



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Anna Paula Ferrari

Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida: coorte de lactentes de Botucatu

Tese apresentada Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Anna Paula Ferrari

Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida: coorte de lactentes de Botucatu

Tese apresentada Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Ferrari, Anna Paula.

Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida : coorte de lactentes de Botucatu / Anna Paula Ferrari. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40602001

1. Lactente. 2. Doenças. 3. Parto (Obstetrícia). 4. Procedimentos cirúrgicos eletivos. 5. Recém-nascidos.

Palavras-chave: lactente; morbidade; parto; procedimentos cirúrgicos eletivos; recém-nascido.

Dedico esta tese aos meus pais que me ensinaram a fazer tudo por e com amor.

Ao meu esposo por me apoiar, por ter sido meu alicerce nesta construção.

*Às mães e seus filhos que aceitaram embarcar nesse estudo, muitas vezes sem a real
dimensão do quão essencial foram/são neste processo.*

Agradecimento Especial

À Professora Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada pela confiança depositada em mim e por todos esses anos (9 anos!) de orientação.

Sou imensamente grata por todo aprendizado compartilhado e por me permitir acompanhar sua trajetória. Te admiro muito!

AGRADECIMENTOS

Às puérperas por aceitarem participar deste trabalho em um momento de suas vidas repleto de emoções.

A todos os profissionais que colaboraram com a coleta de dados desta pesquisa. O papel de vocês foi fundamental.

Aos gestores dos hospitais envolvidos, pela autorização para execução da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste projeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela bolsa de doutorado concedida.

À equipe UPESC, em especial à Profa. Dra. Margareth, à Rosângela e Eliane. Sem o apoio, incentivo e trabalho de vocês nada disso seria possível. Meus mais sinceros agradecimentos e admiração.

À equipe da Seção Gráfica da Administração Geral – UNESP, que colaborou com tanto profissionalismo para que os impressos fossem confeccionados.

À equipe CLaB (docentes, pós-graduandas e graduandas) pela parceria e convivência durante esta construção. Idealizamos, construímos e concretizamos com muito esforço e dedicação esta pesquisa.

À Secretaria de Saúde (Clínica do Bebê), ao Hospital das Clínicas da Unesp (CRIE) e ao Hospital UNIMED (Setor de Faturamento) por viabilizarem a coleta de dados desta pesquisa, pela receptividade e apoio.

Às alunas voluntárias que tive o prazer de conhecer e que muito contribuíram para execução desta pesquisa.

À Sonia, Rafaela, Juliana, Gabriela (bolsistas de treinamento técnico - FAPESP) e à Denise (bolsista CNPq) pela dedicação e comprometimento. Sem vocês nada disso seria possível.

Às entrevistadoras Andréa, Elaine, Wanda e Isabela. Qualquer palavra é insuficiente para expressar minha gratidão por tudo que vocês fizeram. Pessoas incríveis, profissionais dedicadas e empenhadas. Agradeço por vocês terem cruzado meu caminho.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos compartilhados.

Ao Hélio, pela realização da análise estatística.

À Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, pelas valiosas sugestões na elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Adriano Dias, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e à Luciene, secretária do programa, pelas orientações, prontidão e empenho em sanar as dúvidas que surgiram durante o curso.

A todos os amigos e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que tive a oportunidade de conhecer, pelos momentos de trabalho e também de descontração.

À Comissão Organizadora do 1º. Congresso de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu. Foi incrível ter feito parte desta equipe! Quantas descobertas, quantos obstáculos ultrapassados, quanto aprendizado e, acima de tudo, quantos vínculos construídos. Nossa parceria foi um sucesso.

Aos queridos alunos que cruzaram meu caminho nesses quatro anos. Vocês foram essenciais para meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço pela troca, pelo aprendizado compartilhado.

À Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada, minha orientadora, pela paciência, competência e exemplo de profissional. Qualquer palavra seria insuficiente para expressar minha admiração e o quanto sou grata por esses anos de parceria.

Aos meus pais, Denize e João Carlos, por tudo que fizeram e fazem por mim e por estarem sempre presentes, me incentivando e torcendo para meu sucesso.

Ao meu irmão, João Felipe, pelo simples fato de fazer parte da minha vida.

Ao meu esposo Murilo, companheiro de todos os momentos, pelo carinho, apoio e paciência dedicados a mim. Você é minha fortaleza.

Às Famílias Ferrari, Barros e Sugahara, pelos momentos descontraídos e por sempre torcerem por mim.

Às amigas Ana Paula e Caroline Gomes (prima e amiga), por estarem sempre presentes, me ajudando, incentivando e dividindo momentos inesquecíveis.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa SAMUCA, pelas discussões acadêmicas fundamentais para meu crescimento profissional.

Aos amigos e amigas dos grupos “Diário de Sophia”, “Camaradagem” e “Turma da Janta” pelos momentos revigorantes que passamos em todos esses anos de amizade. Vocês são essenciais para minha vida.

E, finalmente, agradeço imensamente a Deus, por sempre me abençoar nas minhas decisões, amparar nos momentos difíceis e por permitir com que pessoas extremamente competentes e importantes para meu crescimento pessoal e profissional cruzassem meu caminho.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

APRESENTAÇÃO

Eis que me pego pensando: como isso tudo começou? Quais foram os caminhos que percorri para chegar até aqui? Como surgiu minha inquietude e envolvimento com a saúde materno-infantil e com a pesquisa? Para responder a estas indagações tive que voltar no tempo, há exatos 10 anos.

Em 2008, no terceiro ano da graduação, ao me deparar com a Disciplina de Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, vivenciei mais um momento em que percebi quão alienada eu era (sim, mais um... pois, desde o início da graduação fui me desprendendo, fui “rompendo a bolsa” que até então me “protegia” e me distanciava da realidade). Esse momento foi quando eu descobri que parto normal é realmente normal, ou era pra ser, e não a cesárea, que até então eu encarava como melhor maneira de “parir”. Na minha cabeça nascer por cesariana era o correto. Parto vaginal só acontecia quando não dava tempo de ser cesárea. E por que será que eu tinha esta convicção? Refletindo, vejo que esta influencia se deu pelo meio em que eu vivia. Meu contato maior era com pessoas que tinham plano de saúde, pessoas que não frequentavam unidades básicas de saúde, pessoas que nem sabiam/sabem o que é o SUS (aliás, uma das minhas primeiras des-alienações foi descobrir o SUS). Pois então, sempre que um bebê nascia em meu meio, nem se questionava sobre o tipo de parto, pois já era sabido, já era a regra: era cesárea. E aí descubro no meu terceiro ano de faculdade que não! A cesárea não é a melhor maneira de se “parir”, quando não há indicação para tal. E começo a me envolver mais e mais com a saúde materno-infantil.

No ano seguinte, orientada pela Profa. Vera Tonete, tive meu primeiro artigo publicado, o “primeiro filho”, que foi uma revisão de literatura sobre as contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno de mães adolescentes. Neste mesmo ano, tive mais uma experiência marcante: entrevistei mães adolescentes para elaboração de meu trabalho de conclusão de curso. E foi aí que a pesquisa de campo começou a me encantar. Bom, então já tinha duas descobertas: a saúde materno-infantil e a pesquisa.

Em 2010 ingressei no aprimoramento em neonatologia, sobre orientação da Profa. Cristina Parada, quando começou nossa parceria. Quanto aprendizado! E aí os tipos de parto voltam a me intrigar. Cuidava daqueles bebezinhos na UTI neonatal que cabiam na palma da minha mão, tão frágeis... buscava apoiar aquelas famílias, principalmente as mães, que tinham o sonho e idealização do bebê perfeito interrompidos de forma tão dolorosa. E surgem as indagações: por que alguns desses bebês nascem de parto vaginal e outros de cesárea? O que será que está por traz dessas indicações de cesárea? Será que a falha está no atendimento pré-

natal? Ah, e como trabalho de conclusão, estudei a questão do aleitamento materno durante a hospitalização dos recém-nascidos, que resultou em minha segunda publicação, o “segundo filho” (esta gestação foi um pouco mais complicada, demorou um pouco mais para nascer).

Então, em 2011, para buscar entender um pouco mais dessa assistência ante parto e claro, para me aprofundar na área, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Que experiência... como foi bom ter feito esta especialização. Cresci muito não apenas como profissional, mas como pessoa, como agente transformador. Foi incrível! Como monografia, apresentei uma revisão de literatura acerca da cesárea e seus resultados perinatais.

A partir desta revisão, outro questionamento surgiu: será que há diferença nos resultados perinatais quando se tem cesárea eletiva ou indicada (distinção pouco encontrada na literatura)? Foi aí que, em 2013, ingressei no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Comecei a fazer parte de uma ampla pesquisa, conduzido pela doutoranda, à época, Ana Paula (que por sinal é uma pessoa que me inspira até hoje), que já estava em desenvolvimento. Foi meu primeiro contato com banco de dados, com análise quantitativa, com estudos epidemiológicos. Mais e mais aprendizado... mais e mais descobertas. E a paixão e interesse pela pesquisa e pela saúde materno-infantil só aumentando. Eis que neste interim surge uma paixão avassaladora: a docência! Sem ao menos esperar já estava envolvida e amando lecionar.

Este ano foi um ano de muito crescimento. Foi o ano do meu casamento com a pessoa com quem namorei por 10 anos, que vivenciou comigo todas estas transformações e descobertas. Pois bem, tive que “dar conta” então do casamento novo (e de tudo que vem junto no pacote do matrimônio), do mestrado e da docência. Foram dois anos intensos, incrivelmente intensos! Mas aí, quando você acha que já chegou no seu limite, que não dá conta de mais do que isso, vem o doutorado!

Na verdade, antes mesmo de concluir o mestrado, já desejava o doutorado. Queria aperfeiçoar mais os achados do mestrado. Então, logo após a defesa do mestrado, em março de 2015 ingressei no sonhado doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Surge a oportunidade de conduzir um estudo de coorte. Que desafio! Mas, era isso que eu queria. E no meio de coleta de dados, captação dos participantes da coorte, coordenação da pesquisa, nasce mais um “filho acadêmico” resultado do mestrado. Quanta alegria e alívio! A sensação de estar no caminho certo foi inevitável.

