saúde; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Bases para a discussão da Política**

Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Cadernos HumanizaSUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRIMDYR, K. *et al.* The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. **Birth (Berkeley, Calif.)**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 319–328, dez. 2015.

CADWELL, K.; BRIMDYR, K.; PHILLIPS, R. Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour After Birth. **Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, [S. l.], v. 13, n. 7, p. 485–492, set. 2018.

CARVALHO, M. L. de *et al.* The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 119, 17 out. 2016.

CAVALCANTI, P. C. da S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, p. 1297–1316, dez. 2013.

CORONA, R.; LÉVY, F. Chemical olfactory signals and parenthood in mammals. **Hormones and Behavior**, [S. l.], v. 68, p. 77–90, 1 fev. 2015.

EDMOND, K. M. *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, [S. l.], v. 117, n. 3, p. e380-386, mar. 2006.

EDMOND, K. M. *et al.* Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 86, n. 4, p. 1126–1131, 1 out. 2007.

ESTEVEES, T. M. B. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 48, p. 697–708, ago. 2014.

ESTEVEES, T. M. B. *et al.* Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 31, p. 2390–2400, nov. 2015.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. de V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 25, p. 459–463, 2012.

FLEMING, A. S. *et al.* Postpartum factors related to mother's attraction to newborn infant odors. **Developmental Psychobiology**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 115–132, mar. 1993.

FONSECA, R. M. S. *et al.* O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 309–318, 25 jan. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(A. Normas e Manuais Técnicos).

HACKMAN, N. M. *et al.* Reduced Breastfeeding Rates in Firstborn Late Preterm and Early Term Infants. **Breastfeeding Medicine**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 119–125, abr. 2016.

IP, S. *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evidence Report/Technology Assessment**, [S. l.], n. 153, p. 1–186, abr. 2007.

KALIL, I. R.; DA COSTA, M. C. “Nada mais natural que amamentar” - Discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. **RECIIS**, [S. l.], v. 6, n. 4, 28 dez. 2012. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/730/1373>. Acesso em: 23 abr. 2022.

KENT, G. Child feeding and human rights. **International Breastfeeding Journal**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 27, 2006.

KHAN, J. *et al.* Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 468–479, mar. 2015.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 8, p. CD003517, 15 ago. 2012.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, [S. l.], v. 37, p. 486–493, 19 jun. 2019.

LEAL, M. do C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 823–835, 15 mar. 2021.

LOPES, G. D. C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha *. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 27, p. 29, abr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/YXQKX8HZpHH4g8dTXycVp7Q/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MERCER, J. S. *et al.* Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **Journal of Midwifery & Women’s Health**, [S. l.], v. 52, n. 3, p. 262–272, jun. 2007.

MINISTERIO DA SAUDE *et al.* **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2012(, a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022. 715. Portal da Imprensa Nacional do Brasil. Diário Oficial da União. 4 abr. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>. Acesso em: 3 maio 2022.

MINISTERIO DA SAUDE. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário oficial da**

União: 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.920, DE 5 DE SETEMBRO DE 2013. 1920. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 5 set. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em: 29 maio 2022.

MOORE, E. R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: THE COCHRANE COLLABORATION (org.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2012. p. CD003519.pub3. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MOORE, E. R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 11, 2016. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD003519.pub4>. Acesso em: 28 jul. 2021.

NISSEN, E. *et al.* Elevation of oxytocin levels early post partum in women. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, [S. l.], v. 74, n. 7, p. 530–533, 1995.

OLIVEIRA, N. de J.; MOREIRA, M. A. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in(visibilidade) das mulheres. [S. l.], p. 6, 2013.

PEREIRA, C. R. V. R. *et al.* Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 16, p. 525–534, jun. 2013.

RAGHAVAN, V. *et al.* First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: prevalence and predictors in a tertiary care setting. **Indian Journal of Pediatrics**, [S. l.], v. 81, n. 8, p. 743–750, ago. 2014.

RAMALHO, A. A. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em rio branco, acre. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 0, p. 43809, 8 dez. 2019.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 19, p. S37–S45, 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Org.). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2008.

ROCHA, A. da F.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P. Impacto da intenção de engravidar sobre a amamentação na primeira hora pós-parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 4077–4086, 28 set. 2020.

SAMPAIO, Á. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 25, p. 281–290, jun. 2016.

SANTOS FILHO, S. B. dos; SOUZA, K. V. de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 775–780, 15 mar. 2021.

SILVA, J. L. P. da *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 27, 31 jan. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/ycDnYSdRWvx8QzWyGXYPpf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2022.

SILVA, L. A. T. *et al.* Profissional que assistiu o parto e amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, 17 fev. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/BFVNrQsPt4fZtkDLB7gtqQQ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SILVA, L. B. R. A. de A. *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 931–940, mar. 2021.

SMITH, E. R. *et al.* Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 12, n. 7, p. e0180722, 26 jul. 2017.

SOUSA, P. K. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 2, maio 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742020000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 ago. 2021.

TAKAHASHI, K. *et al.* Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 7, p. 44868, 21 mar. 2017.

UEMA, R. T. B. *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, [S. l.], v. 36, n. 1Supl, p. 349, 9 mar. 2015.

UNA-SUS/UFMA, U. F. do M.-. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. 2015. [Texto]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2445>. Acesso em: 6 ago. 2021. (Accepted: 2015-07-01T20:35:47Z).

UNICEF. Aleitamento materno. 2019. **UNICEF BRASIL**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>. Acesso em: 10 set. 2021.

UNICEF. Infant and Young Child Feeding. Current Status + Progress. set. 2021. **UNICEF DATA**. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>. Acesso em: 2 fev. 2022.

VENANCIO, S. I. *et al.* Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 32, p. e00010315, 22 mar. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, [S. l.], v. 387, n. 10017, p. 475–490, 30 jan. 2016.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, [S. l.], v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 28 maio 2011.

VILELA, M. E. de A. *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 789–800, mar. 2021.

WALKER, A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. **The Journal of Pediatrics**, [S. l.], v. 156, n. 2 Suppl, p. S3-7, fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; LINKAGES. **Infant and young child feeding : a tool for assessing national practices, policies and programmes**. [S. l.]: World Health Organization, 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42794>. Acesso em: 19 maio 2022.

