



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**APOIO SOCIAL E ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO EM
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO**

Érica Brito Wardini

**Rio de Janeiro
Março de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**APOIO SOCIAL E ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO EM
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO**

Érica Brito Wardini

**Rio de Janeiro
Março de 2013**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**APOIO SOCIAL E ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO EM
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO**

Érica Brito Wardini

Dissertação apresentada à
Pós-graduação em Saúde da
Criança e da Mulher, como
parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde.

Orientador: Gustavo Lobato de Azevedo

**Rio de Janeiro
Março de 2013**

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
1.1.INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
1.2.CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

W219a Wardini, Érica Brito

Apoio social e aleitamento materno: um estudo em unidades de atenção básica à saúde na cidade do Rio de Janeiro. Érica Brito Wardini/ Rio de Janeiro, 2013.

76f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

Orientador: Gustavo Lobato de Azevedo

Bibliografia: f. 55-60

1. Apoio social. 2. Aleitamento materno. 3. Aleitamento materno exclusivo. 4. Medical Outcomes Study – MOS. I. Título.

CDD 22.ed. 649.33098153

ÉRICA BRITO WARDINI

**APOIO SOCIAL E ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO EM UNIDADES
DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, na área de concentração da Saúde da Criança e da Mulher.

Aprovada em 25 de março de 2013

Prof. Dr. Gustavo Lobato de Azevedo
Presidente

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias
1º Examinador

Prof^a. Dr^a. Cláudia Leite de Moraes
2º Examinador
Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Gustavo Lobato, que me recebeu como sua aluna. Sempre compreensivo e acessível, fazendo com que todas as minhas dificuldades fossem superadas a cada reunião.

À Prof.^a Lizanka Marinheiro, meu agradecimento, sem a sua colaboração não teria iniciado esta jornada.

Agradeço à Coordenação da Pós-graduação, Prof. Romeu Gomes e Prof.^a Sueli Deslandes, sempre disponíveis quando precisei de orientações.

Agradeço aos funcionários da Secretaria Acadêmica que sempre atuaram com profissionalismo e competência.

Agradeço ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em especial ao Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar, esta parceria foi fundamental para a realização desta dissertação.

Agradeço à banca examinadora, Prof.^a Claudia Leite de Moraes e Prof. Marcos Dias, sempre prontos a ajudar. Suas sugestões foram essenciais na elaboração deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, Fátima e Miguel, vocês foram a base da minha formação desde a infância. Se hoje cheguei até aqui saibam que foram minha maior influência. Vocês são minha estrutura, meu porto seguro.

Aos meus irmãos, Amanda e Miguel, incentivadores do meu dia a dia, obrigada. “Irmã” tenho você como um grande exemplo em minha vida, principalmente acadêmica. “Juba” nos momentos mais difíceis de sempre, mas

principalmente nesses dois últimos anos, “flautear” contigo renovava todas as minhas forças.

Ao meu grande amor, Vinícius, muito obrigada. Meu companheiro em todos os momentos, compreensivo e paciente. Sempre pronto a me ajudar nas dúvidas de formatação. Perdoe-me os momentos de ausência e impaciência nestes dois últimos anos.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM – Aleitamento Materno

AMC – Aleitamento Materno Complementado

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMM / AMP – Aleitamento Materno Misto / Aleitamento Materno Parcial

AMP – Aleitamento Materno Predominante

BLH – Banco de Leite Humano

IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira

IMS – Instituto de Medicina Social

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

MOS – Medical Outcomes Study

MS – Ministério da Saúde

PIEVF – Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar

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

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre a dimensão material do apoio social e o abandono do aleitamento materno exclusivo.....	49
Figura 2 – Relação entre a dimensão emocional / informação do apoio social e o abandono do aleitamento materno exclusivo.....	49
Figura 3 – Relação entre a dimensão de interação social positiva / afetiva do apoio social e o abandono do aleitamento materno exclusivo.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escala do Medical Outcomes Study (MOS) para avaliação do apoio social.....	22
Tabela 2. População de estudo e níveis de apoio social conforme subgrupos.....	48

RESUMO

O apoio social é um fator protetor e promotor da saúde. Quando presente em adequados níveis, o apoio favorece a saúde física e o bem-estar emocional das pessoas, e também tem sido apontado como um facilitador da relação entre mãe e filho, inclusive em relação à amamentação. Nos últimos trinta anos as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tornaram-se cada vez mais frequentes. Apesar das pesquisas nacionais demonstrarem uma crescente nas taxas de aleitamento materno exclusivo e predominante estes valores ainda estão aquém dos parâmetros desejados pela OMS. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a relação entre o apoio social auto-referido por mulheres com até 5 meses pós-parto e a ocorrência de abandono do aleitamento materno exclusivo em unidades de atenção básica à saúde na cidade do Rio de Janeiro. Esta é uma pesquisa com delineamento transversal, onde a avaliação do nível de apoio social percebido pela gestante durante a gravidez e pós-parto foi realizada através da escala do *Medical Outcomes Study* (MOS) e a alimentação do recém-nato foi caracterizada através do recordatório alimentare de 7 dias. A descrição do nível de apoio social incluiu a mediana (e percentis 2,5 e 97,5) da escala total e também das sub-escalas, e testes de hipóteses apropriados foram empregados para a comparação dos subgrupos. Na relação entre os escores das subescalas de apoio social e a ocorrência de desmame precoce utilizou-se modelos de regressão logística bivariada e multivariada. Foram realizadas 811 entrevistas onde 46,1% dos bebês estavam em AME; para bebês com até 15 dias de vida a prevalência do AME foi de 80%, sendo que para os bebês com idade entre 4 e 5 meses este percentual cai para 21,2%. A mediana do escore total do apoio social foi de 54 (17 - 76). Já para as subescalas material, afetivo / interação social positiva e emocional / informação, os valores foram de 11 (1 - 16), 22 (6 - 28) e 22 (4 - 32), respectivamente. Embora na análise bivariada as dimensões de apoio material e emocional/informação tenham mostrado relação significativa com o abandono do AME, quando analisadas conjuntamente nenhuma dimensão mostrou associação significativa com o desfecho. Diferentemente de outros estudos nessa área, os resultados desta pesquisa não revelaram relação estatisticamente significativa entre as dimensões de apoio material, emocional/informação e interação social positiva/afetiva com a probabilidade de abandono do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Apoio social. Aleitamento materno. Aleitamento materno exclusivo. Medical Outcomes Study – MOS.

Abstract

Social support is a protective factor and promoter of health. When present in adequate levels, support promotes physical health and emotional well-being of people, and has also been appointed as a facilitator of the relationship between mother and child, including in relation to breastfeeding. Over the past thirty years the promotion, protection and support of breastfeeding have become increasingly frequent. While national polls show increasing rates of exclusive breastfeeding and predominant these values are still below the desired parameters by WHO. The objective of this research was to evaluate the relationship between self-reported social support for women with up to 5 months postpartum and the occurrence of abandonment of exclusive breastfeeding in units of primary care in the city of Rio de Janeiro. This is a cross-sectional survey, where the assessment of the level of perceived social support for pregnant women during pregnancy and postpartum was performed by the scale of the Medical Outcomes Study (MOS) and feeding the newborn was characterized through dietary recall 7 days. A description of the level of social support included the median (and 2.5 and 97.5 percentiles) of full scale and also the sub-scales, and appropriate tests of hypotheses were used for comparison of subgroups. In the relationship between the scores of the subscales of social support and the occurrence of early weaning was used bivariate logistic regression models and multivariate analysis. Were conducted 811 interviews where 46.1% of infants were exclusively breastfed, for infants up to 15 days old the prevalence of exclusive breastfeeding was 80%, and for babies aged between 4 and 5 months this percentage drops to 21, 2%. The median total score of social support was 54 (17-76). As for the subscales material, emotional / information and positive social interaction / affection, the values were 11 (1-16), 22 (6-28) and 22 (4-32), respectively. Although the bivariate analysis the dimensions of material and emotional/information support have shown a significant relationship with the abandonment of the AME, when in multivariate analysis, no dimension was significantly associated with outcome. Unlike other studies in this area, the results of this study revealed no statistically significant relationship between the dimensions of material, emotional/information and positive social interaction/affective support with the likelihood of abandonment of exclusive breastfeeding.

Key words: Social support. Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Medical Outcomes Study - MOS.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	13
1.1. <i>DELIMITAÇÃO DO TEMA</i>	13
1.2. <i>APOIO SOCIAL</i>	15
1.2.1. <i>Definição</i>	15
1.2.2. <i>Dimensões do Apoio Social.....</i>	16
1.2.3. <i>Apoio Social e Saúde</i>	17
1.2.4. <i>Avaliação do Apoio Social.....</i>	19
1.2.5 <i>Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS).....</i>	20
1.2.6. <i>Apoio Social e o Ciclo Grávido-Puerperal</i>	23
1.3. <i>ALEITAMENTO MATERNO.....</i>	25
1.3.1. <i>Definição e Classificação do Aleitamento Materno</i>	25
1.3.2. <i>Aleitamento e Saúde Materna e Infantil.....</i>	26
1.3.3. <i>O Contexto do Aleitamento Materno no Brasil e no Mundo.....</i>	29
1.4. <i>APOIO SOCIAL E ALEITAMENTO MATERNO.....</i>	32
1.5. <i>JUSTIFICATIVA.....</i>	35
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS.....	37
2.1. <i>OBJETIVO GERAL.....</i>	37
2.2. <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	37
CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS	38
3.1. <i>DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....</i>	38
3.2. <i>SELEÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE.....</i>	39
3.3. <i>SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES</i>	40
3.4. <i>AFERIÇÃO E COLETA DE DADOS</i>	40
3.5. <i>VARIÁVEIS E RESPECTIVOS INSTRUMENTOS</i>	42
3.6. <i>PROCESSAMENTO DOS DADOS</i>	43
3.7. <i>ANÁLISE ESTATÍSTICA.....</i>	45
3.8. <i>QUESTÕES ÉTICAS.....</i>	46
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	47

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	61
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE ELEGIBILIDADE.....	62
APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO PRINCIPAL	63

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é uma parceria do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira com o Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), sediado no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Conforme esmiuçado ao longo da obra, o presente estudo é um desdobramento do projeto de pesquisa “Violência entre Parceiros Íntimos durante a gestação e o pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?”, o qual foi coordenado pelo PIEVF e teve seu trabalho de campo entre janeiro e julho de 2007. Este projeto já originou, até o momento, duas teses de doutorado ^{1,2}, três dissertações de mestrado ^{3,4,5} e sete artigos científicos publicados em periódicos indexados ^{6,7,8,9,10,11,12}.