A felicidade aumenta ainda mais ao final da coleta, que durou um ano e meio, e deu origem a muitos “estudos filhos” (trabalhos de conclusão de curso, iniciações científicas,

mestrados e doutorados). A satisfação se faz presente! Como tudo acontece no momento certo, em 2017, junto com o final da coleta, ingressei ao corpo docente de uma faculdade particular e em 2018 como professora substituta do Departamento de Enfermagem. E hoje, sabe aquela disciplina lá do início deste texto que me fez “sair da bolha”? Pois bem, hoje sou professora substituta desta disciplina e sigo tentando tirar os discentes de mais “bolhas” como aquela que me alienavam.

Hoje concluo meu doutorado com a sensação de dever cumprido. Que venham mais desafios... que venham mais “filhos-acadêmicos”... e quem sabe um filho com o real significado da palavra. E se vier, qual será o tipo de parto?

RESUMO

Introdução: Na literatura científica, estudos relacionam as cesáreas ao aumento do risco de morbimortalidade materna e infantil. Além dos possíveis desfechos negativos observados no período perinatal, a literatura tem apontado, também, efeitos deletérios na primeira infância para crianças nascidas por operação cesariana, tais como: desmame precoce, asma, alergia e alterações de crescimento. Porém, com exceção do aleitamento materno e da asma, há viés na maioria dos registros, visto que não há a devida discriminação entre os desfechos relacionados às cesáreas indicadas e as cesáreas eletivas. A tese a ser explorada diz respeito aos efeitos adversos da cesárea no período perinatal e primeiro ano de vida, quando realizada sem indicação precisa, tendo como hipótese: os desfechos da cesárea eletiva são negativos no período perinatal e no primeiro ano de vida quando comparados aos mesmo desfechos do parto vaginal. **Objetivos específicos:** três estudos foram desenvolvidos, sendo que o primeiro, tem por objetivo classificar os tipos de partos de acordo com três referências: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Ministério da Saúde (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde – CONITEC) e revisão de literatura especialmente conduzida para tal finalidade e comparar os desfechos perinatais e no primeiro ano de vida associados a essas classificações; o segundo objetiva verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais: idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, índice de Apgar atribuído no quinto minuto de vida, tempo de internação, necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intermediários/Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UCI/UTI), contato pele a pele na sala de parto e amamentação na primeira hora de vida; e o terceiro, verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos: aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida, desmame no primeiro ano de vida, alterações no crescimento, ocorrência de infecções respiratórias e atopias no primeiro ano de vida. **Método:** trata-se de estudo de coorte, cujo seguimento foi de um ano. A coorte foi constituída por mães/bebês que passaram por serviço de atenção primária de Botucatu/SP (Clínica do Bebê), voltado a atender em consulta médica e de enfermagem recém-nascidos cujos partos ocorreram tanto no serviço público quanto no privado e cujas mães aceitaram participar do estudo. A coleta de dados ocorreu em sete momentos, sendo o primeiro na Clínica do Bebê, no primeiro mês de vida das crianças, e as demais entrevistas ocorreram por telefone (aos dois e quatro meses do bebê) e em domicílio aos três, seis, nove e 12 meses após o parto. Para a análise estatística do estudo 1 realizou-se associação entre todas as variáveis perinatais e no primeiro ano de vida e as três classificações

de parto, sendo estimadas as probabilidades de significância (p valor). Foram utilizadas as técnicas de Kruskal-Wallis e Qui-quadrado, sendo considerados significativos $p < 0,20$. Para o estudo 2, realizou-se análise univariada, sendo estimados os riscos relativos, com intervalo de confiança de 95%, a partir da Regressão de Cox. Aquelas variáveis que apresentaram nível de significância estatística menor que 0,20 ($p < 0,20$) foram mantidas no modelo. Em seguida, a relação entre o tipo de parto e os desfechos perinatais foi analisada por Regressão de Cox Múltipla. Para o estudo 3, modelos de Regressão de Cox foram ajustados para os desfechos em função do tipo de parto, incluindo todas as covariáveis. Em seguida, reajustaram-se os modelos, incluindo somente covariáveis com níveis descritivos abaixo de 0,20 ($p < 0,20$). Relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$. Análises foram realizadas com o software SPSS v21.0. **Resultados:** os achados do artigo 1 mostram que a diretriz CONITEC é o referencial nacional que apresentou a maior taxa de cesárea eletiva e foi o que mais diferenciou o parto vaginal das cesáreas, considerando os resultados perinatais estudados. Com relação ao artigo 2, associações significativas foram encontradas entre contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, internação em UCI/UTI e tempo de internação. Bebês nascidos por cesárea eletiva têm maior risco de não serem colocados em contato pele a pele ($RR=13,74$; $p < 0,001$; $IC95\%=7,64-24,71$) e de não serem amamentados na primeira hora de vida ($RR=2,28$; $p < 0,001$; $IC95\%=1,56-3,34$). Apresentam também maior risco de internação em UCI/UTI ($RR=2,26$; $p=0,014$; $IC95\%=1,18-4,35$) e maior tempo de internação ($RR=0,60$; $p < 0,043$; $IC95\%=0,01-1,19$). O artigo 3 não revelou associação estatisticamente significativa entre parto vaginal, cesárea eletiva e os desfechos estudados. **Conclusão:** sugere-se a diretriz CONITEC como o referencial nacional mais indicado para classificação das cesáreas. A cesárea eletiva associou-se a maior risco de não ter contato pele a pele e de não amamentar na primeira hora de vida; a maior tempo de internação e risco maior de internação em Unidade Neonatal. Desta forma, para evitar a ocorrência de eventos deletérios no período perinatal devem-se evitar cesáreas eletivas.

Descritores: parto; cesárea; procedimentos cirúrgicos eletivos; morbidade; recém-nascido; lactente.

ABSTRACT

Introduction: In the scientific literature, studies have linked cesarean sections to an increased risk of maternal and infant morbidity and mortality. In addition to the possible negative outcomes observed in the perinatal period, the literature has also pointed out deleterious effects in early childhood for children born by cesarean section, such as early weaning, asthma, allergy and growth disorders. However, with the exception of breastfeeding and asthma, there are biases in most registries, since there is no proper discrimination between outcomes related to indicated cesarean sections and elective cesarean sections. The thesis to be explored concerns the adverse effects of cesarean section in the perinatal period and first year of life, when performed without precise indication, with the hypothesis: elective cesarean outcomes are negative in the perinatal period and in the first year of life when compared to vaginal delivery outcomes. **Specific objectives:** three studies were developed, the first of which aims to classify the types of deliveries according to three references: Brazilian Federation of Associations of Gynecology and Obstetrics (FEBRASGO), Ministry of Health (National Commission for the Incorporation of Unitary Health System - CONITEC) and literature review conducted for this purpose and to compare the perinatal outcomes and in the first year of life associated with these classifications; the second objective was to verify the effect of elective cesarean section on perinatal outcomes: gestational age at birth, birth weight, Apgar score attributed in the fifth minute of life, length of stay, need for hospitalization in the Intermediate Care Unit/Intensive Care Unit Neonatal (ICU/ICUN), skin-to-skin contact in the delivery room and breastfeeding in the first hour of life; and the third, to verify the effect of elective cesarean section on the outcomes: exclusive breastfeeding interrupted before the sixth month of life, weaning in the first year of life, changes in growth, occurrence of respiratory infections and atopy in the first year of life. **Method:** it is a cohort study, followed up for a year. The cohort consisted of mothers/infants who went through the primary care service of Botucatu / SP (Baby Clinic), which was attended in medical and nursing consultations for newborns whose births occurred in the public or private services and whose mothers accepted to participate in the study. Data collection took place in seven moments, the first one in the Baby Clinic, in the first month of life of the children, and the other interviews occurred by telephone (at two and four months of the baby) and at home at three, six, nine and 12 months postpartum. For the statistical analysis of study 1, the association between all perinatal variables and the first year of life and the three birth rates, and the probability of significance

(p value) was estimated. Kruskal-Wallis and Chi-square techniques were used, being considered significant $p < 0.20$. For the study 2, a univariate analysis was performed, and the relative risks, with a 95% confidence interval, were estimated from the cox regression. Those variables that presented a level of statistical significance lower than 0.20 ($p < 0.20$) were maintained in the model. Then, the relationship between the type of delivery and the perinatal outcomes was analyzed by multiple cox regression. For study 3, cox regression models were adjusted for outcomes according to type of delivery, including all covariates. Then, the models were readjusted, including only covariates with descriptive levels below 0.20 ($p < 0.20$). Relationships were considered significant if $p < 0.05$. Analyses were performed with SPSS v21.0 software. **Results:** the findings of article 1 show that the CONITEC guideline is the national referential that presented the highest rate of elective cesarean section and was the one that most differentiated vaginal delivery from cesarean sections, considering the perinatal outcomes studied. Regarding article 2, significant associations were found between skin-to-skin contact, breastfeeding in the first hour of life, ICU/ICUN stay and length of stay. Infants born by elective cesarean section had a higher risk of non-skin-to-skin contact (RR = 13.74, $p < 0.001$, 95% CI = 7.64-24.71) and non-breastfeeding in the first hour of life (RR = 2.28, $p < 0.001$, 95% CI = 1.56-3.34). They also present a higher risk of ICU/ICUN admission (RR = 2.26, $p = 0.014$, 95% CI = 1.18-4.35) and longer hospitalization time (RR = 0.60, $p < 0.043$, 95% CI = 0.01-1.19). Article 3 did not reveal a statistically significant association between vaginal delivery, elective cesarean delivery and the outcomes studied. **Conclusion:** the CONITEC guideline can be considered the most appropriate national reference for cesarean classification. Elective cesarean section was associated with a greater risk of not having skin-to-skin contact and not breast-feeding in the first hour of life; the longer hospitalization time and the greater risk of hospitalization in the Neonatal Unit. Thus, in order to avoid the occurrence of deleterious events in the perinatal period, elective caesarean sections should be avoided.