ANEXO A - QUADRO DE BITTENCOURT ET AL, 2021: DIRETRIZ, DISPOSITIVO, ITEM DE VERIFICAÇÃO, DIMENSÕES E CRITÉRIO DA MATRIZ DE JULGAMENTO PARA ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DA REDE CEGONHA.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Diretriz 1								
Acolhimento	Apresentação dos profissionais à usuária	Nesta maternidade, os profissionais de saúde se apresentam às usuárias informando seu nome e função? Maioria ou Todos profissionais	0,1	0,4				
		Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função? Maioria ou Todos profissionais			1,0			
	Tratamento das usuárias pelo próprio nome	Os profissionais de saúde tratam as gestantes e puérperas pelo nome? Maioria ou Todos profissionais	0,1	0,4				
		Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade? Maioria ou Todos profissionais			1,0			
	Escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias/acompanhantes	Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade? Maioria das vezes ou Sempre			1,5			
	Comunicação efetiva	Os profissionais de saúde fornecem às gestantes e puérperas informações sobre a situação de saúde delas? Maioria ou Todos profissionais		0,3				
		Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento? Maioria ou Todos profissionais		0,3				
		Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nessa maternidade? Maioria ou Todos profissionais				1,2		
		Com que frequência a senhora/você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações? Maioria das vezes ou Sempre				1,2		
	Classificação de risco	Realização da Classificação de Risco na Maternidade, por profissional/equipe específica para a atividade e em tempo integral	Esta Maternidade faz Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia? Sim	1,0				
A classificação de risco obstétrico é feita 24 horas por dia? Sim			0,5					
A classificação de risco obstétrico é feita durante 7 dias por semana? Sim			0,5					
Informação/esclarecimento à gestante sobre ACCR		Existe placa informativa sobre acolhimento e classificação de risco (ACCR) identificando as cores e tempo de espera? Sim					1,5	
	Após a avaliação você foi informada do tempo de espera para receber o atendimento médico ou da enfermagem? Sim			1,5				

continua

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Cuidado em Rede e Acesso	Garantia da vinculação da gestante a maternidade de referência	As gestantes que têm essa maternidade como referência para o parto tiveram a possibilidade de visitar a maternidade durante o pré-natal? Sim	0,3	0,7				
	Garantia da contrarreferência da maternidade para a atenção básica	A maternidade realiza estratégias de comunicação com a atenção básica para garantia da contra referência? Sim A maternidade realiza estratégias de comunicação com a atenção básica para garantia da contra referência? Sim	0,6					
	Vaga Sempre	Quando existe indicação de internação, mas não tem leito disponível nesta maternidade, que providências são tomadas? Acolhe, classifica o risco e aciona a central de regulação para transferência ou Acolhe, classifica o risco e transfere diretamente pela maternidade para outro serviço ou Acolhe, classifica e realiza a adequação para internação na própria maternidade	1,0	2,0				
Diretriz 2								
Direito a acompanhante de livre escolha	Inclusão do acompanhante de livre escolha	A maternidade garante à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade?	0,5	1,0				
		Você teve acompanhante durante sua internação? Sim			2,0			
		A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo? Sim			0,5			
	Garantia de livre acesso e permanência à mãe e ao pai do recém-nascido em tempo integral na unidade neonatal	Essa maternidade garante o livre acesso e permanência da mãe/pai na Unidade Neonatal em qualquer horário? Do pai e da mãe ao mesmo tempo	0,75	1,4				
	Poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto	Possui área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no trabalho de parto? Sim					1,0	
		Possui área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no alojamento conjunto? Sim					1,0	
Garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera	A maternidade oferece refeições ao acompanhante? Para todos os acompanhantes A maternidade ofereceu refeições para o seu acompanhante? Sim	0,1	0,1		0,6			
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto	Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiras obstétricas ou obstetrix	O parto normal sem distócia é realizado por quais profissionais? Médico(a) obstetra e / ou Enfermeiro(a) obstetra; Obstetrix	0,75	1,0				
	Partograma preenchido	Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas? Sempre		0,1				
		O partograma está preenchido no prontuário? Sim				2,0		
	Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto	Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto? Sim			0,5			
		Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? Sim, e fui atendida			0,2			
		Qual o tipo de dieta prescrita durante o trabalho de parto? Dieta líquida ou outro tipo de dieta				1,3		

continua

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto	Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	Possui equipamentos/materiais que proporcionem o alívio não farmacológico da dor? Pelo menos um equipamento					0,4	
		Com que frequência a maternidade oferece à gestante métodos não farmacológicos para manejo da dor durante o trabalho de parto? Muitas vezes ou Sempre	0,1	0,1				
		Com que frequência oferece massagem? Muitas vezes ou Sempre		0,03				
		Com que frequência oferece bola Bobath? Muitas vezes ou Sempre		0,03				
		Com que frequência oferece cavalinho? Muitas vezes ou Sempre		0,03				
		Com que frequência oferece banqueta? Muitas vezes ou Sempre		0,03				
		A maternidade oferece outros métodos não farmacológicos para o manejo da dor? Muitas vezes ou Sempre		0,03				
		Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Massagem (Sim ou Não quis)				0,16		
		Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Bola (Sim ou Não quis)				0,16		
		Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Cavalinho (Sim ou Não quis)				0,16		
	Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Banquinho para posição de cócoras (Sim ou Não quis)				0,16			
	Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Outro? (Sim ou Não quis)				0,11			
	Estímulo à deambulação no trabalho de parto	A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto? Sempre Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? Sim	A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto? Sempre	0,1	0,2			
Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? Sim					1,0			
Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto	A Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada? Sim Com que frequência o parto acontece em outras posições que não a deitada? Muitas vezes ou Sempre Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê? Deitada na cama de lado ou Reclinada ou Posição vertical, sentada ou Posição vertical, de cócoras ou Posição vertical, de pé ou De quatro apoios	A Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada? Sim	0,1	0,15				
		Com que frequência o parto acontece em outras posições que não a deitada? Muitas vezes ou Sempre	0,1	0,15				
		Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê? Deitada na cama de lado ou Reclinada ou Posição vertical, sentada ou Posição vertical, de cócoras ou Posição vertical, de pé ou De quatro apoios			1,0			

continua

ANEXO B – ANÁLISE DOCUMENTAL DO SEGUNDO CICLO AVALIATIVO DA REDE CEGONHA, 2016 – 2017.

USUARIAS/PRONTUÁRIO - DEFINITIVO 2
Page 1 of 5

Análise De Prontuário

Record ID _____

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

Início do questionário _____

Termo não aceito pela puérpera

I. VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

1. Cartão Nacional de Saúde (CNS) da puérpera:

Não disponível

2. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê:

Não disponível

2a. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (1º gemelar):

Não disponível

2b. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (2º gemelar):

Não disponível

2c. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (3º gemelar):

Não disponível

2d. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (4º gemelar):

Não disponível

3. O partograma está preenchido no prontuário?

- Não
 Sim
 Não disponível

4. Há registro de apresentação do feto no prontuário?

- Não
 Sim

5. Qual?

- Cefálica
 Pélvica (ou de nádegas)
 Córmica (ou de ombros)
 Ignorado

6. Há prescrição da dieta durante o trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim

7. Qual o tipo de dieta prescrita durante o trabalho de parto?

- Dieta zero
 Dieta líquida
 Outro tipo de dieta

7a. Qual?