¹ Oliveira, AS. Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce? [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

² Azevedo, GL. Violência entre parceiros íntimos na gestação: um fator de risco para depressão pós-parto? [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

³ Ribeiro, TST. Violência entre parceiros íntimos nos primeiros cinco meses de pós-parto entre usuárias de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

⁴ Sampaio, PF. Nascer em Hospital Amigo da Criança: um fator de proteção ao aleitamento materno? [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

⁵ Bottino, MN. Aspectos evolutivos da depressão pós-parto e fatores associados [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

⁶ Moraes CL, Tavares da Silva Tde S, Reichenheim ME, Azevedo GL, Dias Oliveira, AS, Braga JU. Physical violence between intimate partners during pregnancy and postpartum: a prediction model for use in primary health care facilities. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2011 Sep;25(5):478-86.

⁷ Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira AS, Lobato G. [Birth in Baby-Friendly Hospitals in Rio de Janeiro, Brazil: a protective factor for breastfeeding?]. *Cad Saude Publica*. 2011 Jul;27(7):1349-61.

⁸ Moraes CL, de Oliveira AS, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr*. 2011 May 24:1-8.

⁹ Reichenheim ME, Moraes CL, Oliveira AS, Lobato G. Revisiting the dimensional structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): empirical evidence for a general factor. *BMC Med Res Methodol*. 2011 Jun 20;11:93.

O primeiro capítulo desta dissertação apresenta a introdução ao assunto, composta pela delimitação do tema, referencial teórico e justificativa, e aborda o contexto do apoio social e do aleitamento materno no Brasil e no mundo, a multidisciplinaridade dos temas e a relevância desses.

No segundo capítulo são descritos os objetivos gerais e específicos. Os aspectos metodológicos, tanto da pesquisa de fundo quanto do estudo em questão são abordados no terceiro capítulo.

Os resultados desta pesquisa são apresentados no quarto capítulo. Em seguida o capítulo cinco é composto pela discussão a respeito do tema estudado e pelas considerações finais. Por fim os apêndices compreendem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário de elegibilidade e o questionário de coleta de dados utilizados na pesquisa.

¹⁰ Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Postpartum depression according to time frames and sub-groups: a survey in primary health care settings in Rio de Janeiro, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2011 Jun;14(3):187-93.

¹¹ Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Mar;47(3):427-38.

¹² Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord*. 2012 Dec 15;142(1-3):219-24.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.3. DELIMITAÇÃO DO TEMA

Os primeiros estudos a avaliarem a relação entre apoio social e saúde surgiram na década de 70, onde Sidney Cobb [1] e John Cassel [2], em pesquisas independentes, sugeriram que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade a doenças. Segundo Cobb [1], o apoio social começa na vida intrauterina e seria melhor reconhecido no seio materno, especialmente na forma como a mãe segura e oferece suporte ao bebê. O autor afirma ainda que o apoio pode exercer efeito protetor para o indivíduo quando das transições e crises vivenciadas ao longo da vida.

Considerado um fator protetor e promotor da saúde, o apoio social auxilia no enfrentamento de situações específicas como doenças crônicas ou agudas [3, 4], influencia positivamente a funcionalidade e o bem-estar emocional do paciente [5], favorece a manutenção da saúde e também facilita a adoção de condutas adaptativas em situações de estresse [6]. Estes benefícios tendem a ocorrer de forma cumulativa, isto é, quanto maior a disponibilidade de ajuda ou apoio em situações de necessidade, menores seriam os efeitos negativos causados por condições estressantes [7].

Frente às evidências de que níveis adequados de apoio social favorecem a saúde física e o bem-estar emocional das pessoas [3], observa-se também um crescente interesse em se compreender como este apoio pode interferir na saúde materna e infantil. Em 2001, o Ministério da Saúde publicou

em sua cartilha denominada “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher” que o acompanhamento pelo marido, familiar próximo ou amiga durante o trabalho de parto é fundamental para o suporte psíquico e emocional da mulher, estimulando positivamente a parturiente neste momento [8].

Quanto ao aleitamento materno, sua importância para o crescimento e desenvolvimento da criança é consensual, além de apresentar diversos benefícios para a saúde da mãe. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, para a população em geral, que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade. Com o objetivo de suprir suas necessidades nutricionais, depois de seis meses de vida a criança deve começar a receber alimentação complementar, segura e nutricionalmente adequada, associada ao leite materno até pelo menos o segundo ano de vida [9].

Nos últimos trinta anos as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tornaram-se cada vez mais frequentes. Apesar das pesquisas nacionais demonstrarem que as taxas de aleitamento materno exclusivo e predominante estão aquém dos parâmetros desejados pela OMS [10], pode-se observar ao longo dos anos um significativo aumento nestes percentuais. Por exemplo, a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros e no Distrito Federal mostra um progressivo aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, o qual passou de 9,7% em 1999 para 41% em 2010 [10, 11, 12].

No entanto, deve-se considerar que o ato de amamentar não se resume somente a uma ação instintiva e natural, e sim uma representação de hábitos

ligados aos determinantes sociais e manifestações culturais que envolvem a amamentação [13]. Acredita-se então que as mães e as crianças formam uma unidade biológica e social, sendo relevante uma análise da relação entre apoio social e aleitamento materno.

1.4. APOIO SOCIAL

1.2.1. Definição

Ao abordar o tema apoio social, suporte social ou ainda rede de suporte social, considerados sinônimos na literatura, não se pode negligenciar a definição do termo rede social. Esta é definida como uma “teia” de relações sociais que circunda o indivíduo, e apresenta características estruturais específicas, seja pela densidade, disponibilidade ou frequência de contato entre os componentes desta rede. A rede social pode também ser caracterizada por um grupo de pessoas que apresentam contato ou alguma forma de participação social, como exemplo, grupos religiosos ou associações sindicais [14, 15]. É através da rede social que o indivíduo mantém sua identidade social e pode ou não receber apoio emocional, ajuda material, serviços, informação e adquirir novos contatos sociais [6]. Para Due e colaboradores [16], a rede social pode ser informal, composta por indivíduos com os quais se tem uma relação familiar ou afetiva mais íntima, ou uma rede formal, composta por pessoas vinculadas à igreja, ao trabalho, às escolas ou serviços de saúde.

A definição para o termo apoio social não é consensual. Os diversos pesquisadores da área abordam diferentes aspectos funcionais das relações interpessoais, assim caracterizando a multidimensionalidade deste constructo. Cobb [1] definiu ‘apoio social’ como uma informação que leva o indivíduo a crer que é cuidado, amado, estimado e membro de uma rede de obrigações mútuas. Para Minkler e colaboradores [17], o apoio social se caracteriza como qualquer informação ou auxílio material oferecidos e que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Além disso, trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos benéficos para quem recebe e também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos se sintam mais seguros em suas atitudes. E, neste processo de reciprocidade, fica evidente que as pessoas necessitam umas das outras [17].

Due e colaboradores [16] sugeriram que o apoio social está relacionado com os recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade. Nesse sentido, sua mensuração se daria através da percepção individual, e pela intensidade com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções, seja por meio do apoio emocional, material ou afetivo.

1.2.2. Dimensões do Apoio Social

As três dimensões de apoio social mais comumente encontradas na literatura são “apoio emocional”, “apoio material” e “apoio de informação”. O apoio emocional envolve carinho, amor e empatia, levando o indivíduo a crer que é cuidado e amado. Comumente é percebido em situações que envolvem confiança mútua, numa relação diádica onde a união entre as partes possibilita o intercâmbio de cuidado e apoio. O apoio material é referido como um suporte

tangível, através da ajuda material ou por meio de serviços, o qual favorece a solução de um determinado problema, enquanto o apoio de informação está relacionado à orientação para a solução de um problema, o que significa esclarecer e compartilhar informações e conhecimentos [1, 5, 18].

Recentemente, alguns pesquisadores sugeriram uma abordagem ainda mais detalhada do constructo apoio social, onde o mesmo seria caracterizado por cinco dimensões distintas, sendo elas: i) material, relacionada à provisão de recursos práticos e ajuda material; ii) afetiva, onde são avaliadas demonstrações físicas de amor e afeto; iii) interação social positiva, a qual se reflete nas pessoas com as quais o indivíduo pode relaxar e divertir-se; iv) emocional, caracterizada pelo potencial da rede social satisfazer as necessidades individuais em relação a questões emocionais; e por fim, v) informação, representada pela existência de pessoas que possam aconselhar, orientar ou informar em caso de necessidade [5, 6].

1.2.3. Apoio Social e Saúde

Muitos estudos ao longo do tempo têm apontado os efeitos benéficos do apoio social. Fratiglione e colaboradores [19], realizaram um estudo de coorte populacional na Suíça durante 3 anos e concluíram que indivíduos com um vasto relacionamento entre familiares e amigos, e que relatam satisfação com estes contatos, apresentam significativo efeito protetor no surgimento de demências. Pessoas que sofrem de doenças crônicas como fibrose cística [20], diabetes [21], câncer [22] e aqueles com insuficiência renal crônica em hemodiálise [23], também parecem se beneficiar quando da disponibilidade de adequados níveis de apoio social. Além disso, o apoio social também

apresenta efeitos positivos na recuperação do paciente com insuficiência cardíaca congestiva e procedimentos cirúrgicos, bem como auxilia na adesão do paciente ao tratamento prescrito [1].

A caracterização de um indivíduo como saudável, ou não, deve também compreender uma análise das condições sociais e ambientais às quais ele estaria exposto, especialmente no que tange a alguns importantes determinantes em saúde, aqui incluídos a renda e a condição social; educação; ambiente físico; acesso aos serviços de saúde; questões de gênero e apoio social. Em relação a este último, quanto maior o apoio da família, de amigos e da comunidade, melhor é a condição de saúde. A cultura, englobando os costumes, tradições e crenças familiares também influenciaria significativamente a saúde [24].