Descriptors: childbirth; cesarean section; elective surgical procedures; morbidity; newborn; infant.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

MS	Ministério da Saúde	23
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança	23
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	23
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança	23
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	23
PSF	Programa Saúde da Família	23
ESF	Estratégia Saúde da Família	23
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	24
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	24
ONU	Organização das Nações Unidas	24
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	25
OMS	Organização Mundial da Saúde	25
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar	26
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia	29
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde	29
UTI	Unidade de Terapia Intensiva	29
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários	29
AME	Aleitamento Materno Exclusivo	29
CLaB	Coorte de Lactentes de Botucatu	30
SAMUCA	Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	30
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo	30
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano	30
DRS	Departamento Regional de Saúde	30
UPESC	Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva	33

FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu	33
IBB	Instituto de Biociências de Botucatu	36
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	36
CIMS	Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas	37
CFM	Conselho Federal de Medicina	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxograma da formação da coorte e do acompanhamento das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017.	32
--	----

Artigo 1

GRÁFICO 1 - Distribuição dos nascimentos segundo tipo de parto e referencial de classificação. Botucatu, 2015-2017.	46
--	----

GRÁFICO 2 – Distribuição das cesáreas segundo indicação de acordo com referenciais de classificação. Botucatu, 2015-2017	50
---	----

LISTA DE TRABELAS E QUADROS

Artigo 1

TABELA 1 - Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo a CONITEC, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017	47
TABELA 2 - Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo a FEBRASGO, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017	47
TABELA 3 - Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo revisão de literatura, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017	48
TABELA 4 - Associação entre os desfechos do primeiro ano de vida e o tipo de parto segundo CONITEC, FEBRASGO e revisão de literatura, percentual (%) e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017	49

Artigo 2

QUADRO 1 – Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos perinatais. Botucatu, 2017	64
TABELA 1 – Análise univariada das características sociodemográficas, do pré-natal, parto e pós-parto de mães e recém-nascidos, segundo tipo de parto (vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017	66
TABELA 2 – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e contato pele a pele. Botucatu, 2015-2017	67
TABELA 3 – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e amamentação na primeira hora de vida. Botucatu, 2015-2017	68
TABELA 4 – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e necessidade de internação em UTI/UCI. Botucatu, 2015-2017	68

Artigo 3

QUADRO 1 – Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos no primeiro ano de vida. Botucatu, 2017	83
TABELA 1 – Descrição das características sociodemográficas e gestacionais maternas e idade gestacional dos bebês ao nascer por tipo de parto (parto vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017	85

TABELA 2 – Descrição dos desfechos apresentados pelos bebês no primeiro ano de vida por tipo de parto (parto vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017	86
TABELA 3 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida. Botucatu, 2015-2017	87
TABELA 4 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida. Botucatu, 2015-2017	87
TABELA 5 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e desmame no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	88
TABELA 6 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e desmame no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	88
TABELA 7 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e infecção respiratória no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	88
TABELA 8 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e infecção respiratória no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	89
TABELA 9 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e alteração de crescimento (escore IMC > +2) no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	89
TABELA 10 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e alteração de crescimento (escore IMC > +2) no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	90

SUMÁRIO

1 Introdução	22
2 Hipótese	28
3 Objetivos	29
3.1 Objetivo geral	29
3.2 Objetivos específicos	29
4 Método	30
4.1 Delineamento	30
4.2 Local de realização do estudo	30
4.3 Inclusão na coorte	31
4.4 Critérios de não inclusão no estudo	33
4.5 População do estudo	33
4.6 Coleta de dados	33
4.7 Aspectos éticos	37
5 Resultados	38
5.1 Artigo 1 – Classificação das cesáreas e associação aos desfechos perinatais e no primeiro ano de vida: estudo epidemiológico	39
5.2 Artigo 2 – Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos perinatais: um estudo de coorte	57
5.3 Artigo 3 – Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos no primeiro ano de vida: um estudo de coorte	77
6 Discussão	97
7 Considerações finais	100
8 Referências	101
Anexos	104
Apêndices	107

1. Introdução

Marcos históricos: políticas públicas e saúde materno-infantil

Esta investigação volta-se ao estudo dos nascimentos por operação cesariana, suas indicações e consequências para a saúde materno-infantil. A tese a ser explorada diz respeito aos eventos adversos desta intervenção no período perinatal e primeiro ano de vida, quando realizada sem indicação precisa. A presente pesquisa emergiu da inquietude da pesquisadora, após a conclusão de seu mestrado, o qual teve como produto um estudo que buscou identificar fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais associadas à realização de cesárea eletiva (FERRARI et al., 2016).

Inicia-se com a abordagem histórica do desenvolvimento das políticas públicas voltadas ao binômio mãe-bebê, de forma a compreender o contexto atual, considerando que o Brasil está entre os países com maior taxa de cesárea do mundo (UNA-SUS, 2015).

Globalmente, as primeiras Políticas Públicas de Saúde surgiram a partir de transformações ocorridas na Europa, no século XVIII, com o advento da Revolução Industrial. Tais políticas, a princípio, eram voltadas ao controle social e serviços de saneamento. Por conseguinte, a evolução dos serviços de saúde se deu com o avanço do sistema capitalista. Até esse momento da história, a criança era vista e tratada como um pequeno adulto e a mulher tinha suas questões de saúde vinculadas apenas ao parto (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

No Brasil não foi muito diferente. As primeiras ações coletivas em saúde foram direcionadas ao controle de epidemias, decorrente principalmente da Revolução Industrial (século XIX), com o deslocamento das comunidades rurais para os centros urbanos. Desde então, marcos importantes para a saúde pública aconteceram, como a criação do Instituto Oswaldo Cruz, do Departamento Nacional de Saúde e a realização da I Conferência Nacional de Saúde (FUNASA, 2017).

Com relação à saúde materno-infantil, as principais mudanças vêm ocorrendo desde a Reforma Sanitária, movimento no qual o principal objetivo das políticas era a redução da mortalidade materna e infantil. Na década de 1970 foi implantado o primeiro programa voltado a questões preventivas, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, porém, este não considerava a diversidade regional do país, o que foi fator limitante para seu desenvolvimento (CASSIANO et al., 2014; BISCESKI et al., 2012).

Em 1980 o Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a necessidade da assistência integral à mulher e à criança, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que abordava, dentre outras ações, a promoção do aleitamento materno, a prevenção de doenças e promoção da saúde do binômio e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. A saúde da criança, então, permanecia vinculada à saúde materna, até que em 1984, impulsionado por movimentos sociais de mulheres que lutavam pelo direito da assistência plena, o Brasil implementou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

No decorrer dos anos, novas estratégias foram surgindo para potencializar, dentre outros grupos assistenciais, a atenção à saúde materno-infantil. Destaca-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que devido a sua importância epidemiológica e comunitária, fixou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BISCESKI et al., 2012).

Com os avanços tecnológicos e do sistema capitalista impulsionado entre os anos de 1990 e 2000, emergiu a necessidade de iniciativas e programas com o objetivo de garantir a assistência humanizada ao binômio durante o pré-natal, parto e pós-parto, visto que a interferência destes avanços foi nítida, principalmente no que se refere à assistência ao parto, imperando o modelo biomédico, hospitalocêntrico, com a perda da autonomia da mulher na

tomada de decisões nesse importante momento, havendo o crescente distanciamento entre os saberes científico e popular (ARAÚJO et al., 2014).

No contexto da humanização, entre as políticas públicas para a área materno-infantil, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pelo MS em 1995, e que tem como principal objetivo apoiar, incentivar e promover o aleitamento materno, bem como garantir o direito da criança à assistência humanizada. Destaca-se, também, com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, o lançamento pelo MS, no ano de 2000, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

Com o intuito de reforçar a necessidade de ações para redução da mortalidade infantil e garantir uma rede de assistência integral e qualificada, em 2004 o MS apresenta a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004). No mesmo ano, a fim de fornecer subsídios para a investigação dos óbitos infantis e desenvolver ações para sua prevenção, o mesmo Ministério também divulga o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009).

Em 2007, o Método Canguru passa a integrar as políticas de saúde no campo perinatal, que tem dentre seus propósitos favorecer o vínculo, com a redução do tempo de separação entre mãe e recém-nascido, aumentar a taxa de aleitamento materno e contribuir com o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido (BRASIL, 2011).

Ainda com o propósito de melhoria na atenção materno-infantil, em 2011, a Rede Cegonha é incorporada aos demais programas, como importante estratégia do Governo Federal para redução da mortalidade materno-infantil, a partir da garantia de acolhimento nos serviços, acesso aos níveis de atenção necessários e resolutividade (CASSIANO et al., 2014).

Entre as políticas globais com impacto no Brasil, destaca-se a proposta da Organização das Nações Unidas (ONU), elaborada com a intenção de tornar o mundo com

melhores condições para se viver: os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com metas a serem alcançadas a nível mundial entre os anos 2000 e 2015 (ONU, 2015). Dentre estes objetivos tem-se a redução da mortalidade infantil e materna. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil superou a meta de redução (dois terços do nível de 1990), porém a meta de redução da mortalidade materna a três quartos do nível de 1990 não foi alcançada. Um dos fatores trazidos no Relatório Nacional de Acompanhamento como dificultador da redução da mortalidade materna é o elevado número de partos por cesárea, que aumenta em 3,5 vezes o risco de morte e em 5 vezes a chance de contrair infecção puerperal (IPEA, 2014).

Operação cesariana: estratégias para redução e impacto na saúde materno-infantil

Percebe-se que muito se tem feito com relação às políticas públicas de saúde, programas e iniciativas sociais, a fim de superar desafios da saúde materno-infantil, que ainda persistem, como as altas taxas de nascimento por operação cesariana, sem benefícios evidentes para o resultado materno-fetal (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulga em 2018 novas orientações não clínicas projetadas especificamente para reduzir as cesáreas desnecessárias. Estas intervenções são voltadas às mulheres e suas famílias, aos profissionais e também às instituições de saúde. Abordam questões de educação em saúde familiar, psicoeducação, prática baseada em evidências, auditorias das cesáreas, qualificação do atendimento fornecido por parteiras e equiparação das taxas médicas entre partos vaginais e cesáreas (WHO, 2018).

No Brasil, a preocupação com o aumento das taxas de cesárea vem desde o final da década de 1990, com o estabelecimento de portarias pelo MS voltadas à redução do percentual do referido procedimento. Em 1998, com a Portaria 2.816, foi determinado o percentual máximo de pagamento de cesárea por hospital, considerando o total de partos realizados (BRASIL, 1998). A Portaria 865, do ano seguinte, redefiniu estes limites (BRASIL, 1999) e, no ano 2000, foi promulgado o “Pacto para redução de cesarianas”

(Portaria 466), que determinou que cada estado deveria estabelecer estratégias para redução das taxas de cesárea, minimamente a 25% do total de partos e, após dois anos de manutenção deste percentual, novas ações deveriam ser definidas para que se mantivesse a redução (BRASIL, 2000).