8. Há registro de amniotomia no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

9. Há registro de venóclise durante o trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim
 Não se aplica

10. Há registro de uso de misoprostol para indução do trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim
 Não se aplica

11. Há registro de uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim
 Não se aplica

12. Há registro de episiotomia no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

13. Data da última menstruação (DUM)

- Não disponível

14. Informações de Ultrassonografia (USG) no prontuário?

- Não Sim

15. Data da USG utilizada no cálculo (preferencialmente a USG mais próxima do início da gestação, do período de 6 a 14 semanas gestacionais):

16. Idade gestacional no momento da realização da USG

(semanas)

16a.

(dias)

17. Idade gestacional ao nascer calculada por outros métodos ou sem especificação do método:

(semanas)

17a.

(dias)

Dados dos bebês

Informações do bebê 1 ([puerp_05_a_nome]):

18. Peso ao nascer: _____
(gramas)

19. Apgar do 1º minuto: _____

20. Apgar do 5º minuto: _____

21. Há registro de aspiração de vias aéreas do RN superiores no prontuário?

- Não há registro Sim, há registro de que foi realizado Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

22. Há registro de prescrição de "fórmula infantil" para o RN no prontuário?

- Não há registro Sim, há registro de que foi realizado Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

23. Qual fórmula infantil esta prescrita

24. Número da Declaração de Nascidos vivos (DNV - SINASC):

 Não se aplica

25. Número do DO:

 Não se aplica

Informações do bebê 2 ([puerp_05_b_nome]):

18a. Peso ao nascer: _____
(gramas)

19a. Apgar do 1º minuto: _____

20a. Apgar do 5º minuto: _____

21a. Há registro de aspiração de vias aéreas do RN superiores no prontuário?

- Não há registro Sim, há registro de que foi realizado Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

22a. Há registro de prescrição de "fórmula infantil" para o RN no prontuário?

- Não há registro Sim, há registro de que foi realizado Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

23a. Qual fórmula infantil está prescrita?

24a. Número da Declaração de Nascidos vivos (DNV - SINASC):

Não se aplica

25a. Número do DO:

Não se aplica

Informações do bebê 3 ([puerp_05_c_nome]):

18b. Peso ao nascer:

(gramas)

19b. Apgar do 1º minuto:

20b. Apgar do 5º minuto:

21b. Há registro de aspiração de vias aéreas do RN superiores no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

22b. Há registro de prescrição de "fórmula infantil" para o RN no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

23b. Qual fórmula infantil esta prescrita?

24b. Número da Declaração de Nascidos vivos (DNV - SINASC):

Não se aplica

25b. Número do DO:

Não se aplica

Informações do bebê 4 ([puerp_05_d_nome]):

18c. Peso ao nascer:

(gramas)

19c. Apgar do 1º minuto:

20c. Apgar do 5º minuto:

21c. Há registro de aspiração de vias aéreas do RN superiores no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

22c. Há registro de prescrição de "fórmula infantil" para o RN no prontuário?

- Não há registro Sim, há registro de que foi realizado Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

23c. Qual fórmula infantil está prescrita?

24c. Número da Declaração de Nascidos vivos (DNV - SINASC):

- Não se aplica

25c. Número do DO:

- Não se aplica

26. Observações do entrevistador

Fim do questionário:

Tempo do Questionário:

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA DO SEGUNDO CICLO AVALIATIVO DA REDE CEGONHA, 2016-2017.

Questionário Da Puérpera

Page 1 of 24

Record ID _____

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA

Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no âmbito da Rede Cegonha

2016

I. DADOS GERAIS:

*Bom dia (Boa tarde ou Boa noite)!

 Não
 Sim

O Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Maranhão e com a Escola Nacional de Saúde Pública, está realizando uma avaliação das Maternidades do SUS em todo o Brasil para melhorar a qualidade da atenção às mulheres e aos bebês. Para isso, gostaríamos de entrevistar a senhora, para saber das suas impressões sobre esta Maternidade.

O seu nome não será divulgado, todas as informações são mantidas em segredo e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se a Sra tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade. Sua participação é voluntária, mas será MUITO importante para melhorar a atenção aos partos no SUS, ajudando outras mulheres e crianças. Não haverá qualquer prejuízo para a senhora ou seu bebê caso concorde em participar, e, ao contrário, haverá benefícios para futuras mães e bebês.

A senhora concorda em participar?

Nº da mãe: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1. Horário de início da entrevista: _____

2. Data entrevista: _____

3. Data do parto: _____

AVISO!

Data da entrevista anterior à do parto!

III. IDENTIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO:

4. Tipo de gestação:

- Única Gemelar (dois) Gemelar (três) Gemelar (quatro ou mais) Não quis informar
 Não sabe informar

5. Informe sobre o(s) recém-nascido(s):

a) Nome do 1º Recém-nascido: _____

- Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

b) Nome do 2º Recém-nascido: _____

- Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

c) Nome do 3º Recém-nascido: _____

- Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

d) Nome do 4º Recém-nascido: _____

- Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

IV. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**"Gostaria de fazer algumas perguntas sobre você"**

6. Qual o seu nome completo? _____

7. Qual a data do seu nascimento? _____

- Não quis informar

8. Qual a sua idade?

(anos)

Não quis informar

9. Qual a cor da sua pele?

- Branca Preta Parda Amarela/Oriental Indígena Não sabe informar
 Não quis informar

10. Qual o último grau que a você cursou na escola?

"Leia a pergunta e aguarde a resposta. Assinale a opção adequada. Somente se necessário, leia as opções de resposta".

- Nenhum
 Fundamental I incompleto (1º ao 5º ano)
 Fundamental I completo (concluiu o 5º ano do ensino fundamental)
 Fundamental II incompleto (6º ao 8º/9º ano)
 Fundamental II completo (concluiu o 8º/9º ano do ensino fundamental)
 Médio incompleto (antigo 2º grau - 1 a 4ª série)
 Médio completo (antigo 2º grau - concluiu a 4ª série do ensino médio)
 Superior completo (3º grau)
 Mestrado concluído
 Doutorado concluído
 Não sabe informar
 Não quis informar

11. Então, qual o último ano que você concluiu com aprovação?

(série/ano concluído)

- Não sabe informar
 Não quis informar

12. Qual a sua situação conjugal atual?

- Solteira
 Casada (no papel)/ união estável
 Vive com companheiro (a) (vive junto)
 Separada/Divorciada
 Viúva
 Outra
 Não quis informar

12a. Qual?