No entanto, um dos grandes desafios relacionados ao estudo desta temática é caracterizar como o apoio social contribui para a saúde do indivíduo. Duas teorias distintas, contudo não excludentes, trazem à tona os potenciais mecanismos pelos quais o apoio social poderia ser benéfico. A teoria do modelo *Buffering* sugere que o apoio social estaria relacionado ao bem-estar somente na vigência de situações estressantes. Logo, indivíduos sob estas condições, especialmente em níveis mais elevados de estresse, seriam beneficiados pelo efeito “tamponador” do apoio social, o qual agiria como um fator protetor para influências potencialmente patogênicas decorrentes de eventos estressantes. O segundo modelo, denominado “efeito direto” ou *Main-effect*, sugere que as pessoas se beneficiam dos recursos sociais independente de estarem ou não vivenciando uma situação estressante. Conforme essa abordagem, o efeito favorável do apoio social ocorre devido à

participação do indivíduo em uma ampla rede social, a qual oferece experiências positivas e estabilidade social. Sendo assim, fazer parte de uma rede social ativa poderia ajudar o indivíduo a evitar experiências negativas, as quais poderiam aumentar a susceptibilidade a doenças físicas ou psicológicas [25, 26]. De acordo com esta teoria, os sistemas imune e neuroendócrino responderiam a estímulos relacionados a “emoções” levando a efeitos na saúde física [27]. Assim, o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e o sistema nervoso simpático respondem a estímulos extrínsecos de forma que podem gerar um desequilíbrio fisiológico. Isto ocorre, pois em situações de estresse o organismo busca manter a homeostase por meio de respostas alostáticas [28, 29]. Pode-se dizer ainda que o modelo do “efeito-direto” traz uma perspectiva sociológica de “interação social regular” ou “integração” em funções sociais [21].

1.2.4. Avaliação do Apoio Social

Além das controvérsias sobre a definição “dimensional” do apoio social, outra importante questão concerne ao debate sobre a forma de aferição do constructo. Por exemplo, mensurar o apoio social percebido ou aquele efetivamente recebido pode levar a conclusões distintas sobre a relação do apoio social com os processos de saúde e doença. Ainda segundo alguns autores [5, 25], mensurar a percepção do apoio social disponível pode trazer uma informação de maior validade quando comparada ao apoio efetivamente recebido. Isto ocorreria pelo fato de que certas pessoas não recebem apoio porque não necessitam, enquanto outras o deixam de receber por alguma condição específica que pode levar ao isolamento social deste indivíduo. No

entanto, há também uma variação na percepção individual sobre o apoio social. A percepção do indivíduo está relacionada com a forma em que é visto pelas outras pessoas e também pela confiança que adquire na constatação de que os outros se interessam por ele e estão disponíveis quando necessário. Sendo assim, ao perceber o apoio social, o mesmo é interiorizado de forma cognitiva e de acordo com suas experiências de apego. Desta forma, o apoio percebido é efetivo de acordo com o entendimento de cada indivíduo [30].

1.2.5 Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)

A dificuldade de encontrar um consenso sobre o conceito de “apoio social” reflete-se na forma de operacionalização do constructo no nível empírico. Nesse contexto, observa-se na literatura a existência de diversas técnicas e instrumentos para a quantificação do apoio social, as quais incluem entrevistas semi-estruturadas, escalas ou questionários, mapas ou grupos focais [3].

No presente estudo, a quantificação do apoio social foi realizada através da escala do *Medical Outcomes Study (MOS)*, a qual mensura a percepção dos indivíduos sobre o grau de apoio social disponível (Tabela 1). É um instrumento auto-administrável, multidimensional e desenvolvido para os pacientes participantes do *Medical Outcomes Study* [5]. Este foi um estudo longitudinal de 2 anos, o qual incluiu 2987 adultos usuários de serviço de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles (E.U.A.) e que apresentavam uma ou mais doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão). Além de conter as principais dimensões funcionais de apoio social, tal instrumento apresentou propriedades psicométricas adequadas em sua versão traduzida e

adaptada para o português [6, 14]. Esta mostrou uma alta confiabilidade quando utilizada entre gestantes ou puérperas que frequentam a rede pública de saúde [31].

Para este estudo os resultados da escala de apoio social serão analisados sob a perspectiva de três dimensões de apoio, sendo elas: afetivo / interação social positiva; emocional / informação; material [6]. Apesar do estudo de Sherbourne & Stewart [5] ter utilizado quatro dimensões de apoio na análise de seus resultados, Griep e colaboradores [6], ao analisarem os aspectos de validade de constructo da escala em um contexto nacional, observaram a discriminação de apenas três dimensões pela análise fatorial.

Tabela 1. Escala do Medical Outcomes Study (MOS) para avaliação do apoio social

Sub-escala (dimensões)	Perguntas (itens)
Apoio material	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude se ficar de cama? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo ao médico? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
Apoio afetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?
Apoio emocional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para ouvi-lo quando você precisar falar? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?
Apoio de informação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar bons conselhos em situações de crises? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?
Interação social positiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém com quem relaxar? ▪ Se você precisar, com que frequência conta com alguém para se divertir junto?

* Para cada pergunta, cinco opções de resposta são apresentadas: nunca (valor - 0); raramente (valor - 1), às vezes (valor - 2); quase sempre (valor - 3) e sempre (valor - 4).

1.2.6. Apoio Social e o Ciclo Grávido-Puerperal

Embora o ciclo grávido-puerperal seja um evento biologicamente natural, caracteriza-se também como uma passagem especial na vida da mulher, sendo repleto de sentimentos e sensações, incertezas e vulnerabilidade. Os riscos aumentados inerentes ao sexo feminino encontram-se aqui somados às grandes mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, além das mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério [32]. Frente a essa realidade, a mulher necessita de um vínculo de suporte e confiança que lhe possibilite enfrentar com maior segurança as dificuldades inerentes a esse período [33]. Leal e colaboradores observaram que a disponibilidade de apoio emocional, afetivo e de interação social positiva são fatores determinantes para uma atenção pré-natal adequada [34].

O puerpério também é um período que exige atenção. No entanto, além de oferecer assistência clínica, é necessário prover atenção psicossocial às mulheres nesta fase, sendo o papel da família, companheiros e amigos de grande importância [35]. Konradt e colaboradores [35], ao verificarem o impacto da percepção do apoio social e o desenvolvimento da depressão pós-parto, concluíram que o papel da família, do companheiro e/ou amigos é de grande importância e atua como fator de proteção para o desenvolvimento do desfecho estudado.

Dispor de apoio social no período pós-parto facilita o desenvolvimento de laços mais fortes entre a mãe e o bebê, pois contar com ajuda em momentos difíceis favorece a disponibilidade física e afetiva da mãe para atender às demandas do filho [36]. Tsunehiro e Bonadio [33], ao entrevistarem

gestantes atendidas no serviço pré-natal de uma instituição filantrópica em São Paulo, observaram que após o parto o apoio esperado pelas gestantes diz respeito à ajuda para as tarefas de cuidado do bebê e atividades domésticas. Outro estudo realizado na região metropolitana de Porto Alegre com o objetivo de investigar o apoio social recebido no primeiro ano de vida do bebê concluiu que para a maioria destas mulheres o apoio social recebido teve origem em seus maridos, mães e sogras, amenizando o efeito de experiências negativas ao se sentirem apoiadas em suas tarefas práticas bem como emocionalmente amparadas [36].

O apoio social durante o aleitamento materno é fundamental. Na maioria das vezes, tal suporte é oferecido por pessoas próximas da mãe, como as avós do bebê, o pai ou mesmo os vizinhos, ficando assim o profissional de saúde um pouco mais distante nesta cadeia. No entanto, nos hospitais seguidores da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, após a alta da maternidade, recomenda-se o encaminhamento da mãe a grupos de apoio ao aleitamento materno [37; 38], afirmando assim a importância de uma rede formal fornecedora de apoio.

Ao pesquisar o impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais, Brasileiro e colaboradores (70) concluíram que mães que não participaram de um programa de incentivo ao aleitamento materno apresentavam maior chance de desmame precoce quando comparadas com as mães participantes do programa. Neste momento pode-se questionar se a influência de pessoas próximas à mãe, na tentativa de ajudar na solução de dúvidas e inseguranças, pode contribuir para a interrupção do AME [37].

1.5. ALEITAMENTO MATERNO

1.3.1. Definição e Classificação do Aleitamento Materno

Segundo a Organização Mundial de Saúde, [38] o aleitamento materno é classificado da seguinte forma:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento Materno Predominante (AMP) – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹².
- Aleitamento Materno (AM) – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento Materno Complementado (AMC) – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

¹² Embora a OMS não reconheça os fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos) como exceção possível inserida na definição de aleitamento materno exclusivo, o Ministério da Saúde, considerando a possibilidade do uso de fluidos rituais com finalidade de cura dentro de um contexto intercultural e valorizando as diversas práticas integrativas e complementares, apoia a inclusão de fluidos rituais na definição de aleitamento materno exclusivo, desde que utilizados em volumes reduzidos, de forma a não concorrer com o leite materno.

- Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMM / AMP) – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

1.3.2. Aleitamento e Saúde Materna e Infantil

Os benefícios do aleitamento materno são amplamente descritos na literatura. Segundo a OMS, o aleitamento salva cerca de seis milhões de crianças ao ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas [39]. Não amamentar, especialmente a falta de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, constitui-se importante fator de risco para a morbidade e mortalidade infantil. Em longo prazo, pode afetar o desempenho escolar, a produtividade e o desenvolvimento intelectual e social [9].

O leite materno exerce efeito protetor contra infecções gastrointestinais e do trato respiratório, o que reduz as taxas de mortalidade entre as crianças amamentadas. Nesta relação, quanto menor a idade da criança, maior o efeito protetor do aleitamento. Isso ocorre porque bebês alimentados com leite materno desenvolvem uma microflora intestinal rica em lactobacilos e bifidobactérias que reduzem o efeito patogênico das bactérias [38, 40, 41].

Nos casos de diarreia, infecções respiratórias e otites, o leite materno também atua como um fator de proteção, principalmente quando oferecido de forma exclusiva [38, 42]. Em relação às alergias o aleitamento materno exclusivo é capaz de reduzir os eczemas, e até mesmo episódios de asma e rinite que podem surgir até os cinco anos de idade [43, 44].

Em longo prazo, os riscos de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade [45] também se mostram menores em crianças amamentadas [38]. Acredita-se que tais benefícios ocorrem porque os constituintes do leite materno geram impacto na imunidade inata exercendo efeito protetor no trato gastrointestinal pela ação de múltiplos e complexos glicanos e hormônios, inclusive a insulina [46]. Harder e colaboradores [47], realizaram uma meta-análise com dezessete estudos e observaram uma relação linear e inversa do aleitamento materno com o sobrepeso.