Após mais de uma década destas Portarias, devido a persistência dos altos índices de cesárea e, principalmente, diante do excesso de cesáreas desnecessárias, o MS lança em 2016 dois documentos com vistas à qualificação da atenção à saúde da gestante: Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana e Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal. Ambos visam orientar as mulheres, profissionais e gestores sobre indicações e condutas relacionadas aos modos de nascer, baseado nas melhores evidências científicas (BRASIL, 2016).

Para estimular o parto vaginal também no setor privado/conveniado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigora, em 2015, a Resolução Normativa número 368, que estabelece a obrigatoriedade de divulgação do percentual de parto normal e cesárea por estabelecimento de saúde e por médico. Dispõe também sobre a utilização do partograma, cartão da gestante e carta de informação à gestante (ANS, 2015).

No mesmo ano a ANS coordenou campanha de alerta para pais, familiares e profissionais da saúde sobre as cesáreas desnecessárias. Com vistas à redução das cesáreas antecipadas, realizadas sem a real necessidade, por conveniência, como no período de festas de fim de ano e férias, divulga informações sobre os riscos deste procedimento e vantagens do parto vaginal, com a intenção, dentre outras, de prevenir o aumento da prematuridade (ANS, 2015).

Atualmente, evidências indicam que os primeiros mil dias de vida de uma criança podem exercer influência no resto de sua existência. Esse período refere-se ao tempo decorrido entre o primeiro dia de gestação até os dois anos de idade. Estudos sugerem que

atitudes ou fatos que ocorreram durante a gestação, parto e nos dois primeiros anos de vida da criança podem exercer interferência no potencial de crescimento e desenvolvimento, aprendizagem e alimentação adequada daquele indivíduo, de curto a longo prazos (INSTITUTO PENSI, 2016; PASTORAL DA CRIANÇA, 2016).

Nos anos de 2011 e 2012 foi desenvolvida, no Brasil, ampla pesquisa de base populacional relacionada a mães e bebês, denominada Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Um dos principais impulsionadores desta pesquisa foi o fato de evidências sugerirem que o modelo medicalizado de nascimento, principalmente a cesárea desnecessária, tem como consequência desfechos desfavoráveis, como o aumento da taxa de nascimentos prematuros. Entre os resultados desta pesquisa, foi descrita proporção elevada de bebês que nasceram com idade gestacional entre 37 e 38 semanas, explicada pelo grande número de cesarianas agendadas, realizadas antes mesmo do início do trabalho de parto (LEAL et al., 2014; NASCER NO BRASIL, 2014).

Estudos internacionais com o objetivo de investigar a associação entre cesárea e desfechos ao longo da vida, revelam que crianças nascidas pelo referido procedimento realizado de forma eletiva têm chance ainda maior de apresentarem obesidade, asma e atopias (BLUSTEIN; LIU, 2015; YUAN et al, 2016).

Considerando-se a relevância da saúde materno-infantil e as consequências ao binômio mãe-bebê do parto cesárea sem indicação precisa, propõe-se o presente estudo, voltado a verificar o efeito da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida de crianças residentes em município de médio porte do interior paulista.

2. Hipótese

O efeito da cesárea eletiva é negativo para a criança, quando se considera desfechos do período perinatal e do primeiro ano de vida.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Avaliar os efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida das crianças nascidas por essa intervenção.

3.2. Objetivos específicos

- Classificar os tipos de partos de acordo com três referências: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2002), Ministério da Saúde (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS) (CONITEC, 2016) e revisão de literatura especialmente conduzida em 2010 para tal finalidade (Amorim MMR et al, 2010; Souza ASR et al, 2010) e comparar os desfechos perinatais e no primeiro ano de vida associados a essas classificações.
- Verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais: idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, índice de Apgar atribuído no quinto minuto de vida, tempo de internação, necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e/ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatais, contato pele a pele na sala de parto e amamentação na primeira hora de vida.
- Verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos: interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes do sexto mês de vida, desmame no primeiro ano de vida, alterações no crescimento e ocorrência de infecções respiratórias e atopias no primeiro ano de vida.

4. Método

4.1. Delineamento

Trata-se de pesquisa prospectiva, cujos dados advêm do estudo CLaB (Coorte de Lactentes de Botucatu), conduzido pelo grupo de pesquisa “Saúde da Mulher, Criança e Adolescente” (SAMUCA). O referido projeto de pesquisa intitulado “Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista” teve auxílio à pesquisa concedido pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (processo no. 2015/03256-1), tendo a Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada como pesquisadora responsável. O projeto matriz objetivou conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes em Botucatu/SP no primeiro ano de vida.

4.2. Local de realização do estudo

O estudo foi conduzido em Botucatu, cidade com 138.590 habitantes, localizada na região centro-sul do estado de São Paulo, no sudeste brasileiro. A cidade tem índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,800, que é superior ao do Estado de São Paulo (IDH=0,783) e taxa de mortalidade infantil de 13,8 por mil nascidos vivos em 2017, acima da observada no referido Estado no mesmo ano, 10,7 por mil nascidos vivos (SEADE, 2018).

O município faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios. Para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), o município conta com um Hospital-Escola e, para assistência às gestantes conveniadas e particulares, um Hospital Privado (OLIVEIRA et al., 2013).

O Hospital Escola, fundado em 1.963, é considerado a maior instituição pública vinculada ao SUS da região. Dispõe de 500 leitos, sendo 50 destinados à UTI (atendimentos de adultos e pediátricos) (HCFMB, 2017).

Para atendimento no primeiro mês de vida Botucatu conta, além de Unidades Básicas de modelo tradicional, Saúde da Família e Policlínicas, com a Clínica do Bebê, unidade de atenção primária cuja finalidade é assistir a todas as crianças nascidas no município, promovendo a saúde integral do binômio mãe/bebê, bem como identificar e acompanhar recém-nascidos de risco e suas famílias, com o intuito de reduzir a morbimortalidade no primeiro ano de vida e, principalmente, no período neonatal. Este serviço proporciona atendimento médico e de enfermagem, testes de triagem neonatal (testes do pezinho, orelhinha, olhinho, coraçãozinho e linguinha), primeiras vacinas e avaliação do desenvolvimento do recém-nascido e da amamentação, com oferta de apoio quando necessário. Tal serviço tem alta cobertura, próxima a 90% (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2012).

No período destinado à captação dos participantes da coorte, houve 1.055 nascimentos registrados no município de Botucatu (SVS, 2017) e passaram por atendimento na Clínica do Bebê 923 binômios.

4.3. Inclusão na coorte

O estudo original foi de base populacional, incluindo todas as mães e seus bebês nascidos vivos no período de 29 de junho de 2015 a 11 de janeiro de 2016. Foi utilizado como critérios de elegibilidade: residir na zona urbana do município de Botucatu.

A população do estudo CLaB foi composta por todos os binômios mãe/bebê que passaram por consulta médica ou de enfermagem na unidade de triagem neonatal (Clínica do Bebê) no período definido para recrutamento e que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa.

Foram incluídas na coorte 650 mães e 656 bebês (seis casos de gemelares). No segundo momento de coleta de dados, aos dois meses de vida, foram entrevistadas 640 mães; aos três meses, terceiro momento, 622 continuaram em acompanhamento; no quarto

momento, aos quatro meses, 621 entrevistas foram realizadas; no quinto momento, aos seis meses, continuaram na coorte 595 mães; no sétimo momento, aos nove meses, foram realizadas 588 entrevistas e completaram o acompanhamento, ao final de 12 meses, 585 mães. O percentual de recusas foi de 2,6%, e o de perdas foi de 8,0%. Ou seja, não completaram o seguimento 10,6% do total de mães captadas (Figura 1).

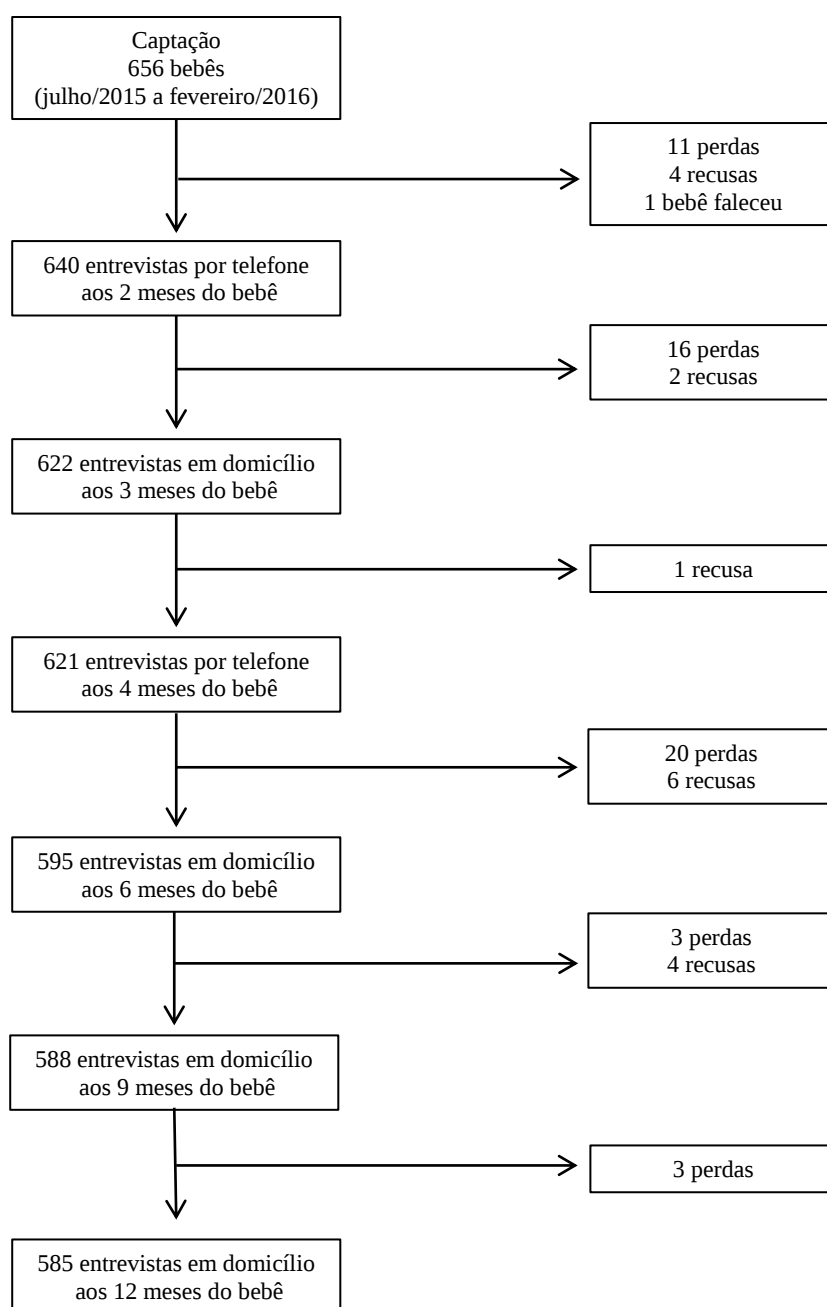


Figura 1 – Fluxograma da formação da coorte e do acompanhamento das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017.