13. Qual a idade do pai do bebê?

(anos)

- Não sabe informar
 Não quis informar

V. ACESSO
"Nós também gostaríamos de saber sobre sua chegada nesta maternidade"

14. Antes de ser internada nesta maternidade, você procurou atendimento em outra maternidade?

- Não Sim Não quis informar Não sabe informar

15. Em quantas?

(ATENÇÃO! caso seja um dígito colocar o "zero" na primeira casa - ex. 01)

-
- Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

16. Por que não foi internada na(s) outra(s) maternidade(s)?

- Não havia vaga
 Não estava em trabalho de parto
 Fui encaminhada (referenciada) para outro hospital por situação de risco
 O hospital estava sem médico plantonista ou hospital sem condições de atender
 Outro
 Não quis informar
 Não sabe informar
 Não se aplica

16a. Outro? Descreva o motivo:

17. Como foi realizado seu deslocamento da outra maternidade que não conseguiu atendimento para esta maternidade onde teve seu parto? (leia as alternativas)

- Por conta própria
 Ambulância
 Outros
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

17a. Outros. Qua(is)?

18. Quanto tempo levou, desde o momento que você saiu de casa até chegar nesta maternidade que você teve seu parto?

(horas)

OBS: (Se menos de 1 hora, anotar "ZERO" para hora e anotar os minutos / Preencher com 00 para as que já estavam internadas)

19. Qual é o motivo da sua internação?

- Entrou em trabalho de parto/parto Ruptura da bolsa amniótica Cesariana agendada
 Feto Morto Outro Não sabe informar Não quis informar

Qual?

20. Quantas vezes você já engravidou (sem contar com a gravidez atual)?
(se não engravidou anteriormente, anotar 00)

21. Em relação a(s) gestação(ões) anterior(es), informe:

a. Quantos partos você já teve?
(se nenhum parto anterior, anotar 00)

-
- Não sabe informar
 Não quis informar

(partos)

- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

b. E quantos abortos?
(se nenhum aborto, anotar 00)

(abortos)

- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

22. Quantos anos você tinha quando engravidou pela primeira vez?

(anos)

- Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

23. A gravidez atual foi planejada?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar

24. Você fazia uso de algum método contraceptivo?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar

25. Qual método contraceptivo você fazia uso?

- Pílula
 Camisinha masculina
 Camisinha feminina
 DIU
 Injeção mensal
 Injeção de três em três meses
 Diafragma
 Outro
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

25a. Outro. Qual?

26. De que forma tinha acesso ao método contraceptivo?

- No posto de saúde
 Comprava na farmácia
 Ganhava de uma entidade ou ONG ou uma associação
 Outra forma
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

26a. Outra forma. Qual?

27. Esta maternidade ofereceu a você algum método contraceptivo?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar

28. Qual método contraceptivo a maternidade oferecia?

- Pílula
 Camisinha masculina
 Camisinha feminina
 DIU
 Injeção mensal
 Injeção de três em três meses
 Diafragma
 Outro
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

28a. Outro. Qual?

VI. ACOLHIMENTO

"E sobre o atendimento que a senhora/você vem recebendo nesta maternidade..."

29. Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função?

- Nenhum profissional
 Poucos profissionais (a minoria)
 Muitos profissionais (a maioria)
 Todos os profissionais
 Não sabe informar
 Não quis informar

30. Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade?

- Nenhum profissional
 Poucos profissionais (a minoria)
 Muitos profissionais (a maioria)
 Todos os profissionais
 Não sabe informar
 Não quis informar

31. Desde o momento que você chegou nesta maternidade, com que frequência você se sentiu à vontade para falar sobre suas dúvidas, queixas, medos e expectativas?

- Nunca
- Poucas vezes / raramente
- Muitas vezes / a maioria das vezes
- Sempre
- Não sabe informar
- Não quis informar

32. Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nessa maternidade?

- Nunca
- Poucas vezes / raramente
- Muitas vezes / a maioria das vezes
- Sempre
- Não sabe informar
- Não quis informar

33. Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade? (leia as alternativas)

- Nunca
- Poucas vezes / raramente
- Muitas vezes / a maioria das vezes
- Sempre
- Não sabe informar
- Não quis informar

34. Com que frequência a senhora/você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações?

- Nunca
- Poucas vezes / raramente
- Muitas vezes / a maioria das vezes
- Sempre
- Não sabe informar
- Não quis informar

VII. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENÇÃO! Se o estabelecimento for CPN peri-hospitalar, vá para o bloco VIII

Este estabelecimento é CPN PERI-HOSPITALAR?

- Não
- Sim

35. Assim que chegou nesta maternidade, quanto tempo você esperou para realizar o seu registro na recepção? (Leia as opções)

- Até 10 minutos
- De 10 a 30 minutos
- Mais de 30 minutos
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

36. Assim que chegou nesta maternidade, quanto tempo você esperou para receber o primeiro atendimento de um profissional de saúde? (Leia as opções)

- Até 10 minutos De 10 a 30 minutos Mais de 30 minutos Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

37. Após a avaliação você foi informada do tempo de espera para receber o atendimento medico ou da enfermagem?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

38. Após essa 1ª avaliação, quanto tempo demorou para você receber o atendimento do médico ou do(a) enfermeiro(a)? (Leia as opções)

- Até 15 minutos
 De 15 a 30 minutos
 De 30 minutos a 1 hora
 De 1 a 2 horas
 Mais de 2 horas
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

39. Após essa 1ª avaliação, para onde você foi encaminhada?

- Para o alojamento conjunto
 Para o pré-parto/PPP
 Para o centro cirúrgico
 Para a UTI
 Para outro
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

39a. Outro: _____

VIII. DIREITO AO ACOMPANHANTE PARA A GESTANTE/PUÉRPERA

40. Nessa maternidade, você recebeu informações sobre o seu direito de escolher um acompanhante durante o período de internação?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

41. Permitiram que você tivesse um acompanhante durante sua internação?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

42. Você teve acompanhante durante sua internação?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

43. Porque não teve acompanhante? (Atenção! evitar ler as opções)

- A maternidade não permite a presença de acompanhante
- A maternidade não permite acompanhante homem
- A maternidade só permite acompanhante para adolescentes
- A maternidade só permite acompanhante que é maior de idade
- Eu não sabia que podia ter acompanhante
- Eu não quis ter acompanhante
- Eu não tinha quem ficasse comigo
- Eu tinha que pagar para ficar com acompanhante
- Outro motivo.
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