Bebês alimentados com leite materno apresentam melhor sono noturno e uma redução nos episódios de cólica infantil. Isso ocorre, pois a melatonina encontrada no leite humano não está presente em outras fórmulas artificiais de leite. Acredita-se que durante as mamadas noturnas o bebê receba uma fonte exógena de melatonina, absorvida pelo trato gastrointestinal, que ajuda na regulação do ciclo circadiano. Considerando a função de relaxamento da musculatura lisa que é exercida pelo hormônio, é plausível que ocorra uma redução da atividade gastrointestinal com consequente diminuição dos episódios de cólica [48].

O ato de amamentar traz benefícios para o adequado desenvolvimento da cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária [38, 49].

Dentre os benefícios psicológicos da amamentação destaca-se a promoção de vínculo afetivo entre mãe e filho, já que esta é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade da criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança [38].

Além dos benefícios para a criança, o aleitamento também gera influências maternas. Mulheres que amamentam apresentam melhor involução uterina no puerpério imediato, reduzem o risco de anemia, câncer de mama e ovário, melhoram a interação entre mãe e filho, além de se beneficiarem do efeito de redução da fertilidade enquanto estão amamentando [38].

Quando comparadas às mulheres que não amamentam, aquelas que o fazem apresentam uma melhor tolerância à glicose, melhoram níveis lipídicos plasmáticos e valores da proteína C reativa. Além disso, pelo fato de transferirem cerca de 400kcal a 600kcal por dia para o bebê dispõe de maior facilidade para perder peso [50].

No entanto, as vantagens do aleitamento materno não se reduzem somente à mãe e bebê. O gasto mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil pode comprometer grande parte da renda de uma família, variando de 38% a 133% do salário-mínimo, dependendo da marca da fórmula infantil [38].

E por fim, até mesmo a qualidade de vida da família ganha com o aleitamento materno. Isso ocorre porque crianças amamentadas adoecem menos, necessitam menos de atendimento médico, hospitalizações e medicamentos [38].

1.3.3. O Contexto do Aleitamento Materno no Brasil e no Mundo

Em meados da década de 70 iniciou-se um movimento mundial para o retorno da amamentação, que vinha apresentando grande declínio com consequências desastrosas tanto para a saúde das mães quanto dos bebês [51]. Foi então que a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) intensificaram as campanhas pró-aleitamento materno em todo mundo. Em 1979, numa reunião conjunta entre a OMS e o UNICEF, foi elaborado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno [52].

Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) que utilizava a mobilização social de todos os possíveis atores relacionados ao tema e contava com campanhas bem elaboradas na mídia. Ainda na década de 80 foi lançada a Portaria sobre Alojamento Conjunto, determinando que as maternidades com leitos pagos pela previdência social deveriam oferecer leitos no mesmo quarto às parturientes e seus recém-nascidos [52].

Em 1985, inicia-se a implantação de Bancos de Leite Humano (BLH), uma atividade antes esporádica no país, com regulamentação pelo MS em 1988 [52]. E, em 1988, além da aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a nova Constituição Brasileira instituiu o direito da trabalhadora a quatro meses de licença maternidade e o direito do pai a cinco dias de licença paternidade [53].

Em consonância com as políticas internacionais pró-amamentação, o Brasil participou da Declaração de Innocenti em 1990 na Itália e deu partida à

Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o apoio do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) [54].

Em relação às taxas de aleitamento materno no Brasil, as principais informações são provenientes da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN [55], da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, realizada [56] e da Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no Distrito Federal [57]. Estas verificaram que 33% das crianças eram amamentadas aos 6 meses na década de 70 e 49% na década de 80. Nos anos 90, a proporção de crianças amamentadas aumentou para mais de 60%. Observa-se também um aumento significativo na duração da mediana de aleitamento materno no país, passando de 5,5 meses em 1975 para 9,9 meses em 1999 [58].

Wenzel e Souza [59] quantificaram a frequência do aleitamento materno no Brasil segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas e observaram que mães com renda mais alta e maiores níveis de escolaridade apresentavam maior frequência de amamentação nos primeiros seis meses de vida. Em contra partida para as crianças com mais de seis meses esta relação se inverte, com a maior frequência de aleitamento sendo observada entre as mães com menor renda e escolaridade.

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal mostra que o tempo médio de aleitamento materno aumentou de 296 dias no ano de 1999 para 342 dias em 2008. Para o aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de vida também foi observado um aumento de 35% em 1999 para 52% em 2008. Já com relação ao

aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de seis meses este valor reduz para 41%.

Em uma recente revisão relacionada às práticas de aleitamento materno no Japão pode-se observar um aumento nas taxas de 80,7% em 1980 para 94,9% em 2005 no primeiro mês de vida do bebê e de 59,5% para 79,0% aos três meses. No entanto os valores de aleitamento materno exclusivo não expressam esta mesma progressão. Para o primeiro mês de vida do bebê esta taxa reduziu de 49,5% no ano de 1985 para 46,2% em 1995 e chegou em 42,2% em 2005. Já para o terceiro mês de vida as taxas se mostraram relativamente constantes, variando de 39,5% em 1985; 38,1% em 1995 e 38,0% em 2005. Tais valores podem ser considerados surpreendentes quando se leva em conta que este foi o primeiro país desenvolvido a apresentar um hospital certificado pela OMS e UNICEF com o Título de Hospital Amigo da Criança [60].

Apesar dos valores das taxas de aleitamento materno apresentarem uma elevação progressiva nas últimas décadas, principalmente entre os países em desenvolvimento [61, 62], e as mães manifestarem o desejo de amamentar seus filhos, cientes dos benefícios do aleitamento materno, estes valores ainda são inferiores aos indicados pela OMS e UNICEF.

1.6. APOIO SOCIAL E ALEITAMENTO MATERNO

O ato de amamentar vai além da ação de nutrir o bebê, a díade mãe / bebê pode ser vista como uma unidade biológica e social inseparável. Apesar da amamentação ser uma ação biologicamente determinada, ela não está livre de influências socioculturais [63]. Este fato pode ser observado na Pesquisa de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, que apresenta variações na prevalência do AM nas cinco regiões brasileiras [10].

Apesar de ser considerada instintiva, a amamentação pode ser um comportamento aprendido. Na ausência de contra-indicação formal ao aleitamento materno, toda mãe pode amamentar, e contar com apoio da família, comunidade e serviço de saúde pode ser um fator facilitador [64].

O apoio fornecido pelos serviços de saúde deve ser qualificado e constar de aconselhamento sobre alimentação infantil. Logo, deve estar presente nas primeiras consultas de pediatria, durante as sessões de imunização, nos serviços de atendimento a crianças doentes internadas ou em seguimento ambulatorial, serviços de atenção nutricional, de saúde reprodutiva e de maternidade. Em relação ao apoio fornecido pela comunidade, a promoção e o desenvolvimento de redes de apoio de base comunitária, como grupos de apoio mãe-para-mãe e conselheiros leigos, ajudam a garantir a alimentação apropriada para os lactentes [64].

Um exemplo de apoio formal ao aleitamento materno é a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), lançada em 1999 pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que capacitava equipes hospitalares e equipes de assistência primária no manejo e apoio ao

aleitamento materno [65]. A IUBAAM parte do pressuposto que atividades de atenção pré-natal, assim como nas primeiras consultas pediátricas se constituem uma grande oportunidade para a promoção da saúde, prevenção e solução de problemas que poderiam ser causadores de um desmame precoce. Além disso, lidar com pressões do contexto familiar e social também faz parte das prioridades desta Iniciativa.

Silva e colaboradores [66] realizaram uma revisão na literatura com objetivo de identificar o papel do pai no processo de amamentação. Os autores observaram que dentre todos os entes familiares e pessoas próximas citadas, a presença do pai é o suporte de maior relevância para a amamentação na perspectiva materna. No entanto, deve-se questionar o quão benéfica é a participação do pai com relação ao aleitamento. Alguns estudos observam que pais que residem com a criança geram influência positiva na duração do aleitamento materno [67]. Em contrapartida, estudos qualitativos que abordam causas associadas ao desmame precoce relacionam as pessoas próximas à família, o pai e a avó materna como possíveis incentivadores na introdução do leite artificial [37, 63].

Não somente ao que tange o apoio informal ao aleitamento materno, em alguns casos a rede de apoio formal parece exercer um papel pouco incentivador ao aleitamento. Santiago e colaboradores investigaram alguns fatores envolvidos na manutenção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 4 meses de vida. Nesta pesquisa os bebês foram divididos em três grupos de seguimento, sendo eles: grupo 1, seguimento com pediatra treinado, acompanhado pela equipe multiprofissional de amamentação; grupo 2, seguimento com o mesmo pediatra treinado da equipe multiprofissional de

amamentação, porém em consultas individuais; grupo 3, seguimento com pediatras sem treinamento em aleitamento materno. Os resultados da pesquisa demonstram que os bebês dos grupos 1 e 2 apresentam maior chance de estarem em AME quando comparados com os participantes do grupo 3. Assim, tão importante quanto uma formação profissional sólida seria a possibilidade da formação continuada e com treinamento específico em aleitamento materno entre os pediatras, que são referência para a família nos cuidados em saúde [68].

Segundo a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância [64], práticas alimentares inadequadas, assim como suas consequências podem representar grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico sustentável e à redução da pobreza. O grande desafio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, seria a capacidade de incorporar elementos de um novo paradigma que considerem a subjetividade e a individualidade materna na reformulação de um modelo de assistência materna que proporcione um apoio humanístico e ético beneficiando assim o aleitamento. Desta forma, pode-se considerar que quem melhor pode definir sobre a qualidade e composição do apoio a ser ofertado à nutriz é a própria mulher, que deve ser ouvida sobre suas necessidades para que esse processo seja o mais exitoso possível para ambos, mãe e lactente [69].

1.7. JUSTIFICATIVA

O ciclo grávido-puerperal gera grandes modificações no âmbito familiar, especialmente no que diz respeito à vida da mulher. Essas mudanças levam a necessidades individuais e específicas de apoio por cada indivíduo. É um momento onde a mãe necessita de apoio emocional, material e social além de simultaneamente oferecer suporte ao bebê. Desta forma, a possibilidade de identificar situações pontuais, como níveis de apoio reduzido, seja como um todo ou em alguma dimensão específica, pode ser um fator facilitador no rastreamento de situações de vulnerabilidade.