Dentre os 585 bebês que completaram o seguimento, 281 nasceram via parto vaginal, 266 por cesárea eletiva e 38 de cesárea indicada. Esta classificação das cesáreas foi definida segundo Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, proposta pela Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS (CONITEC, 2016).

As perdas ao longo do seguimento ocorreram devido a participantes não encontradas por mudança de telefone e/ou endereço.

4.5. População do estudo

Para responder aos objetivos desta tese, foram excluídos os recém-nascidos gemelares e suas mães, bem como os participantes que não tinham todas as informações de interesse coletadas. Das análises dos artigos 2 e 3 foram excluídos, também, os recém-nascidos por cesárea indicada e suas mães.

4.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada, remunerada e supervisionada pela pesquisadora desta tese, em parceria com a Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva (UPESC) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB).

A captação dos participantes da pesquisa ocorreu na Clínica do Bebê, no primeiro mês de vida da criança, e ocorreu de 27 de julho de 2015 a 3 de fevereiro de 2016. O projeto foi apresentado para as mães que levaram seus filhos para atendimento clínico após nascimento, sendo convidadas a participar do estudo mães e bebês residentes na zona urbana de Botucatu, cujos partos ocorreram em uma das duas maternidades do município.

No momento de inclusão na coorte foram coletadas informações por entrevista com a mãe e dos seguintes instrumentos: ficha de atendimento da Clínica do Bebê, cartão da

gestante e caderneta do bebê. Após a primeira entrevista, algumas informações foram captadas do prontuário da maternidade em que ocorreu o nascimento.

Na entrevista, foram coletados dados de identificação do binômio, sociodemográficos, referentes à história gestacional pregressa, à história gestacional atual, ao parto e puerpério, do(s) recém-nascido(s) e a assistência prestada desde o nascimento até a consulta na Unidade de Triagem Neonatal, bem como sobre práticas alimentares, sendo também aplicada a Escala de Autoeficácia (versão curta) em Amamentar (APÊNDICE 1 – itens de 1 a 7).

Do cartão de pré-natal foram coletados dados como: local de realização das consultas; idade gestacional na primeira e última consulta e do primeiro ultrassom e peso materno pré-gestacional na primeira e na última consulta (APÊNDICE 1 – item 8)

Da caderneta de saúde do bebê foram coletados: registro de peso, comprimento, perímetro cefálico e índice de Apgar ao nascer; registro de peso e comprimento na primeira consulta clínica do bebê, bem como sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e vacinas (APÊNDICE 1 – item 9).

Foram coletados, do formulário de atendimento na Unidade de Triagem Neonatal, dados relativos a: profissional que realizou o atendimento, peso e comprimento na consulta, ganho de peso diário, avaliação da amamentação, intercorrências registradas e orientações sobre cuidados com o bebê. Neste momento, também foram identificados possíveis riscos biológicos e sociais do bebê (APÊNDICE 1 – itens 10 e 11).

Dados coletados do prontuário da maternidade foram relativos ao registro de idade gestacional ao nascer, tipo de parto e indicações, intercorrências com o binômio, primeiros atendimentos prestados ao bebê, contato pele a pele, amamentação e tempo de internação (APÊNDICE 1 – item 12). Em caso de divergência com relação aos mesmos dados coletados em outras fontes, optou-se por utilizar o registro hospitalar. Entretanto, ressalta-se que essa situação foi pouco frequente (3% do total de casos investigados).

Aos dois e quatro meses de idade do lactente (segundo e quarto momento de coleta de dados), as mães foram entrevistadas por telefone. Foram indagadas quanto aos hábitos alimentares da criança. A avaliação das práticas alimentares incluiu questões sobre o aleitamento materno e oferta (sim, não) de uma lista de 48 itens alimentares, dias de consumo semanal, preparo e consistência destes alimentos. A avaliação do uso de chupeta e mamadeira (sim, não) também ocorreu nestes momentos do estudo (APÊNDICES 2 e 4).

Aos três, seis, nove e 12 meses de idade (terceiro, quinto, sexto e sétimo momentos da coleta de dados), as entrevistas ocorreram em domicílio. A abordagem baseou-se na ocorrência (sim, não) de morbidades diagnosticadas (infecções respiratórias, atopias ou outras), necessidade de internação e hábitos alimentares e foram obtidos dados antropométricos do lactente. A partir do quinto momento incluiu-se questão relacionada à inserção do bebê em creche (sim/ não) e a idade de início dessa inserção. Nos quinto e sétimo momentos, especificamente, as mães também foram indagadas quanto a seus hábitos de vida (alimentação, atividade física e de lazer) bem como quanto ao exercício de atividade remunerada (APÊNDICES 3, 5, 6 e 7).

Os dados utilizados para elaboração desta tese estão destacados nos apêndices.

A equipe de elaboração do instrumento para coleta de dados e máscara para digitação, coleta dos dados, revisão, checagem e operacionalização do campo foi composta por 26 pessoas que se dividiram nas várias atividades:

- uma supervisora geral de campo, pesquisadora deste estudo, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMB, responsável pela operacionalização do estudo CLaB;
- uma supervisora da coleta de dados na Clínica do Bebê, bolsista de treinamento técnico nível II;

- cinco entrevistadoras que conduziram as entrevistas na referida unidade, sendo duas bolsistas de treinamento técnico nível III, uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FMB e duas alunas do Curso de Graduação em Nutrição do Instituto de Biociência de Botucatu (IBB);
- uma entrevistadora por telefone, prestadora de serviços;
- três entrevistadoras em domicílio, também prestadoras de serviços;
- cinco revisoras de consistência dos dados coletados, pós-graduandas da FMB;
- nove digitadoras, incluindo as três bolsistas de treinamento técnico, uma bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FMB e quatro alunas do Curso de Graduação em Nutrição do IBB;
- dois membros da UPESC, unidade vinculada a FMB, que deram apoio técnico e contribuíram com a organização e logística, ou seja, com a operacionalização da coorte;
- três docentes do Departamento de Enfermagem da FMB, responsáveis pela concepção da pesquisa e orientação dos projetos de pesquisa a ele vinculado.

Portanto, a coleta de dados, revisão e digitação foram realizadas por acadêmicas do curso de nutrição, pós-graduandas em Enfermagem e Saúde Coletiva, prestadoras de serviços e bolsistas de treinamento técnico (duas técnicas em nutrição e uma graduada em matemática) da FAPESP. As entrevistadoras, revisoras e digitadoras foram devidamente treinadas e supervisionadas para garantia da qualidade dos dados.

Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados em estudo piloto, para ajustar as questões que poderiam apresentar possíveis dificuldades. As máscaras para digitação dos dados foram construídas e testadas por profissional da UPESC, no software Epi Info versão 7.0 ®.

4.7. Aspectos éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAAE: 37337314.3.0000.5411) (ANEXO 1).

5. Resultados

5.1. Artigo 1 - Classificação das cesáreas e associação aos desfechos perinatais e no primeiro ano de vida: estudo metodológico

5.2. Artigo 2 - Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos perinatais: estudo de coorte

5.3. Artigo 3 - Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos no primeiro ano de vida: estudo de coorte

Artigo 1 – Classificação das cesáreas e associação aos desfechos perinatais e no primeiro ano de vida: estudo metodológico

1. INTRODUÇÃO

Na década de 1980 a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou a ausência de justificativa para que mais de 10 a 15% do total de partos realizados fossem a partir de procedimentos cirúrgicos (WHO, 1985). Trinta anos depois, em 2015, divulgou que a nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e que, com os dados populacionais até então disponíveis, não era possível avaliar a relação entre taxas de cesáreas acima de 30% e mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015).

Em termos populacionais é possível inferir que a taxa de cesárea de um país reflete o seu nível econômico e iniquidades sociais. Em países mais pobres as taxas são excessivamente baixas, devido à dificuldade de acesso a cuidados de emergência obstétrica e, ao contrário, altas taxas de cesárea sem indicação médica são observadas em países mais ricos, especialmente naqueles de renda média (BOATIN et al., 2018).

Nesse contexto, desde a década de 1990 até os dias atuais, observou-se aumento na taxa de cesárea em países desenvolvidos e emergentes. Atualmente, em média, a taxa deste procedimento na Europa é de 25%, nos Estados Unidos é de 32,8% e no Brasil 55,6%, sendo a segunda maior taxa mundial, superada apenas pela República Dominicana (56%) (UNA-SUS, 2015). Considerando-se apenas os serviços privados brasileiros, a taxa de cesárea foi de 85,5% em 2015 (ANS, 2016), valor abusivo e que indica a existência de uma epidemia de cesárea no país, motivo de preocupação para profissionais de saúde pública, visto tratar-se de procedimento cirúrgico e, como tal, não absolutamente inócuo (ANS, 2016; NASCER NO BRASIL, 2014).