43a. Outro motivo. Qual? _____

44. Quem foi seu acompanhante?

- Companheiro ou pai da criança
- Companheira
- Amiga
- Mãe
- Irmã
- Doula
- Outra pessoa
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

44a. Outra pessoa. Quem? _____

45. A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

46. Em que momento da sua internação não pode ter acompanhante?

- Durante o atendimento na admissão (o período anterior a internação)
- Durante o trabalho de parto (Atenção! Se a puérpera não entrou em trabalho de parto, esta opção não deve ser marcada)
- Na hora que o bebê nasceu
- Logo depois que o bebê nasceu (ainda no local do parto/recuperação)
- No quarto/enfermaria/alojamento conjunto
- No turno da noite
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

47. A maternidade ofereceu refeições para o seu acompanhante?

- Não ofereceu
- Sim, o café da manhã.
- Sim, o almoço.
- Sim, o café da tarde.
- Sim, o jantar.
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

48. A maternidade permite que seu acompanhante utilize o banheiro para tomar banho?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

49. Em que local

- No mesmo banheiro das gestantes/puérperas;
 Em um banheiro exclusivo para os acompanhantes;
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

IX. DIREITO AO ACOMPANHANTE PARA O RECÉM-NASCIDO

ATENÇÃO! Sempre que for o caso, faça as perguntas se referindo a cada um dos gemelares

50. Logo depois de nascer, seu bebê foi levado para algum lugar separado (longe) de você?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50a. Logo depois de nascer, seu bebê foi levado para algum lugar separado (longe) de você?
 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

51. Quanto tempo ele ficou separado de você?

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51a. Quanto tempo ele ficou separado de você?
 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

52. Você sabe o que fizeram com ele?

- Pesas e medir Aspirar Fazer vacina Fazer oxigênio Outros cuidados, porque nasceu grave
 Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

52a. Você sabe o que fizeram com ele?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Pesas e medir Aspirar Fazer vacina Fazer oxigênio Outros cuidados, porque nasceu grave
 Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

52b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Pesas e medir Aspirar Fazer vacina Fazer oxigênio Outros cuidados, porque nasceu grave
 Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

52c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Pesas e medir Aspirar Fazer vacina Fazer oxigênio Outros cuidados, porque nasceu grave
 Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

52d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Pesas e medir Aspirar Fazer vacina Fazer oxigênio Outros cuidados, porque nasceu grave
 Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

53. Permitiram que o acompanhante fosse junto com o bebê?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

54. Seu bebê foi internado?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

54a. Seu bebê foi internado?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

54b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

54c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

54d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

55. Em qual setor o bebê foi internado? (ler as alternativas)

- UTIN (Unidade Intensiva Neonatal)
 UCINco (Unidade de Cuidados Intermediarios Convencionais)
 UCINca (Unidade de Cuidados Intermediarios Canguru)
 Transferido para outro hospital
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

Em qual setor o bebê foi internado?(ler as alternativas)

55a. 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- UTIN (Unidade Intensiva Neonatal)
 UCINco (Unidade de Cuidados Intermediarios Convencionais)
 UCINca (Unidade de Cuidados Intermediarios Canguru)
 Transferido para outro hospital
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

55b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- UTIN (Unidade Intensiva Neonatal)
 UCINco (Unidade de Cuidados Intermediarios Convencionais)
 UCINca (Unidade de Cuidados Intermediarios Canguru)
 Transferido para outro hospital
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

55c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- UTIN (Unidade Intensiva Neonatal)
 UCINco (Unidade de Cuidados Intermediarios Convencionais)
 UCINca (Unidade de Cuidados Intermediarios Canguru)
 Transferido para outro hospital
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

55d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- UTIN (Unidade Intensiva Neonatal)
 UCINco (Unidade de Cuidados Intermediarios Convencionais)
 UCINca (Unidade de Cuidados Intermediarios Canguru)
 Transferido para outro hospital
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

X. AMBIÊNCIA

"Sobre os ambientes dessa maternidade, que seriam quarto, enfermaria, local de parto, banheiros e outros, em sua opinião:"

56. Ao chegar na maternidade, a primeira avaliação foi realizada em ambiente privativo?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

57. No local do trabalho de parto, a sua privacidade foi respeitada? Ou seja, as portas ficaram fechadas, com poucas pessoas no local?

Não Sim Não entrou em trabalho de parto Não sabe informar Não quis informar

58. Você foi para outro local na hora de ter o bebê?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

59. No local em que ocorreu o nascimento do bebê, a sua privacidade foi respeitada? ou seja, as portas ficaram fechadas, com poucas pessoas no local?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

XI. GESTÃO

60. Você foi informada ou soube que existe um serviço chamado Ouvidoria para que possa fazer sugestões, elogios, denúncias e queixas sobre a assistência que você recebeu nesta maternidade?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

61. Você precisou usar o serviço de ouvidoria?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

62. E você conseguiu usar o serviço?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

63. Você teve resposta à sua sugestões, elogios, denúncias ou queixas?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

XII. BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NA ATENÇÃO AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO

"Para finalizar, as próximas serão perguntas sobre o seu parto"

64. Qual foi o tipo de parto que você teve?

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64a. Qual foi o tipo de parto que você teve?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64d. 4º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

65. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
 Deitada na cama de barriga pra cima
 Deitada na cama de lado
 Reclinada
 Posição vertical, sentada
 Posição vertical, de cócoras
 Posição vertical, de pé
 De quatro apoios
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

65a. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_a_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
 Deitada na cama de barriga pra cima
 Deitada na cama de lado
 Reclinada
 Posição vertical, sentada
 Posição vertical, de cócoras
 Posição vertical, de pé
 De quatro apoios
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

65b. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_b_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
 Deitada na cama de barriga pra cima
 Deitada na cama de lado
 Reclinada
 Posição vertical, sentada
 Posição vertical, de cócoras
 Posição vertical, de pé
 De quatro apoios
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

65c. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_c_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
- Deitada na cama de barriga pra cima
- Deitada na cama de lado
- Reclinada
- Posição vertical, sentada
- Posição vertical, de cócoras
- Posição vertical, de pé
- De quatro apoios
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

65d. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_d_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
- Deitada na cama de barriga pra cima
- Deitada na cama de lado
- Reclinada
- Posição vertical, sentada
- Posição vertical, de cócoras
- Posição vertical, de pé
- De quatro apoios
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

66. O seu parto foi realizado por qual profissional?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetiz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66a. O seu parto foi realizado por qual profissional 1º gemelar ([puerp_05_a_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetiz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66b. O seu parto foi realizado por qual profissional 2º gemelar ([puerp_05_b_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetiz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66c. O seu parto foi realizado por qual profissional 3º gemelar ([puerp_05_c_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetiz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66d. O seu parto foi realizado por qual profissional 4º gemelar ([puerp_05_d_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetiz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

67. Você entrou em trabalho de parto?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

68. Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

69. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto?