O leite humano apresenta muitos e inquestionáveis benefícios, que geram vantagens não só para mãe e para o bebê, mas também para a sociedade e o meio-ambiente. Tanto nas pesquisas nacionais [37, 63] como internacionais [70] pode-se notar que as mães tem o conhecimento sobre a informação adequada em relação ao aleitamento materno exclusivo e sua duração, o que representa a efetividade das diversas campanhas e iniciativas voltadas para o tema. No entanto não se pode reduzir a prática do aleitamento materno a uma ação de saúde, esta possui representações, valores e ideologias diferentes que dependem tanto do período estudado quanto da camada social considerada. Conhecer as visões particulares da mulher, assim como seus questionamentos faz com que o profissional de saúde possa dialogar de forma mais apropriada com esta mulher.

Apesar desse crescente interesse pela temática do apoio social em nosso país, uma busca virtual nas bases de dados integrantes da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) revela a escassez de estudos nacionais que abordem o

apoio social entre mulheres no período pós-parto, especialmente investigações que avaliem como o apoio social estaria relacionado com o aleitamento materno. Ao realizar uma busca na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* – SciELO com os descritores “social support” and “breastfeeding” foram encontradas sete publicações, que abordam a relação entre o apoio social e o aleitamento materno [37, 66, 69, 71, 72, 73, 74]. Destes estudos, quatro avaliaram o apoio social diante de metodologia qualitativa [37, 69, 73, 74]; um deles realizou uma revisão integrativa sobre a participação do pai ou companheiro no aleitamento materno [66]; outro descreveu o impacto do incentivo ao aleitamento materno na manutenção da amamentação [72]; e por fim um único estudo apresentou abordagem quantitativa na avaliação da rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida [71].

Assim, parece justificável a realização do estudo ora proposto, para o qual se vislumbram contribuições tanto científicas, quanto para as práticas assistenciais em nosso meio.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre o apoio social auto-referido por mulheres com até 5 meses pós-parto e o padrão de amamentação materna em unidades de atenção básica à saúde na cidade do Rio de Janeiro.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os níveis de apoio social entre mulheres com até 5 meses pós-parto assistidas em unidades de atenção básica à saúde na cidade do Rio de Janeiro.
- Investigar a relação entre as diferentes dimensões do apoio social e a presença de aleitamento materno exclusivo ao longo dos 5 primeiros meses pós-parto em unidades de atenção básica à saúde na cidade do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS

Conforme apontado na apresentação do documento, o presente estudo é mais um desdobramento do projeto de pesquisa “Violência entre Parceiros Íntimos durante a gestação e o pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?”. Assim, esse capítulo compreende aspectos gerais relacionados à pesquisa de fundo, e também as opções metodológicas que concernem especificamente ao estudo em questão.

3.1. DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal cujo trabalho de campo ocorreu entre janeiro e junho de 2007. A população de estudo foi formada por mães de crianças entre zero e cinco meses de idade, usuárias do serviço público de saúde no município do Rio de Janeiro. Os critérios de exclusão previamente estabelecidos foram:

- Mães que apresentassem contra-indicações formais ao aleitamento materno, incluindo quimioterapia oncológica prescrita para a mulher, infecção pelo vírus do HIV, utilização de medicações prejudiciais ao neonato, galactosemia, fenilcetonúria e malformações congênitas graves.¹³

¹³ Essa opção se deu em virtude de um dos objetivos principais da pesquisa de fundo era o estudo do aleitamento materno e das condições associadas ao desmame precoce. Assim não poderiam ser incluídas mães que apresentassem uma contra-indicação formal para amamentação, ou cujos filhos não pudessem ser amamentados, visto que o desfecho não poderia ser avaliado nestas situações.

- Mães que não relatassem uma relação amorosa com duração de pelo menos um mês durante a gestação ou pós-parto, visto que nessas circunstâncias não estaria caracterizada a possibilidade de exposição à violência entre parceiros íntimos (VPI).¹⁴
- Mães de filhos gêmeos.¹⁵

3.2. SELEÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Foram selecionadas unidades que se adequassem às necessidades do projeto, incluindo a disponibilidade de infraestrutura para realização das entrevistas e um número de atendimentos que justificassem a presença da equipe de entrevistadoras no local. Assim sendo, foram escolhidos os Centros Municipais de Saúde Marcolino Candau (Cidade Nova), Heitor Beltrão (Tijuca), Ariadne Lopes de Menezes (Engenho da Rainha), Manoel José Ferreira (Catete) e Jorge Saldanha Bandeira de Mello (Jacarepaguá), os quais estão bastante dispersos geograficamente e abrangem uma grande área na cidade do Rio de Janeiro.

¹⁴ Essa opção se deu em virtude da VPI ter sido estudada como a exposição de interesse central em estudos causais relacionados ao desmame precoce e depressão pós-parto. Assim, assumiu-se que mulheres com menos de um mês de relação íntima no ciclo grávido-puerperal não teriam tempo suficiente para o desenvolvimento de um relacionamento violento.

¹⁵ Essa opção teve como objetivo evitar a exclusão de um grupo relativamente raro e muito específico para o desenvolvimento de dois dos principais desfechos estudados, a depressão pós-parto e o desmame precoce.

3.3. SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

A proposta inicial foi de realizar entrevistas com todas as mães elegíveis que estivessem disponíveis nas unidades de saúde selecionadas. Contudo, nas situações em que o grande número de atendimentos impossibilitou a captação de todo esse contingente de mulheres, um processo de amostragem aleatória foi realizado. Cada entrevistadora, antes de se dirigir a uma das mães, realizava um sorteio que incluía todas as mulheres cujos filhos aparentavam ter até cinco meses de idade. Caso a sorteada não fosse elegível, ou não aceitasse participar da pesquisa, a entrevistadora se dirigia à próxima na lista utilizada para o sorteio. Esse procedimento era feito após a realização de cada entrevista completa.

As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e à tarde, englobando todos os dias de semana, e o número de entrevistas realizadas diariamente variou de acordo com a disponibilidade de entrevistadoras e respondentes.

3.4. AFERIÇÃO E COLETA DE DADOS

Todas as informações foram coletadas em um único momento, e questionários padronizados e pré-codificados especificamente para a pesquisa foram utilizados. As entrevistas foram realizadas por profissionais da área de saúde, do sexo feminino, previamente treinadas para a aplicação do

questionário composto por diferentes instrumentos, inclusive o instrumento para avaliação do apoio social – *Medical Outcomes Study* (MOS). Esse treinamento ocorreu durante uma semana, e teve como atividades principais: i) apresentação do PIEVF, do projeto de pesquisa e das entrevistadoras; ii) leitura em grupo dos questionários (elegibilidade e principal) e manuais (geral e específico), com discussão de dúvidas e implementação das modificações pertinentes; iii) simulação de entrevistas, assistidas por todo o grupo e tendo como respondentes as próprias integrantes da equipe; iv) discussão das dúvidas oriundas dessa simulação, e revisão das alterações necessárias; e v) visita às unidades de saúde, para apresentação das equipes, avaliação do fluxo de atendimento médico e compatibilização do trabalho de campo com a rotina da unidade. Para cada unidade selecionada foi desenvolvido um fluxo para o trabalho de campo, o qual respeitava as características de cada serviço. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado e sem a presença do marido ou companheiro.

As dúvidas identificadas nessas etapas foram solucionadas antes do trabalho de campo. Durante a coleta de dados reuniões semanais ou quinzenais foram realizadas, com a presença de toda a equipe, para a discussão de questões como dúvidas no preenchimento dos questionários e dificuldades para a inserção do grupo nas unidades. Questões mais específicas e que demandavam pronta decisão eram discutidas imediatamente com um dos coordenadores da pesquisa, pessoalmente ou via telefone. Durante as primeiras duas semanas de trabalho de campo a atuação das entrevistadoras sempre ocorreu com a presença de um dos coordenadores na unidade de saúde.

3.5. VARIÁVEIS E RESPECTIVOS INSTRUMENTOS

Após o preenchimento do questionário de elegibilidade (Apêndice 3), as participantes responderam ao questionário principal do estudo, o qual compreendeu informações sobre a mãe e o bebê, incluindo a assistência pré-natal e o nascimento; a saúde mental da mulher; eventos estressantes, incluindo atos de VPI vivenciados pelo casal; consumo de substâncias pelo casal; apoio social e o padrão alimentar da criança, entre outros. Reiterando que a presente dissertação está inserida em um amplo projeto de pesquisa que abarca os temas de violência entre parceiros íntimos, depressão pós-parto e aleitamento materno, cabe ressaltar que o questionário principal é composto por diferentes instrumentos, específicos para avaliação dos constructos relacionados aos temas de interesse. Sendo assim, para esta dissertação serão abordadas, além do apoio social e aleitamento materno, algumas variáveis que visam caracterizar o perfil da população estudada. São elas:

- Apoio social: conforme descrito na sub-seção 1.2.5, a avaliação do nível de apoio social percebido pela gestante durante a gravidez e pós-parto foi realizada através da escala do *Medical Outcomes Study* (MOS). Este instrumento é composto por dezenove itens e cinco sub-escalas, as quais compreendem cinco dimensões funcionais de apoio social, e a operacionalização deste conceito no nível empírico se dá através da utilização dos escores obtidos nas escalas de apoio material; afetivo/interação social positiva; emocional/informação (Tabela 1) [6].

- Aleitamento materno: a alimentação do recém-nato foi caracterizada através do recordatório alimentar de 7 dias. Essa opção teve o intuito de evitar

a classificação do padrão alimentar conforme apenas as últimas 24 horas, quando o aleitamento materno exclusivo pode ter acontecido em função de alguma condição clínica da criança ou mesmo por disponibilidade materna.

- Situação conjugal – relata viver com um companheiro estável ou não, sendo classificadas como tendo um ‘companheiro estável’ as mulheres que viveram com o mesmo parceiro ao longo de toda a gestação e período pós-parto.

- Idade materna – caracterizada pela idade (anos) da mãe na data da entrevista, pode ser analisada em sua forma contínua ou estratificada em faixas etárias (< 20 anos; 20-35 anos; > 35 anos).

- Escolaridade materna – classificada em dois níveis, a saber: menos de 12 anos de estudo, isto é, não tem o 2º Grau Completo; ou possui 12 ou mais anos de estudo (2º Grau Completo, 3º Grau Incompleto ou Completo).

- Número de filhos

- Eventos obstétricos na gestação atual: a identificação dessas complicações ocorreu de uma questão que indagava se a respondente esteve internada durante a gestação, com resposta dicotomizada em sim ou não.