Não se tem, na atualidade, classificação de indicação de cesárea aceita mundialmente, talvez pelo fato de que as atitudes frente a esse procedimento cirúrgico estejam sofrendo mudanças relacionadas ao avanço científico, impacto social, cultural e legal (OMS, 2015). O movimento em que se percebe aumento dos esforços voltados ao estudo e compreensão da cesárea, bem como sua redução, desencadeia-se devido ao fato deste procedimento ser realizado não apenas em situações em que o parto vaginal pode expor a vida fetal e materna a riscos, mas também por opção materna. Intrinsecamente a isto, tem-se a influência médica, que exerce grande impacto no processo decisório pelo tipo de parto e, conseqüentemente, sobre as altas taxas de cesáreas desnecessárias. Tal influência está relacionada, muitas vezes, à conveniência profissional e a falta de informações ou informações errôneas dadas às mães sobre os tipos de parto (LEGUIZAMON JUNIOR et al., 2013; IORRA et al., 2011; ARIK et al., 2017).

Devido a estas mudanças no padrão de nascimento, vivenciadas também pelo Brasil nas últimas décadas, instituições federais, órgãos governamentais e pesquisadores têm se preocupado em subsidiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde, para que essa epidemia não assole ainda mais a sociedade brasileira. Diante desse quadro a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), no ano de 2002, elaborou projeto de diretrizes, com as indicações de cesárea segundo nível de evidência científica, com o objetivo de diminuir as taxas de cesariana, além de estimular a prática da medicina baseada em evidências (FEBRASGO, 2002).

Tem-se, segundo a FEBRASGO, as seguintes indicações para operação cesariana: prolapso de cordão e descolamento prematuro de placenta, pela interrupção do fluxo sanguíneo para o bebê; placenta prévia oclusiva, devido à obstrução do colo do útero pela placenta; sofrimento fetal, em casos que seja inviável a sobrevivência dentro do útero; macrosomia (bebês com peso superior a 4.500g) e herpes genital com lesão ativa no

momento do trabalho de parto, situação que poderia resultar em contaminação fetal. As indicações relativas, nas quais as condutas devem ser individualizadas, referem-se a: apresentação pélvica ou córmica; distócias em que há possibilidade de realização de manobra de versão cefálica; história de duas ou mais cesáreas anteriores, devendo-se considerar o risco de rotura uterina; malformação congênita e existência de HIV/Aids, condição em que se deve considerar a carga viral (FEBRASGO, 2002).

No ano de 2010, também em busca das melhores evidências disponíveis sobre indicações de cesariana, foi realizada no Brasil revisão da literatura científica. Publicada em dois artigos, apresenta indicações de cesárea similares às elencadas pela FEBRASGO, com algumas variações: macrosomia e malformação congênita não são consideradas situações em que há necessidade de cesárea; falha na progressão do trabalho de parto, desproporção céfalo-pélvica (que guarda relação com a macrosomia) e distensão segmentar são intercorrências que justificam sua realização, não contempladas pela FEBRASGO (AMORIM et al., 2010; SOUZA et al., 2010).

Mais recentemente, em 2016, o Ministério da Saúde (MS) divulgou relatório de diretrizes que visa orientar as mulheres, os profissionais e gestores da saúde quanto às indicações e condutas relacionadas às vias de parto. O documento Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, não difere dos outros dois referenciais no que diz respeito à busca pelas melhores evidências científicas disponíveis sobre a temática (CONITEC, 2016).

O diferencial desta diretriz refere-se ao fato de ter sido elaborada com participação de grupos interessados, incluindo profissionais especialistas, representantes de classes profissionais e de serviços de saúde, organizações de defesa dos direitos das mulheres, especialistas em metodologia científica e órgãos vinculados à saúde nos âmbitos público e privado. As diretrizes foram encaminhadas para consulta pública e as contribuições da sociedade foram consideradas na elaboração final do protocolo (CONITEC, 2016).

Segundo essas diretrizes, deve-se considerar como indicação de cesárea: feto em apresentação pélvica, placenta prévia, placenta baixa e acreta, HIV a depender da carga viral, herpes genital com lesão ativa no momento do parto e história de duas ou mais cesáreas anteriores (CONITEC, 2016).

Sabe-se que a cesárea indicada por motivos médicos é efetiva para salvar vidas, porém, idealmente, deve ser realizada apenas nestas situações, inclusive porque ainda não estão claros seus efeitos sobre a morbidade perinatal e pediátrica, ou seja, desfechos imediatos e a médio/longo prazos (OMS, 2015).

Na ausência de indicação, a cesárea pode ser classificada como eletiva, definida como procedimento cirúrgico programado, utilizado de forma desnecessária, sem razões médicas para tal (CONITEC, 2016). Em situações como esta, em que mulheres e/ou bebês não necessitam da cirurgia, não há evidências de benefícios desse procedimento (OMS, 2015).

Diante das divergentes indicações de cesárea, considerando-se os projetos e diretrizes nacionais e a literatura científica, propõe-se o presente estudo. Apresenta-se a hipótese: a classificação CONITEC, por ser a mais recente e proposta pelo Ministério da Saúde, é o referencial que evidenciará maior número de cesáreas eletivas e melhores resultados perinatais e no primeiro ano de vida relacionados ao parto vaginal.

Tem-se por objetivo classificar os tipos de partos de acordo com três referências: FEBRASGO, CONITEC e literatura científica e verificar associações entre os desfechos perinatais e no primeiro ano de vida associados a essas classificações.

3. MÉTODO

Trata-se de estudo de coorte. Os dados selecionados para classificação das cesáreas segundo os três referenciais nacionais selecionados: FEBRASGO (FEBRASGO, 2002),

CONITEC (CONITEC, 2016) e literatura científica (AMORIM et al., 2010; SOUZA et al., 2010), são provenientes do amplo estudo CLaB – Coorte de Lactentes de Botucatu.

O estudo foi conduzido em Botucatu, município com população estimada de 144.820 habitantes para o ano de 2018, localizado na região centro-sul do estado de São Paulo, no sudeste brasileiro (IBGE, 2018). Compõe o Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios e para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), conta com um Hospital-Escola e um Hospital privado, que assiste gestantes conveniadas e particulares (OLIVEIRA et al., 2013).

Para atendimento ao recém-nascido, a atenção primária de Botucatu dispõe de oito Unidades Básicas de modelo tradicional, 12 Unidades de Saúde da Família e uma Unidade de triagem neonatal, responsável pelo atendimento dos recém-nascidos no primeiro mês de vida independentemente do local de nascimento, serviço com alta cobertura (acima de 90%) (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2012).

A amostra do estudo original foi composta por todos os binômios mãe/bebê que passaram por consulta médica ou de enfermagem na unidade de triagem neonatal no período definido para recrutamento (julho de 2015 a fevereiro de 2016) e estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, que incluem: nascimento em uma das maternidades do município e residir na zona urbana.

A coleta de dados incluiu o momento de captação, duas entrevistas telefônicas (dois e quatro meses após o parto) e quatro entrevistas por visita domiciliar (três, seis, nove e 12 meses após o parto). Foram inseridos e avaliados no primeiro momento 650 mães e 656 bebês (houve seis gestações gemelares); aos dois meses de vida, foram entrevistadas 640 mães; aos três meses, 622; aos quatro meses, 621 entrevistas foram realizadas; aos seis meses, ocorreram 595 entrevistas; aos nove meses, foram realizadas 588 entrevistas e, ao final do acompanhamento, aos 12 meses, ocorreram 585 entrevistas. O percentual de recusas foi de

2,6%, e o de perdas foi de 8,0% e, assim, não completaram o seguimento 10,6% do total de mães/bebês captados. As perdas, ao longo do acompanhamento, ocorreram devido à mudança de telefone e/ou endereço, o que fez com que as participantes não fossem encontradas.

Para este estudo, foram analisados dados de 531 bebês, sendo excluídos seis casos de gemelares (12 bebês), 33 prematuros (idade gestacional ao nascer menor que 37 semanas) e nove por não apresentarem todas as informações coletadas.

A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada e remunerada. A captação das duplas mãe/bebê para participação na coorte ocorreu no serviço de triagem neonatal e, neste momento, foram coletados dados sociodemográficos, relativos a antecedentes obstétricos e pessoais, sobre o pré-natal, parto e nascimento. Constituíram fonte de dados a ficha de atendimento no serviço neonatal, o cartão da gestante, a caderneta do bebê e entrevista com as mães. Nas entrevistas telefônicas se questionou sobre a alimentação infantil e no domicílio sobre a saúde da criança, que foi pesada e medida pelas entrevistadoras para registro de dados antropométricos. Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados em estudo piloto, para ajustar as questões que poderiam apresentar possíveis dificuldades.

Para o presente estudo foram utilizados dados coletados no momento da inserção na coorte e nas visitas domiciliares. Também, buscou-se a indicação da cesárea registrada nos prontuários hospitalares das mães.

Assim, as variáveis em estudo foram:

Variáveis dependentes

- Desfechos perinatais (variáveis contínuas): início da amamentação (horas após o parto), idade gestacional ao nascer (semanas), tempo de internação (dias) e tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal (dias);

- Desfechos do primeiro ano de vida (variáveis dicotômicas, sim/não): aleitamento materno ao final de 12 meses de vida, asma, bronquite, bronquiolite, pneumonia, rinite, conjuntivite, rinoconjuntivite, dermatite e alergia alimentar.

Variável independente

- Tipo de parto (vaginal, cesárea eletiva e cesárea indicada).

A partir da indicação da cesárea, realizou-se a classificação da indicação de acordo com os referenciais selecionados: FEBRASGO (FEBRASGO, 2002), revisão de literatura (AMORIM et al., 2010; SOUZA et al., 2010) e CONITEC (CONITEC, 2016), sendo contempladas as indicações absolutas e relativas trazidas pela FEBRASGO e revisão de literatura, e as indicações absolutas da CONITEC. Em nove prontuários (3%) não havia indicação da cesárea registrada e, nesses casos, considerou-se a informação da mãe.

Para a análise estatística, realizou-se associação entre todos os desfechos perinatais e no primeiro ano de vida e as três classificações de parto, sendo estimadas as probabilidades de significância (p valor). Foram utilizadas as técnicas de Kruskal-Wallis e Qui-quadrado, sendo considerados significativos $p < 0,05$. Para verificar a direção da significância entre aquelas associações em que o p valor foi significativo, realizou-se o teste de Dunn. A análise foi realizada com o software SPSS v21.0.