- Sim, e fui atendida. Sim, mas não fui atendida. Não Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

70. Você/a senhora utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler opções)

a) Chuveiro/banheira com água morna

- Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

b) Bola

- Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

c) Massagem

- Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

d) Cavalinho

- Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

e) Banquinho para posição de cócoras

- Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

f) Outro?

- Não Sim

Quais? _____

71. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções)

- Não, porque não era permitido Não, porque não quis Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

71a. Porque não foi permitido?

- Rotina Hospitalar
 Problema de saúde (da mulher)

72. Quando você estava no trabalho de parto foi colocado soro na veia?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

73. Durante o trabalho de parto, amarraram suas mãos, braços ou pernas em algum momento?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

74. Romperam a sua bolsa depois que você chegou no hospital? (ler as opções)

- Não, rompeu antes da internação Não, rompeu sozinha durante a internação Sim, Durante o toque
 Sim, romperam durante a cesariana Não sabe informar Não, porque não quis ou não conseguiu
 Não se aplica

75. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

76. Você solicitou medicação/analgesia para alívio da dor durante o trabalho de parto?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

77. Você recebeu medicação/ analgesia para alívio da dor durante o trabalho de parto?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

78. Cortaram o seu períneo (vagina) no parto?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

79. Você sentiu dor no momento de suturar (costurar, reparar) o períneo?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

XIII. CONTATO PELE A PELE E ALEITAMENTO MATERNO

80. Imediatamente após o nascimento, ainda no local de parto, o seu bebê foi colocado em contato com a sua pele, sem nenhuma roupa ou lençol entre vocês?

- Não, porque a maternidade não colocou
 Não, porque não quis
 Sim
 Sim, mas com lençol
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

80a. Imediatamente após o nascimento, ainda no local de parto, o seu bebê foi colocado em contato pele a pele com você?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não, porque a maternidade não colocou
- Não, porque não quis
- Sim
- Sim, mas com lençol
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

80b 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não, porque a maternidade não colocou
- Não, porque não quis
- Sim
- Sim, mas com lençol
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

80c 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não, porque a maternidade não colocou
- Não, porque não quis
- Sim
- Sim, mas com lençol
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

80d 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não, porque a maternidade não colocou
- Não, porque não quis
- Sim
- Sim, mas com lençol
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

81. Por aproximadamente quanto tempo ele ficou em contato pele a pele com você?

_____ (minutos)

- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

Por aproximadamente quanto tempo ele ficou em contato pele a pele com você?

81a. 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

_____ (minutos)

- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

81b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

_____ (minutos)

- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

81c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

(minutos)

- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

81d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

(minutos)

- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

82. Porque ficou por esse tempo?

- O bebê precisou ir para a UI/UTI
 Você teve alguma complicação
 Você solicitou que levassem o bebê
 A equipe da maternidade levou o bebê (rotina hospitalar)
 Outro motivo
 Não sabe informar
 Não se aplica

82-1. Qual?

82. Porque ficou por esse tempo?

82a. 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- O bebê precisou ir para a UI/UTI
 Você teve alguma complicação
 Você solicitou que levassem o bebê
 A equipe da maternidade levou o bebê (rotina hospitalar)
 Outro motivo
 Não sabe informar
 Não se aplica

82aa. Outro motivo. Qual?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

82b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- O bebê precisou ir para a UI/UTI
 Você teve alguma complicação
 Você solicitou que levassem o bebê
 A equipe da maternidade levou o bebê (rotina hospitalar)
 Outro motivo
 Não sabe informar
 Não se aplica

82ba. Outro motivo. Qual?

2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

82c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- O bebê precisou ir para a UI/UTI
- Você teve alguma complicação
- Você solicitou que levassem o bebê
- A equipe da maternidade levou o bebê(rotina hospitalar)
- Outro motivo
- Não sabe informar
- Não se aplica

82ca. Outro motivo. Qual?

3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

82d. 4º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- O bebê precisou ir para a UI/UTI
- Você teve alguma complicação
- Você solicitou que levassem o bebê
- A equipe da maternidade levou o bebê(rotina hospitalar)
- Outro motivo
- Não sabe informar
- Não se aplica

82da. Outro motivo. Qual?

4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

83. Depois do nascimento, você deu o peito no local de parto?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

83a. Depois do nascimento, você deu o peito no local de parto?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

83b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

83c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

83d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

84. Você amamentou o seu bebe nas primeiras 24 horas após o parto?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

84a. Você amamentou o seu bebe nas primeiras 24 horas após o parto?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

84b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

84c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

84d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

85. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?

- Não quis amamentar
 Leite não desceu/ pouco leite
 Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar
 Problemas de saúde maternos
 Bebê doente e não pôde mamar
 Bebê foi para UTI/UI (premature, bebe doente)
 Outros
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

85. Qual?

85. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?

85a. 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não quis amamentar
 Leite não desceu/ pouco leite
 Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar
 Problemas de saúde maternos
 Bebê doente e não pôde mamar
 Bebê foi para UTI/UI (premature, bebe doente)
 Outros
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

85aa. Qual?

85b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não quis amamentar
 Leite não desceu/ pouco leite
 Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar
 Problemas de saúde maternos
 Bebê doente e não pôde mamar
 Bebê foi para UTI/UI (premature, bebe doente)
 Outros
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

85ba. Qual?

85c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não quis amamentar
- Leite não desceu/ pouco leite
- Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar
- Problemas de saúde maternos
- Bebê doente e não pôde mamar
- Bebê foi para UTI/UI (premature, bebe doente)
- Outros
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

85ca. Qual?

85d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não quis amamentar
- Leite não desceu/ pouco leite
- Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar
- Problemas de saúde maternos
- Bebê doente e não pôde mamar
- Bebê foi para UTI/UI (premature, bebe doente)
- Outros
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

85da. Qual?

86. O bebê tomou outro leite que não o seu?

- Não
- Sim
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

86a. O bebê tomou outro leite que não o seu?

1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

86b. O bebê tomou outro leite que não o seu?

2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

86c. O bebê tomou outro leite que não o seu?

3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

86d. O bebê tomou outro leite que não o seu?

4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

87. Você fez pré-natal nesta gravidez?

- Não
- Sim
- Não sabe informar
- Não quis informar

88. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?

Semanas:

(semanas)

Meses:

(meses)

Não sabe informar

Não quis informar

Não se aplica

89. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeiro, obstetriz ou parteira você fez durante a gravidez?