3.6. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Uma vez preenchidos, os questionários foram avaliados e codificados pelos dois coordenadores da pesquisa. O armazenamento dos dados foi realizado através do programa EpiInfo 6.04 [75]. A digitação foi realizada com dupla entrada em 15% dos questionários para avaliação da concordância e

verificação de erros, e essa replicação ocorreu em três momentos ao longo da digitação. Os questionários a serem novamente digitados foram selecionados aleatoriamente dentre aqueles já digitados até então. Na segunda e terceira etapas dessa dupla entrada a amostragem ocorreu somente entre os questionários digitados após a primeira e segunda etapa da replicação, respectivamente. A digitação secundária dos dados foi realizada pelo mesmo grupo de digitadoras, as quais não tinham acesso à informação sobre quem havia digitado cada questionário previamente. A comparação das duas entradas dos questionários replicados foi realizada através do programa Stata 9 [76], e as discrepâncias solucionadas com a revisão manual dos respectivos questionários.¹⁶

Em seguida cada variável teve seus valores apreciados, bem como foi avaliado o perfil dos dados ausentes. Os desvios não esperados dos valores de cada variável e também os valores aberrantes (*outliers*) foram detectados através do exame da distribuição de cada variável. A limpeza dos dados incluiu a consulta aos questionários originais e correção dos erros de digitação.

¹⁶ Nessas verificações foi identificada uma excelente concordância entre os valores preenchidos nos questionários e aqueles consolidados na base de dados, após a digitação. Nenhuma das digitadoras apresentou um percentual de erro acima de 0,5%, e a grande maioria dos erros detectados ocorreu em campos que não traziam informações sobre variáveis principais da pesquisa (por exemplo, variáveis nominais a serem preenchidas em campos abertos, tais como *nome do hospital onde ocorreu o parto-índice*, e alguns campos referentes a datas, os quais puderam ser facilmente corrigidos).

3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística referente a esse estudo foi implementada com o software Stata 12 [76]. A descrição do nível de apoio social na população de estudo incluirá a mediana (e percentis 2,5 e 97,5) da escala total e também das subescalas, seja para toda a amostra ou conforme subgrupos específicos. Testes de hipóteses apropriados serão empregados quando das comparações entre subgrupos [76], e todas as estimativas serão apresentadas considerando um intervalo de confiança de 95%.

No que tange à relação entre as dimensões de apoio social e a ocorrência de desmame precoce, a análise dar-se-á inicialmente através de modelos de regressão logística bivariada fazendo uso de polinômios fracionários, método que identifica a transformação da variável de exposição que oferece o melhor ajuste em relação à variável desfecho [77]. Os achados dessa etapa serão dispostos através de figuras, as quais possibilitam a visualização gráfica da relação entre o escore da variável de exposição e a probabilidade de ocorrência do desfecho, e também através de uma medida síntese (p-valor) para a relação entre a variável exposição transformada e o desfecho. Em seguida, os escores referentes às dimensões do apoio social que apresentarem p-valor < 0,20 serão avaliados conjuntamente em um modelo de regressão logística multivariada visando determinar se uma ou mais dimensões apresentam relação estatística significativa com o desfecho, independente das outras dimensões.

3.8. QUESTÕES ÉTICAS

Seguindo-se a orientação da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, os dados foram colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Este continha informações detalhadas sobre a pesquisa; identificava os pesquisadores e instituições envolvidas; garantia a confidencialidade das informações e de sua utilização apenas de forma agregada; e claramente apontava não ser obrigatória a participação no estudo. Todas as respondentes receberam uma cópia deste termo.

O projeto de pesquisa “Violência entre Parceiros Íntimos durante a gestação e o pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?”, o qual originou o presente estudo, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro, sob os pareceres CAE número 0039.0.314.000-07 e CAE número 0040.0.314.000.07. No Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira foi aprovado sob o parecer de número 152.061.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 811 mães de crianças com idade de até 5 meses. Conforme a tabela 2, a maioria das mães era adulta (77,3%), com média de idade de 25,3 anos (13 – 44 anos; DP = 6.6), tinha relacionamento conjugal estável (86,6%) e possuía o 2º grau incompleto (71,9%). Quanto ao número de filhos, 49,6% das mulheres eram primíparas. Durante a gestação, apenas 11,6% das mulheres apresentaram alguma intercorrência que necessitasse de internação. E, em relação ao aleitamento materno, 46,1% estavam em AME no momento da entrevista, porém a prevalência de AME mostrou-se progressivamente menor em relação à idade da criança. Enquanto os bebês com até 15 dias de vida tinham 80% de prevalência do AME, apenas 21,2 % dos bebês com idade de 4 a 5 meses estavam em AME.

Em relação aos escores da escala do MOS para toda a população do estudo, a mediana do escore total do apoio social foi de 54 (17 - 76) e foram identificadas medianas com valores de 11 (1 – 16), 22 (6 – 28) e 22 (4 – 32) para as dimensões apoio material, apoio afetivo/interação social positiva e apoio emocional/informação, respectivamente. A Tabela 2 também oferece uma síntese sobre os níveis de apoio social na população de estudo, focalizando algumas diferenças no nível de apoio conforme algumas características maternas. Mães que não tinham o segundo grau completo apresentaram menores níveis de apoio social para todas as subescalas, enquanto aquelas com relacionamento estável relataram melhores níveis de apoio social nas subescalas afetiva/interação social positiva e emocional/informação. Quando comparadas com as múltíparas, as primíparas

apresentam valores de mediana mais elevados nas subescalas de apoio material e afetivo/interação social positiva.

Tabela 2. População de estudo e níveis de apoio social conforme subgrupos.^a

Características Maternas	n (%)	Apoio Social		
		Apoio Material	Apoio Afetivo + Int. Social Positiva	Apoio Emocional + Informação
Idade Materna				
<i>Adolescentes</i>	184 (22,7%)	11 (1,6 – 16)	22 (7,3 – 28)	22 (7 – 32)
<i>Adultas</i>	627 (77,3%)	11 (1 – 16)	22 (6 – 28)	21 (4 – 32)
Escolaridade				
<i>2º Grau Incompleto</i>	583 (71,9%)	10 (1 – 16)**	22 (6 – 28)***	21 (4 – 32)*
<i>2º Grau Completo</i>	228 (28,1%)	12 (1,7 – 16)	25 (8 – 28)	25 (6 – 32)
Situação Conjugal				
<i>Sem Companheiro</i>	109 (13,4%)	11 (1 – 16)	21 (3,8 – 28)**	19 (4 – 32)*
<i>Companheiro Fixo</i>	702 (86,6%)	11 (1 – 16)	23 (7 – 28)	22 (4 – 32)
Número de Filhos				
<i>1 filho</i>	402 (49,6%)	12 (1,1 – 16)**	23 (8 – 28)**	22 (6,1 – 32)
<i>2 filhos ou mais</i>	409 (50,4%)	10 (0 – 16)	21 (5 – 28)	20 (4 – 32)
Internação na Gestação				
<i>Sim</i>	94 (11,6%)	11 (2 – 16)	22 (5,4 – 28)	21 (4,8 – 32)
<i>Não</i>	717 (88,4)	11 (1 – 16)	22 (6 – 28)	22 (4 – 32)

^a Os valores referentes aos níveis de apoio social são apresentados através de medianas e respectivos percentis 2,5 e 97,5 (em parênteses)

* p-valor < 0,05; ** p-valor < 0,01; *** p-valor < 0,001

Quanto à relação entre as dimensões do apoio social e o AME na população estudada, as Figuras 1 e 2 sugerem que a probabilidade da criança estar em AME é progressivamente maior entre mulheres com maiores níveis de apoio material (p-valor = 0,005) e apoio emocional/informação (p-valor = 0,013). Porém, a Figura 3 sugere que os níveis de apoio social referentes à dimensão interação social positiva/afetiva não guardam uma relação significativa com o AME entre as mulheres do estudo (p = 0,123).

Figura 1 – Relação entre a dimensão material do apoio social e abandono do aleitamento materno exclusivo.

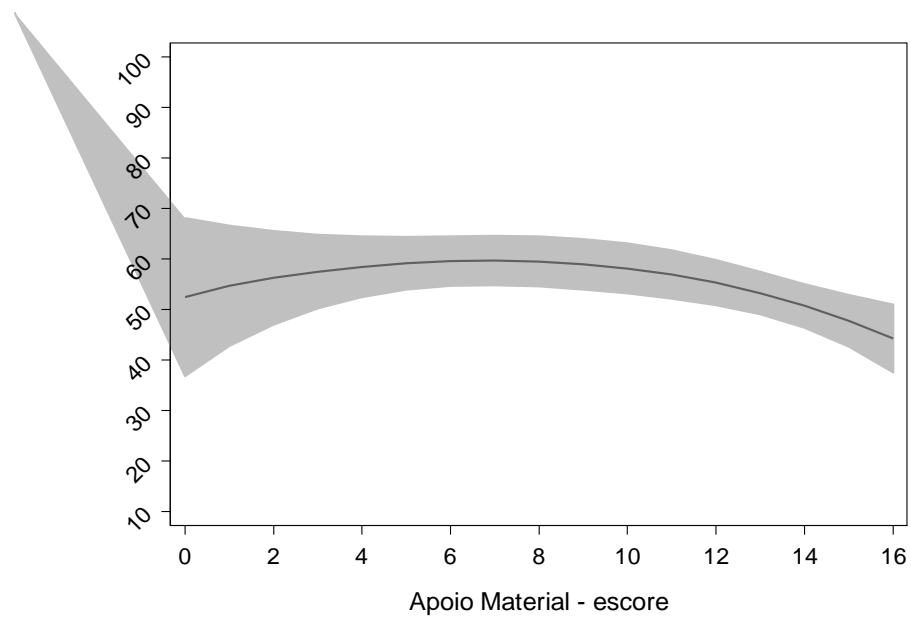


Figura 2 – Relação entre as dimensões emocional / informação do apoio social e do abandono do aleitamento materno exclusivo.