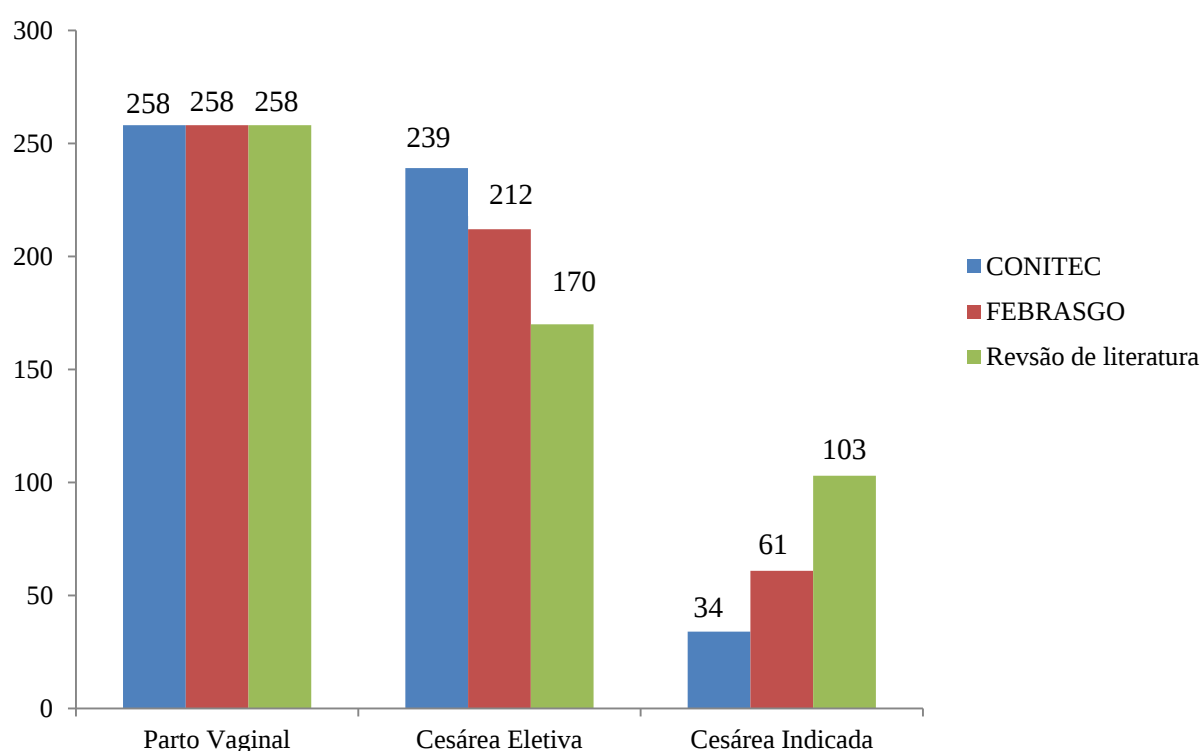
Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos, esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAAE: 37337314.3.0000.5411).

4. RESULTADOS

Foram analisados dados de 531 mães/bebês por apresentarem todas as informações coletadas (81,7% das mães inicialmente captadas). Do total de partos, 258 (48,6%) foram vaginal e 273 (51,4%) foram cesárea.

Segundo a CONITEC, 239 cesáreas (45,0%) são classificadas como eletivas e 34 (6,4%) indicadas. Pela classificação FEBRASGO, foram 212 casos (39,9%) de cesárea eletiva e 61 (11,5%) de cesáreas indicadas e segundo a literatura, tem-se 170 (32%) casos de cesáreas eletivas e 103 (19,4%) de cesáreas indicadas (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos nascimentos segundo tipo de parto e referencial de classificação. Botucatu, 2015-2017



Nas Tabelas 1 a 3 estão apresentadas, respectivamente, a associação entre os tipos de parto pela CONITEC, FEBRASGO e Literatura científica e resultados perinatais.

Os desfechos estudados (tempo de início da amamentação, idade gestacional no parto e tempo de internação) diferenciaram-se significativamente com relação aos tipos de parto classificados pelo referencial CONITEC, sendo que nascer de parto vaginal trouxe melhores resultados para tempo de início da amamentação e idade gestacional no parto. Quanto ao tempo de internação, a situação relacionada ao parto vaginal foi mais favorável apenas quando considerada a cesárea eletiva (Tabela 1).

Tabela 1- Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo CONITEC, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017

Resultado Perinatal	Parto Vaginal	Cesárea Eletiva	Cesárea Indicada	p**
	Med* (Min-Máx)	Med* (Min-Máx)	Med* (Min-Máx)	
Tempo para início da amamentação (horas)	1,0 (1,0-9,0) a	2,0 (1,0-10,0) b	2,0 (1,0-9,0) b	<0,001
Idade gestacional no parto (semanas)	39 (37-42) a	39 (37-42) b	39 (37-41) b	<0,001
Tempo de internação na UTI/UCI neonatal (dias)	0 (0-10)	0 (0-11)	0 (0-3)	0,822
Tempo total de internação (dias)	2 (1-15) a	2 (0-17) b	2 (2-4) ab	0,003

Letras diferentes indicam diferenças significativas (p<0,05) pelo teste de Dunn

* Valor Mediano (Valor Mínimo–Valor Máximo)

** Kruskal-Wallis

Apenas para o desfecho tempo de início da amamentação houve diferença significativa entre nascer de parto vaginal e cesárea (eletiva e indicada), quando se classificou pelo referencial FEBRASGO, sendo que a mediana do tempo de início dessa prática foi menor para os nascidos de parto vaginal. Bebês nascidos por cesárea eletiva apresentaram menor idade gestacional e menor tempo de internação quando comparados ao parto vaginal (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo FEBRASGO, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017

Resultado Perinatal	Parto Vaginal	Cesárea Eletiva	Cesárea Indicada	p**
	Med* (Min-Máx)	Med* (Min-Máx)	Med* (Min-Máx)	
Tempo para início da amamentação (horas)	1,0 (1,0-9,0) a	2,0 (1,0-10,0) b	1,5 (1,0-9,0) b	<0,001
Idade gestacional no parto (semanas)	39 (37-42) a	38 (37-42) b	39 (37-41) ab	<0,001
Tempo de internação na UTI/UCI neonatal (dias)	0 (0-10)	0 (0-11)	0 (0-3)	0,623
Tempo total de internação (dias)	2 (1-15) a	2 (0-9) b	2 (1-17) ab	0,001

Letras diferentes indicam diferenças significativas (p<0,05) pelo teste de Dunn

* Valor Mediano (Valor Mínimo–Valor Máximo)

** Kruskal-Wallis

Ao classificar os partos pela revisão de literatura, observa-se diferença significativa para tempo de início de amamentação, sendo que bebês nascidos por cesárea eletiva tiveram pior resultado. Da mesma forma que o referencial anterior (FEBRASGO), bebês nascidos por cesárea eletiva apresentaram menor idade gestacional e menor tempo de internação quando comparados ao parto vaginal e cesárea indicada (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo revisão de literatura, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017

Resultado Perinatal	Parto Vaginal	Cesárea Eletiva	Cesárea Indicada	p**
	Med* (Min-Máx)	Med* (Min-Máx)	Med* (Min-Máx)	
Tempo para início da amamentação (horas)	1,0 (1,0-9,0) a	2,0 (1,0-10,0) b	1,0 (1,0-9,0) c	<0,001
Idade gestacional no parto (semanas)	39 (37-42) a	38 (37-41) b	39 (37-42) a	<0,001
Tempo de internação na UTI/UCI neonatal (dias)	0 (0-10)	0 (0-11)	0 (0-11)	0,298
Tempo total de internação (dias)	2 (1-15) a	2 (0-9) b	2 (1-17) a	<0,001

Letras diferentes indicam diferenças significativas (p<0,05) pelo teste de Dunn

* Valor Mediano (Valor Mínimo–Valor Máximo)

** Kruskal-Wallis

Comparando as três classificações, identificou-se que a classificação CONITEC é a que mais diferencia o parto vaginal das cesáreas, apresentando melhores resultados perinatais para tempo de início da amamentação e idade gestacional ao nascer.

Os desfechos relacionados ao primeiro ano de vida constam da Tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre os desfechos do primeiro ano de vida e o tipo de parto segundo as classificações CONITEC, FEBRASGO e revisão de literatura, percentual (%) e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017