Não sabe informar

Não quis informar

Não se aplica

XIV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

90. Você se sentiu ofendida ou mal tratada por algum profissional desta Maternidade?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

91. Fale sobre isso. O que aconteceu?

92. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

93. O que você deseja dizer?

94. Você poderia nos informar os seus números de contato, por favor?

Não Sim

Telefone 1:

DDD: _____

Número: _____

Telefone 2:

DDD: _____

Número: _____

Telefone 3:

DDD: _____

Número: _____

95. Local de realização da entrevista (NÃO perguntar para entrevistada, apenas anotar)

- Maternidade, com puérpera incluída no intervalo amostral
- Maternidade, com puérpera fora do intervalo amostral
- Domicílio da puérpera
- Outro

95a. Qual? _____

(Agradeça a participação da puérpera na entrevista)

Obrigado pela sua colaboração!

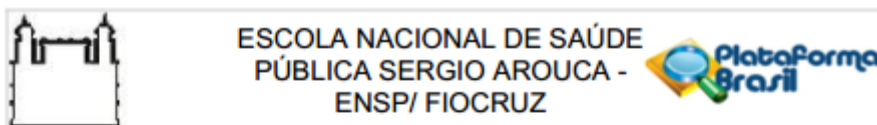
Tenha um bom dia ou boa tarde!

96. Final da entrevista: _____

97. Observações do entrevistador

Tempo do Questionário: _____
(minutos)

ANEXO D - TERMO DE APROVAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA DA ENSP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas pós-parto em hospitais da Rede Cegonha

Pesquisador: JOICE FERREIRA CUNHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53989321.2.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.200.697

Apresentação do Projeto:

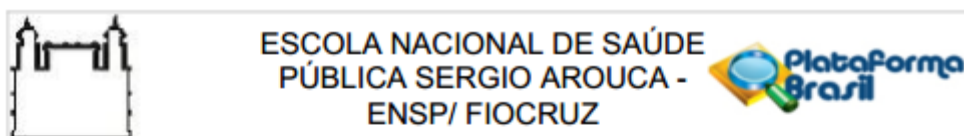
Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.175.690, em 17/12/2021.

Projeto de mestrado do programa de pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP, de JOICE FERREIRA CUNHA, orientada por Silvana Granado, qualificado em 27/09/2021 e com financiamento próprio no valor de R\$ 79,90.

*Resumo:

A amamentação é reconhecida como um direito e é recomendada desde o nascimento até os seis meses de forma exclusiva. Promove a saúde materna e previne infecções no recém-nascido, diminuindo as chances de mortalidade infantil quando iniciada na primeira hora de vida. O início da amamentação de forma precoce, dentro da sala de parto, está associado a diversos fatores, que estão disponíveis dentro das maternidades vinculadas à Rede Cegonha (RC). O objetivo do estudo é identificar os fatores que estão associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Trata-se de um estudo transversal realizado como exploração secundária dos dados do segundo ciclo avaliativo 2016-2017 da RC. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017. Serão utilizados os dados coletados por meio de dois instrumentos de campo, análise de prontuário e questionário da puérpera, e também no

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.200.697

questionário do gestor será usada a informação quanto à maternidade ser acreditada no IHAC ou não. Serão observados dois desfechos, o aleitamento materno na sala de parto na primeira hora de vida, e o aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido. Os dados serão analisados no software R, versão 4.0.3. Os resultados do presente estudo serão apresentados em formato de artigo. A análise descritiva dos dados será realizada com cálculo de frequências absolutas e relativas. Será utilizado o modelo hierarquizado na análise para construção do modelo na análise de regressão múltipla".

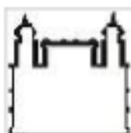
Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal realizado como exploração secundária dos dados da Avaliação das práticas de cuidado ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha do segundo ciclo avaliativo 2016-2017. No segundo ciclo avaliativo da Rede Cegonha foram avaliadas as maternidades e casos de partos vinculadas de todas as unidades da federação. A coordenação da avaliação foi da Fundação Oswaldo Cruz nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e pela Universidade Federal do Maranhão no Norte e no Nordeste. Foi conduzida em hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS) que cumpriam os critérios estabelecidos: ter realizado 500 ou mais partos em região de saúde com Plano de Ação da RC em 2015, independente da liberação de recursos; ter realizado menos de 500 partos, em região de saúde com plano de ação da RC e com liberação de recursos em 2015. Desta forma foram avaliadas 606 maternidades, das quais 351 estabelecimentos públicos. Foram incluídas maternidades de todas as unidades da federação, que juntos foram responsáveis por quase 50% dos partos realizados no país e 61,2% dos partos do SUS em 2017. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017. Foram utilizadas três técnicas de coleta de dados, entrevista estruturada, análise documental e observação in loco. Serão utilizados os dados coletados por meio de dois instrumentos de campo, análise de prontuário (ANEXO 1) e questionário da puérpera (ANEXO 2), e também no questionário do gestor será usada a informação quanto à maternidade ser acreditada no IHAC ou não [...].

"Materiais e métodos do presente estudo(PROJETO)

Serão utilizados os dados coletados por meio de dois instrumentos de campo, análise de prontuário (ANEXO 1) e questionário da puérpera (ANEXO 2), e também no questionário do gestor será usada a informação quanto à maternidade ser acreditada no IHAC ou não. A análise de prontuário obteve dados referentes ao tipo de parto, trabalho de parto espontâneo ou induzido, analgesia no trabalho de parto, dieta, uso de partograma, ocitocina, amniotomia, episiotomia, realização de manobra de Kristeller; e do recém-nascido: índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional, uso de oxigênio, admissão em UTI Neonatal, aleitamento materno e condições de alta

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.200.697

ou óbito.

O questionário da puérpera foi organizado em 14 blocos: dados gerais, identificação do questionário, identificação da gestação, identificação da mãe, acesso, acolhimento, classificação de risco, direito ao acompanhante para gestante/puérpera, direito ao acompanhante para o recém-nascido, ambiência, gestão, boas práticas e intervenção no trabalho de parto, parto e nascimento, contato pele a pele e aleitamento materno, considerações finais. O questionário continha dados como: tipo de gestação, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, idade do pai da criança; se procurou atendimento em outras unidades, quanto tempo levou e a justificativa para o não atendimento; motivo de internação; número de gestações; número de partos; número de abortos; idade da primeira gravidez; planejamento da gravidez atual; método contraceptivo utilizado e forma de acesso ao mesmo; tipo de parto; profissional que realizou o parto; contato pele a pele pós parto; oferta do seio materno na sala de parto; oferta do seio materno nas primeiras 24 horas; oferta de outro tipo de leite; número de consultas do pré-natal.