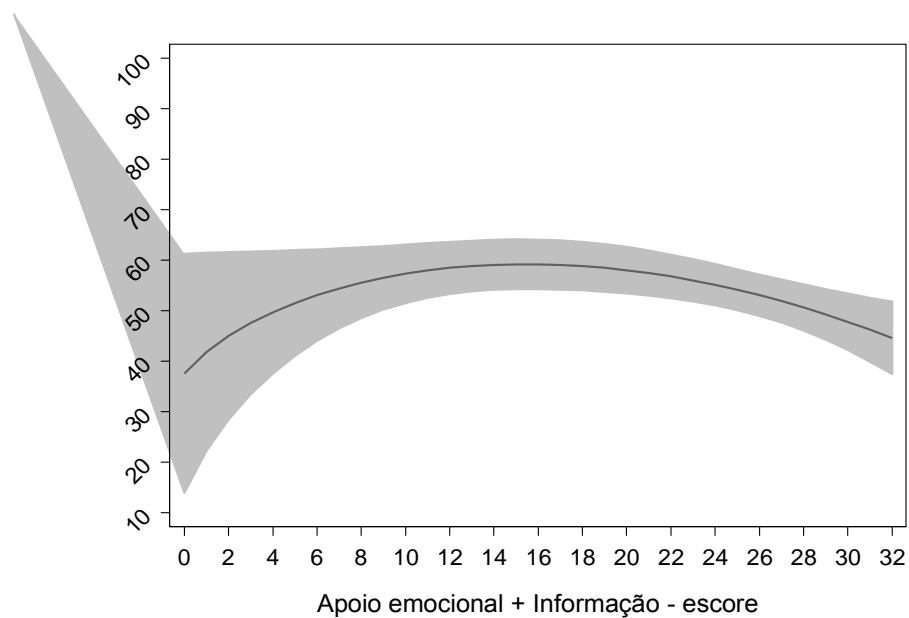
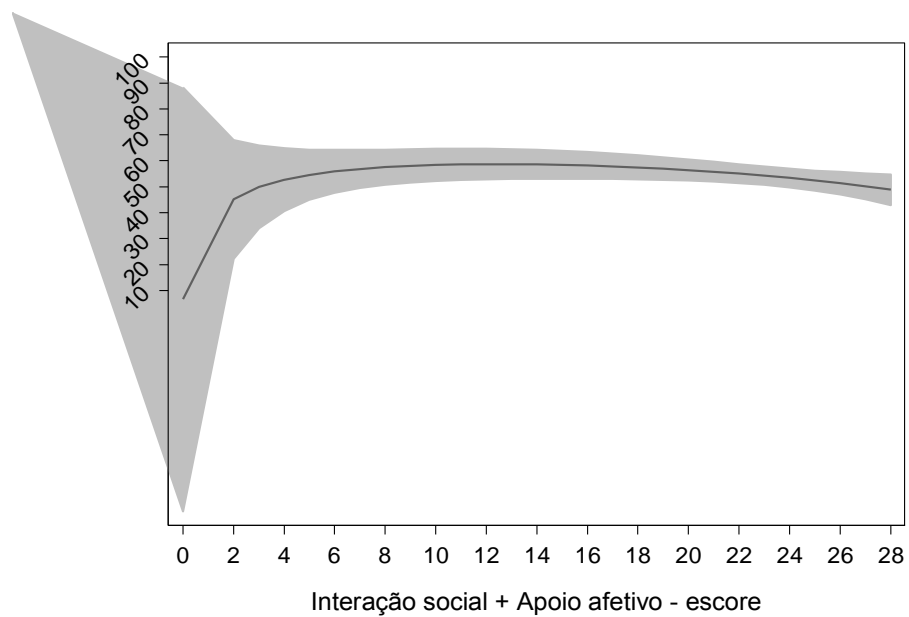


Figura 3 – Relação entre as dimensões de interação social positiva / afetiva do apoio social e de abandono do aleitamento materno exclusivo.



Considerando uma análise onde as 3 dimensões do apoio têm sua relação com o AME avaliadas conjuntamente, observa-se que nenhuma das dimensões de apoio social apresentou uma relação estatisticamente significativa com o AME – apoio material com p-valor = 0,10; apoio emocional/informação com p-valor = 0,37; e interação social positiva/afetiva com p-valor = 0,84.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sugerem que não há uma relação estatisticamente significativa entre as subescalas de apoio social e a probabilidade de abandono do aleitamento materno exclusivo.

O apoio social é um tema ainda controverso, tanto no que tange ao seu conceito quanto aos métodos de avaliação. Estudos que abordam a relação do apoio com o aleitamento materno estão ganhando cada vez mais espaço na literatura, mas ainda são escassos em nosso país. Fujimori *et al* buscou esclarecer os aspectos relacionados ao AME e sua manutenção na perspectiva de mulheres atendidas em unidade básica de saúde e concluiu que, para o adequado estabelecimento do aleitamento, não basta a mulher querer amamentar ou ter conhecimento das vantagens e duração recomendada do mesmo. Ela precisa de apoio, além de compreensão de suas particularidades e de sua realidade sociocultural [37]. Muller & Silva [69], com o intuito de conhecer como um grupo de nutrizes percebe o apoio disponível em seu entorno social, concluíram que as mulheres reconhecem a necessidade e influência do apoio, entendendo-o como um fator determinante de sua experiência para gerar a oportunidade de desenvolver autoconfiança na vivência da amamentação de maneira prazerosa. No entanto, a maior parte das pesquisas apresenta uma abordagem qualitativa, com um reduzido tamanho amostral e algumas vezes divergem também na metodologia empregada para avaliar o apoio [37, 69, 73, 74].

Morgado e colaboradores [71] investigaram a associação entre rede e apoio social e práticas alimentares de lactentes no quarto mês de vida e

concluíram que mães que contam com elevados níveis de apoio social “total” (escala completa do MOS) apresentam maiores chances de não abandonarem o AME. Cabe ressaltar que, embora a pesquisa em referência e o presente estudo tenham abordado o apoio social através do mesmo instrumento de avaliação e tenham focalizado populações semelhantes, algumas diferenças metodológicas podem ter contribuído para a discrepância dos resultados. Uma das possíveis explicações para a divergência nos achados pode ser a idade dos bebês. Em nosso estudo 41,1% dos bebês tinham entre 30 e 90 dias, enquanto o outro estudo é específico para crianças com quatro meses de vida. Além disso, a análise das dimensões do apoio foi executada de forma distinta entre ambos os estudos. Morgado e colaboradores realizaram suas análises sob a perspectiva de quatro dimensões do apoio, enquanto o atual estudo executou sua análise com 3 dimensões. Outra questão a ser ressaltada é que, no estudo de Morgado, os autores optaram por analisar conjuntamente tanto o escore total da escala completa do MOS como os escores de quatro dimensões distintas, o que de certa forma pode trazer colinearidade entre as variáveis explicativas e não encontra respaldo sob um ponto de vista teórico ou analítico. Por fim, Morgado *et al* optaram por estudar o perfil alimentar da criança conforme 4 distintas categorias, e não apenas distinguiram entre AME ou não.

É importante destacar que o presente estudo apresenta aspectos positivos que devem ser considerados. O primeiro deles concerne ao tamanho amostral e o tipo de população estudada. Apesar da população de estudo não se constituir uma amostra representativa das usuárias de unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro, os resultados encontrados nesta pesquisa

podem ser inferidos para populações com características similares, tendo em vista que o perfil das usuárias dos serviços públicos de saúde da rede básica é semelhante [37, 78]. Além disso, as Unidades Básicas de Saúde que participaram do estudo estão dispostas de maneira a abranger diversificada área geográfica da cidade. O segundo aspecto positivo é a utilização de um instrumento adaptado [6] e com características psicométricas adequadas [31] na avaliação do apoio social, inclusive entre gestantes [31]. No tocante à avaliação do aleitamento materno, optou-se por ampliar a janela temporal do recordatório alimentar de 24 horas para sete dias. Considerando que parte da população de estudo compreendeu crianças que buscavam atendimento médico nas unidades básicas que participaram do estudo, esta alteração espera reduzir a possibilidade de superestimação dos valores de AME, já que bebês com alguma doença aguda ou convalescentes tenderiam a alimentar-se somente com o leite materno.

Em contrapartida, algumas limitações deste estudo não podem ser desconsideradas. O desenho transversal da pesquisa é uma delas, pois desta forma não se pode estabelecer uma relação temporal de causa e efeito entre as variáveis explicativas e o desfecho estudado. Porém, sob o ponto de vista da ética em pesquisa, não seria exequível acompanhar, sem qualquer intervenção, mulheres que ao longo do ciclo grávido-puerperal demonstrassem baixos níveis de apoio social. Outra questão que deve ser considerada é o fato das entrevistas terem sido realizadas em UBS durante a visita de puericultura. Desta forma, nessa população de estudo poderiam estar subestimados os casos em que as mães ou os bebês necessitem de cuidados diferenciados, buscando assim atendimento especializado. Essas limitações apontam a

necessidade de um aprofundamento no debate sobre a relação entre apoio social e aleitamento materno.

O presente estudo buscou trazer um novo olhar sobre a relação entre o apoio social e aleitamento materno exclusivo. O fato dos resultados não apontarem uma relação de significância estatística entre o apoio social e o AME para as mulheres usuárias de unidades básicas de saúde deve ser interpretado de forma parcimoniosa. Não se deve deixar de considerar que a percepção do apoio por cada mulher e em cada situação específica traz consigo a necessidade de uma avaliação individualizada que busque interpretar a mulher, seus problemas e sua singularidade como um todo, analisando principalmente o contexto em que está inserida. Por fim, acredita-se que novos estudos sobre o tema são necessários, principalmente com enfoque nas dimensões, na fonte fornecedora e até mesmo no método de avaliação do apoio social.

REFERÊNCIAS¹⁷

1. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976; 38 (5):300-14.
2. Cassel, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 1976; 104 (2):107-23.
3. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (3):1755-69.
4. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003; 4 (1):21-32.
5. Sherbourne CD, Stewart A. The MOS social support survey. *Soc. Sci. Med*. 1991; 32 (6):705-14.
6. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (3):703-14.
7. Sherbourne CD. The role of social supports and life stress events in use of mental health services. *Medicine Care*. 1988; 27:1393-1400.
8. Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica da mulher. 2001.
9. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, 2003.
10. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2010.
11. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília, 2001.
12. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2009.

¹⁷ As normas para elaboração das referências seguem as adotadas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher.

13. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. Cadernos ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará. 2005; 1 (1).
14. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(4):887-96.
15. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology. 1979; 109:186-204.
16. Due P, Holtein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. Social Science and Medicine. 1999; 48 (5):661-73.
17. Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Outreach Project. Health Educational Quarterly. 1985; 12 (4):303-14.
18. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2006; 163-81.
19. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. The Lancet. 2000; 355:1315-19.
20. Pizzignacco TP, Melo DF, Lima RG. A experiência da doença na fibrose cística: caminhos para o cuidado integral. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (3):638-44.
21. Madden MH, Tomsik P, Terchek J, Navracruz L, et al. Keys to successful diabetes self-management for uninsured patients: social support, observational learning, and turning points: a safety net providers' strategic alliance astudy. J Natl Med Assoc. 2011; 103 (3):257-64.
22. Fagundes CP, Lindgren ME, Shapiro CL, Kiecolt-Glaser JK. Child maltreatment and breast cancer survivors: social support makes a difference for quality of life, fatigue and cancer stress. Eur J Cancer, 2011.
23. Ferreira FC, Filho CRS. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. J Bras Nefrol. 2011; 33 (2):129-35.
24. Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization. 2010.
25. Cohen W, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin. 1985; 98 (2):310-57.
26. Gerin W, Milner D, Chawla S, Pickering TG. Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: a test of the direct effects and buffering hypotheses. Psychosomatic Medicine. 1995; 57:16-22.

27. Jemmott JB, Locke SE. Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious disease. How much do we know? *Psychological Bulletin*. 1984; 95:78-108.
28. Seeman TE, McEwen BS. Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 1996; 58: 459-471.
29. Carvalho SR. A carga alostática: uma revisão. *Cad. Saud. Colet*. 2007; 15 (2): 257-274.
30. Schwartz T, Vieira R, Geib LTC. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (5):2575-85.
31. Silva KS, Coutinho ESF. Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3):979-83.
32. Faisal-Cury A, Menezes PM. Depressão pós-parto: o papel do obstetra. *Femina*. 2005; 33 (2):135-9.
33. Tsunehiro MA, Bonadio IC. A família na rede de apoio da gestante. *Fam. Saúde Desenvolv*. 1999; 1 (1/2):103-06.
34. Leal MC, Pereira APE, Lamarca GA, Vettore MV. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27 (2):237-53.
35. Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev. Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010.
36. Rapaport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*. 2011; 16 (2):215-25.
37. Fujimore E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Comunicação Saúde Educação*. 2010; 14 (33): 315-327.
38. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, 23. Brasília, 2009.
39. World Health Organization. *Breast-feeding: the technical basis and recommendations for action*. Geneva, 1993.
40. Lee, JH. An update on necrotizing enterocolitis: pathogenesis and preventive strategies. *Korean J Pediatr*, 2011; 54 (9): 368-372.
41. Maldonado J, Cañabate F, sempere L, et al. Human milk probiotic *Lactobacillus fermentum* CECT5716 reduces the incidence of

- gastrointestinal and upper respiratory tract infections in infants. *JPGN*, 2012; 54: 55-61.
42. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre evidências. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (2): 235-246.
 43. Foisy M, Boyle RJ, Chalmers JR, et al. Overview of reviews The prevention of eczema in infants and children: an overview of Cochrane and non-Cochrane reviews. *Evid. Based Child Health*, 2011; 6 (5): 1322-1339.
 44. Kobyletzki LB, Bornehag CG, Hasselgren M, et al. Eczema in early childhood is strongly associated with the development of asthma and rhinitis in a prospective cohort. *BMC Dermatol.*, 2012; 12:11.
 45. Miller J, Rosenbloom A, Silverstein J. Childhood Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2004; 89 (9): 4211-4218.
 46. Mahmoud AM, Haymond MW. The magic of mother's milk. *Diabetes*, 2012; 61 (12).
 47. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 2005; 162 (5): 397- 403.
 48. Engler AC, Hadash A, Shehadeh N. Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: potential role of breast milk melatonin. *Eur J Pediatr*, 2012; 171: 729-732.
 49. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79 (1): 7-12.
 50. Rooney BL, Schauburger CW. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *Obstetrics & Gynecology*, 2002; 100 (2): 245-252.
 51. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Ver Bras Epidemiol*. 1998; 1 (1): 40-49.
 52. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19 (1): 537-545.
 53. Brasil.gov.br [internet]. Licença maternidade. Acessado: janeiro/2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/posparto/licenca-maternidade>
 54. UNICEF.org [internet]. Innocenti Declaration. On the protection, promotion and support of breastfeeding. Acessado: janeiro/2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

55. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. 1989. Acessado: janeiro/2013. Disponível em: <http://nutricao/docs/boletimSisvan/pnsn.pdf>
56. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. 1997. Acessado: janeiro/2013. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=inquerito_populacional_pnds
57. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 1999.
58. Ministério da Saúde. Indicadores de vigilância alimentar e nutricional. Brasil 2006. Brasília, DF, 2009.
59. Wenzel D, Souza SB. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. Ver Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2011; 21 (2): 251-258.
60. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, Jimba M, Matsubara M. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. Int Breastfeed J. 2012; 7 (15).
61. Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn LM. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity. Health Policy and Planning. 2011; 26: 257-265.
62. United Nations Children's Fund: Infant feeding patterns by country. Acessado em: janeiro/2013. Última atualização: outubro/ 2011. Disponível em: http://www.childinfo.org/breastfeeding_infantfeeding.html
63. Almeida JAG, Novak FR. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. Jornal de Pediatria. 2004; 80 (5): S119-S125.
64. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. 2005.
65. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. 2005; 21 (6): 1901-1910.
66. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. Rev Paul Pediatr. 2012; 30 (1): 122-130.
67. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (1): 69-77.

68. Santiago LB, Bettiol H, Barbieri MA, Guittierrez MRP, Ciampo LAD. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. 2003; 79 (6): 504 – 512.
69. Müller FS, Silva IA. Representações sociais de um grupo de mulheres / nutrizes sobre o apoio à amamentação. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17 (5).
70. Berry NJ, Jones SC, Iverson D. It's not the contents, it's the container: Australian parents' awareness and acceptance of infant and young child feeding recommendations. Breastfeeding Review. 2012; 20 (2): 31-35.
71. Morgado CMC. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. [dissertação]. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
72. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. Cad. Saúde Pública. 2010; 26 (9): 1705-1713.
73. Machado ARM, Nakano AMS, Almeida AM, Mamede MV. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. Rev. Bras Enferm. 2004; 57 (2): 183-187.
74. Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17 (3).
75. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epiinfo, Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control; 1994.
76. StataCorp. Stata Statistical Software, Release 9.0. College Station, Texas: Stata Corporation; 2005.
77. Royston, P., Altman, D.G., 1994. Regression using fractional polynomials for continuous covariates: parsimonious parametric modelling (with discussion). Applied Statistics 43, 429-467.
78. Nakano MAS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15 (2).

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “violência entre parceiros íntimos durante a gestação e pós-parto: um fator de risco para o desmame precoce?” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada por Alessandra S. Dias de Oliveira, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (x-21) 2587-7303 ramal 218 ou e-mail alessadias@ims.uerj.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o papel da violência entre parceiros íntimos na iniciação e duração do aleitamento materno. Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista estruturada a ser realizada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es). Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro situado na Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 - Cidade Nova, Tel.: 2293-5549 e e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

A pesquisadora principal ofertou-me uma cópia assinada deste Termo de Consentimento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento do meu filho(a) ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE ELEGIBILIDADE

Número de Identificação |____|____|____|

Instruções para preenchimento:

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

I. Identificação do questionário

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

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

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

III. Caracterização da entrevistada

1. Elegível	2. Recusou-se a participar da pesquisa	3. Não elegível	27. __
-------------	--	-----------------	---------

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO PRINCIPAL

Número de Identificação | ____|____|____|____|

Instruções para preenchimento:

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

I. Identificação do questionário

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

II. Identificação da mãe e do bebê

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

III. Dados sobre o pré-natal

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

IV. Dados sobre o nascimento

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

V. Módulo: Saúde Mental

Instruções para preenchimento:

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

1. Sim 0. Não

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

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

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

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

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

VII. Dados sobre a alimentação do bebê

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

Instruções para preenchimento:

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

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

De todos os alimentos ou líquidos que eu te perguntei, algum foi dado por mamadeira ou chuquinha?	1. Sim	0. Não	126. __
Você já tinha vontade de amamentar (nome do bebê) antes dele(a) nascer? Se sim, pule a próxima questão	1. Sim	0. Não	127. __
E depois que (nome do bebê) nasceu, você teve vontade de amamentar ele(a)?	1. Sim	0. Não	128. __
Você acha que o seu companheiro incentivou, ou seja, deu força para você amamentar, e manter o(a) (nome do bebê) mamando no peito?	1. Sim	0. Não	129. __

VIII. Violência entre parceiros íntimos (CTS2)

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

Instruções para preenchimento:

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

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

Você tem companheiro atualmente? Se não, pule a próxima questão	1. Sim	0. Não	130. __
Ele é o mesmo desde que você soube estar grávida? Se sim, vá para a questão 138	1. Sim	0. Não	131. __
<i>“Então, gostaria de saber um pouco sobre os seus relacionamentos amorosos desde que soube estar grávida...”</i>			
Você teve algum companheiro durante a gestação? Se não, vá à questão 135	1. Sim	0. Não	132. __
Quantos?			133. __
Qual o nome do companheiro que ficou com você durante a gestação? Caso haja 2 ou mais companheiros nesse período, anote o nome daquele que ficou mais tempo com ela	134.	_____	

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

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

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

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

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

Instruções para preenchimento:

Leia cada uma das questões a seguir e pergunte se “isto já aconteceu”. Marque o número correspondente à resposta do entrevistado:

0. Não 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

Se a resposta for positiva (alternativa 1 ou 2), perguntar: “Ocorreu durante a gravidez?”, e depois perguntar “Ocorreu depois que o bebê nasceu?”.

ATENÇÃO:

‡ Para as questões de negociação, as opções de resposta são: 0. Não 1. Sim

Obs: as questões de negociação são aquelas que não são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez?”

† Quando forem diferentes companheiros para a gestação e depois do parto, aplicar toda a CTS2 (questões 152 a 263) para aquele da gestação, e a seguir para o companheiro do pós-parto.

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

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

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

IX. Módulo Depressão Pós-Parto

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

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

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

X. Hábitos de vida da mulher e do companheiro

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

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

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

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

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

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

1. Sim 0. Não 274. |__|

Mantida a resposta não, vá à questão 282

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

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

275. |__| |__| |__|

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XI. Módulo: Auto-Estima

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

Instruções para preenchimento:

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

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

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

XII. Apoio Social

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

Instruções para preenchimento:

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

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

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

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

XIII. Situação Sócio-Econômica

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

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

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

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

“Muito obrigado!!!”

Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

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