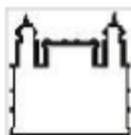
Além dos critérios de exclusão utilizados no estudo principal, serão excluídas as puérperas que apresentaram as seguintes características: recém-nascido com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500g); idade gestacional menor de 37 semanas (pela ultrassonografia), recém-nascido encaminhado à UTI; índice de Apgar no quinto minuto menor que sete e problemas maternos que fossem impeditivos da amamentação (como HIV e Hepatite B). Esses critérios foram selecionados por serem possíveis fatores impeditivos do aleitamento materno feito de forma precoce. Serão observados dois desfechos, o aleitamento materno na sala de parto na primeira hora de vida, obtido do questionário da puérpera na pergunta sobre oferta do peito na sala de parto. O segundo desfecho é o aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, também obtido do questionário da puérpera na pergunta se amamentou o bebê nas primeiras 24 horas pós-parto. Serão incluídas as seguintes variáveis do questionário da puérpera: tipo de gestação, idade materna, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, idade paterna, paridade, planejamento da gravidez, presença de acompanhante na internação, tipo de parto, profissional que realizou o parto, uso de analgesia, contato pele a pele imediatamente pós-parto, tempo de contato pele a pele, oferta de substituto do leite materno, realização do pré-natal, número de consultas*.

Tamanho da Amostra: 10.665

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.200.697

***Objetivo Primário:**

Identificar os fatores estão associados ao aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida em nascidos vivos a termo em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores estão associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Relacionar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida e nas primeiras 24 horas de vida em nascidos vivos a termo maternidades vinculadas à Rede Cegonha.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

***Riscos:**

O risco oferecido no presente estudo é o vazamento de informações, para evitar que isso ocorra todos os dados são protegidos, sem informação sobre a identidade das participantes.

Benefícios:

Considerando então o cenário de prática favorável proporcionado pela rede Cegonha a amamentação, espera-se que o presente estudo contribua no conhecimento sobre quais fatores estão associados ao sucesso do aleitamento materno no pós-parto. Identificar quais os desafios enfrentados na sala de parto que prejudicam o início da amamentação precoce, postergando a primeira mamada para as próximas 23 horas. Relacionais então quais fatores precisam ser reavaliados e aprimorados a fim de garantir o direito à amamentação.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

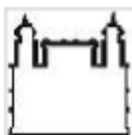
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1853618.pdf, postado em 11/01/2022.

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil, assinada pela pesquisadora responsável, nomeada folhaDeRosto.pdf, postada em 11/11/2021;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.200.697

- Formulário de Encaminhamento nomeado termoorientador.pdf, postado em 30/11/2021;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado 4_TCLE_maternidades_01_08_2016.docx, postado em 22/11/2021;
- TCUD assinado pelo pesquisador responsável, nomeado tcu.pdf, postado em 18/11/2021;
- Termo de autorização para uso de banco de dados para uso na pesquisa em questão, assinado e datado, nomeado autorizacaojoice.pdf, postado em 12/11/2021;
- Parecer consubstanciado de aprovação do projeto original, nomeado copiapareceraprovacaopesquisa.pdf, postado em 22/11/2021.

Para responder às pendências emitidas, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais estão aprovados:

- Cronograma, nomeado Cronograma_modificado.docx, postado em 11/01/2022;
- Projeto, nomeado projetocep_modificado.docx, postado em 11/01/2022;
- Formulário, nomeado formulario_resp_pend_abril_de_2016.doc, postado em 11/01/2022.

Recomendações:

Vide item "Considerações Finais a critério do CEP"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 5.175.690, de 17/12/2021, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência:

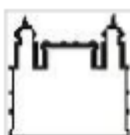
1- Sobre os riscos

Existe possibilidade de riscos em todas as pesquisas, mesmo as que utilizarão bancos de dados secundários, sem acesso direto a participantes/indivíduos. Portanto, é imprescindível que sejam apresentados pela pesquisadora os riscos previsíveis, assim como as medidas que serão adotadas a fim de minimizá-los ou evitá-los. A análise de riscos deve estar descrita no item específico da Plataforma Brasil. Adequar. (Res. CNS 466/2012, item V; Res. CNS 510/2016, Art. 2, Inciso XXV; Art. 18 e 19)

Resposta da pendência 1:

O risco oferecido no presente estudo é o vazamento de informações, para evitar que isso ocorra

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.200.697

todos os dados são protegidos, sem informação sobre a identidade das participantes.

ANÁLISE DO CEP: Foi apresentado o risco e forma de mitigação. PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Item de pendência:

Sobre os critérios de exclusão.

Os critérios de exclusão apresentados a seguir são do projeto original e, portanto, devem ser retirados do projeto em tela: "Puerperas com registro de transtorno mental grave; Não compreensão da língua portuguesa; possuíam deficiência auditiva; internadas por aborto; encaminhadas à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-parto". Adequar. (NO CNS 001/2013, item 3.4.11)

Resposta da pendência 2:

Crêterios de exclusão: recém-nascido com baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500g); idade gestacional menor de 37 semanas (pela ultrassonografia); recém-nascido encaminhado à UTI; índice de Apgar no quinto minuto menor que sete; problemas maternos que fossem impeditivos da amamentação (como HIV e Hepatite B)

ANÁLISE DO CEP: Corrigido os critérios. PENDÊNCIA ATENDIDA

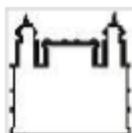
O protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO. ***

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.200.697

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1º Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deverá ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>)

2º Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

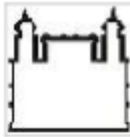
3º Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4º O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	JoiceFerreiraCunha_FR.pdf	13/01/2022 15:35:32	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1853618.pdf	11/01/2022 22:15:55		Aceito
Outros	Cronograma_modificado.docx	11/01/2022 22:15:19	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Outros	projetocep_modificado.docx	11/01/2022 22:15:02	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.200.697

Outros	formulario_resp_pend_abril_de_2016.doc	11/01/2022 22:13:21	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	30/11/2021 23:20:52	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/11/2021 23:18:52	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Outros	termoorientador.pdf	30/11/2021 23:18:14	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_maternidades_01_08_2016.docx	22/11/2021 10:04:18	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Outros	copiapareceraprovacaoPesquisa.pdf	22/11/2021 10:03:45	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Outros	tcu.pdf	18/11/2021 10:40:26	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	autorizacaojoice.pdf	12/11/2021 12:16:16	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	11/11/2021 23:31:45	JOICE FERREIRA CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br