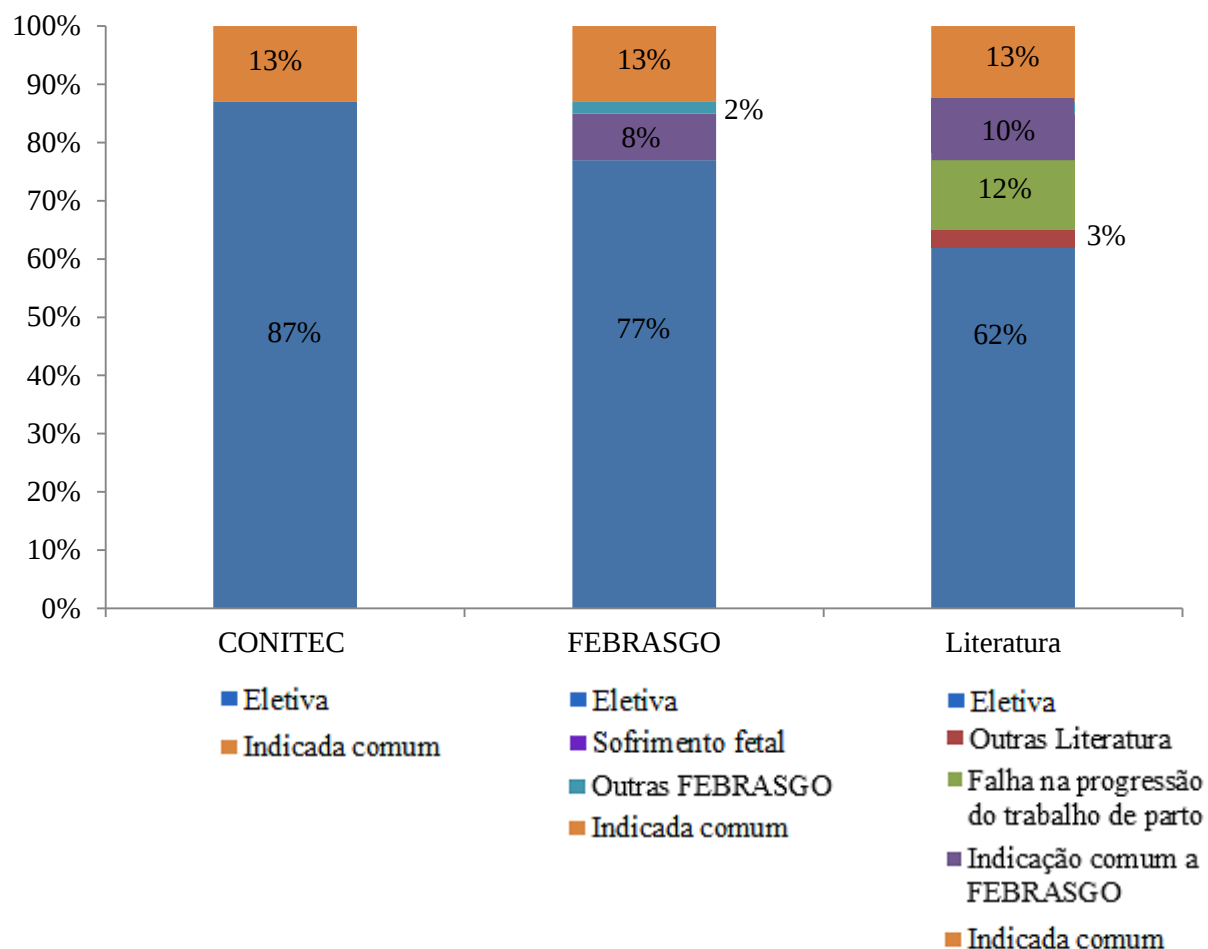
Desfechos	CONITEC				FEBRASGO			Revisão de Literatura		
	Vaginal	Eletiva	Indicada	p*	Eletiva	Indicada	p*	Eletiva	Indicada	p*
	n=258	n=239	n=34		n=212	n=61		n=170	n=103	
	%	%	%		%	%		%	%	
Aleitamento	42,6	37,7	32,4	0,321	35,9	41,2	0,286	35,3	40,2	0,273
Asma	0,7	0,8	0,0	0,870	0,4	1,5	0,651	0,5	0,9	0,931
Bronquite	2,1	4,2	0,0	0,188	3,8	2,9	0,476	3,7	3,6	0,514
Bronquiolite	9,6	9,8	10,8	0,974	10,7	7,4	0,712	10,5	8,9	0,896
Pneumonia	14,1	13,2	13,5	0,955	13,7	11,8	0,881	13,2	13,4	0,955
Rinite	2,1	1,9	0,0	0,681	2,1	0,0	0,483	2,6	0,0	0,245
Conjuntivite	7,9	7,9	18,9	0,069	9,0	10,3	0,791	8,9	9,8	0,810
Rinoconjuntivite	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-
Dermatite	8,9	8,3	2,7	0,431	8,1	5,9	0,709	8,9	6,3	0,678
Alergia alimentar	2,1	2,3	2,7	0,963	2,6	1,5	0,844	1,1	4,5	0,144

*Qui-quadrado

Considerando-se os desfechos do primeiro ano de vida estudados, não houve diferença quando comparados parto vaginal, cesárea eletiva e cesárea indicada, independentemente da classificação utilizada (Tabela 4).

Com relação às cesáreas indicadas, observa-se que 13% apresentam indicação comum aos três referenciais. Analisando-se as indicações não consensuais entre as três classificações, de acordo com o referencial FEBRASGO, 8% das indicações ocorreram por sofrimento fetal e 2% por outras indicações (ambas comuns ao referencial Revisão de Literatura); apenas segundo o referencial Revisão de Literatura, 12% foram indicadas devido à falha de progressão do trabalho de parto e 3% por outras indicações (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição das cesáreas segundo indicações de acordo com referencial de classificação. Botucatu, 2015-2017



5. DISCUSSÃO

Considerando-se a classificação de cesárea pelos três referenciais selecionados, tem-se que 19,4% deste procedimento seriam indicados ao utilizar o referencial revisão de literatura, 11,5% se tomada por referência a FEBRASGO e 6,4% a CONITEC, considerando o total de partos.

Diante disso, percebe-se que a revisão de literatura traz uma classificação mais abrangente, resultando em maior número de situações que podem ser consideradas como indicação de cesárea. A classificação FEBRASGO é intermediária e a da CONITEC é a mais restritiva, com menor número de situações a serem consideradas para indicação de cesárea.

A despeito do referencial adotado, 51,4% dos partos da presente investigação foram cesáreas, taxa esta que se mantém acima de 30% há mais de uma década no município em estudo, não diferindo da prevalência deste tipo de procedimento no Estado de São Paulo e no

Brasil. Tal situação reflete o fenômeno da epidemia da cesárea vivenciado a nível mundial por países desenvolvidos e emergentes (DATASUS, 2009; UNA-SUS, 2015; BATISTA FILHO; RISSIN, 2018).

Apesar dos três referenciais terem sido baseados em evidências científicas existentes sobre indicações de cesárea, cada um possui uma particularidade, o que justifica as diferentes taxas de cesárea indicada para cada classificação.

Tais diferenças exerceram efeito quando se verificou a associação entre os resultados perinatais e as três classificações, porém não houve diferença para os desfechos no primeiro ano de vida. Ou seja, pode-se observar que a depender da classificação utilizada, houve diferença na direção do nível de significância estatística entre desfechos perinatais com relação ao tipo de parto e, independentemente da classificação utilizada, não houve significância estatística para os desfechos relacionados ao primeiro ano de vida.

Maior plausibilidade dos achados foi encontrada ao relacionar os desfechos perinatais com os tipos de parto segundo a classificação CONITEC, em que constatou-se menor tempo para início da amamentação e maior idade gestacional ao nascer ($p < 0,001$). Este referencial foi o que mais diferenciou positivamente o parto vaginal das cesáreas, quando comparado aos outros referenciais estudados.

Não foram encontrados estudos, na literatura, que classificaram as cesáreas segundo os referenciais adotados nesta investigação. Porém, pesquisas também revelam que ter parto vaginal aumenta o risco e a probabilidade de início precoce da amamentação quando comparado à cesárea (REGAN; THOMPSON; DeFRANCO, 2013; ESTEVES et al., 2014; BERDE; YALCIN, 2016).

Para a idade gestacional ao nascer, estudos nacionais mostram que bebês nascidos por cesárea são mais propensos a serem prematuros ou prematuros tardios (MACHADO; MARMITT; CESAR, 2016; TABILE et al., 2016; GUIMARÃES et al., 2017).

Ao comparar as classificações CONITEC e FEBRASGO, vê-se que a indicação que foi a principal responsável por elevar a taxa de cesárea indicada foi o sofrimento fetal (aumentou em 8% a taxa de cesárea indicada). Estudos internacionais desenvolvidos na China e Itália com o propósito de verificar o motivo das altas taxas de cesárea nesses países, a fim de propor ações para redução desse procedimento, constataram que o sofrimento fetal é uma das principais indicações médicas para realização da cesárea (HOU et al., 2014; STIVANELLO et al., 2014).

A falha na progressão do trabalho de parto foi outra indicação, trazida pelo referencial Revisão de Literatura, que elevou a taxa de cesárea (aumento de 12%) quando comparada às demais classificações utilizadas. O referido estudo chinês também traz a falha na progressão do trabalho de parto como uma das indicações de cesárea mais recorrentes (HOU et al., 2014).

No Brasil, em 2017 o MS lançou o documento Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto, cujo objetivo é fornecer subsídios para promoção, proteção e incentivo ao parto normal. Segundo o MS, a necessidade desse documento surgiu devido ao avanço tecnológico na obstetrícia que, por um lado, vem contribuindo para a queda da morbimortalidade do binômio, e, por outro, expõe mulheres e bebês a intervenções desnecessárias, dentre elas, a cesariana (BRASIL, 2017).

Estas diretrizes trazem recomendações quanto ao manejo da atenção ao binômio, com o propósito de promover mudanças na assistência, padronizar condutas, reduzir intervenções desnecessárias e propagar a prática baseada em evidências. Tais recomendações vão desde informações relacionadas ao local de assistência ao parto, perpassando por cuidados gerais durante trabalho de parto (necessidade do preenchimento do partograma, por exemplo), alívio da dor, assistência nos períodos do trabalho de parto e parto, até condutas diante de intercorrências como sofrimento fetal e a falha na progressão do trabalho de parto. Diante destas intercorrências, o documento detalha as variáveis que devem ser consideradas e podem

ser controladas antes de se indicar uma cesariana, como integridade da membrana amniótica, dor e dilatação cervical (BRASIL, 2017). Nesse contexto, entende-se que muito pode ser feito para que o parto normal aconteça, mesmo em caso de sofrimento fetal e de falha na progressão do trabalho de parto.

Como ponto forte do presente estudo destaca-se a originalidade, já que se trata de pesquisa que distingue a cesárea indicada da cesárea eletiva, utilizando referenciais brasileiros para esta classificação, diferenciação não encontrada na literatura. Sua principal limitação decorre do fato do seguimento ter se limitado ao primeiro ano de vida, tempo que pode ter sido restrito para evidenciar diferença nos desfechos estudados.

6. CONCLUSÃO

A diretriz CONITEC é o referencial nacional que apresentou a maior taxa de cesárea eletiva e, por conseguinte, a menor de cesárea indicada e, também, melhores resultados perinatais para aqueles nascidos por parto vaginal, o que vem a corroborar com a hipótese levantada neste estudo: a classificação CONITEC, por ser a mais recente e proposta pelo Ministério da Saúde, é o referencial que evidenciará maior número de cesáreas eletivas e melhores resultados perinatais relacionados ao parto vaginal.

Os achados também permitem dizer que, independente do referencial utilizado, não houve associação significativa para os desfechos no primeiro ano de vida, o que refuta a segunda hipótese levantada, de que, ao utilizar a classificação CONITEC, haveria melhores resultados para desfechos do primeiro ano de vida.

Desta forma, espera-se que os profissionais da saúde envolvidos com a atenção à gestante e parturiente utilizem, dentre outros referenciais que dão suporte à atenção qualificada à saúde da mulher nos referidos períodos de seu ciclo de vida, a diretriz CONITEC para embasarem suas orientações e decisões frente a melhor forma de “dar a luz”,

visto que assim as mulheres serão menos expostas à operação cesariana e aos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos, e obterão melhores resultados perinatais para seus bebês.

7. REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-22, ago. 2010.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS publica novas regras para o parto na saúde suplementar [Internet]. 2016 [acesso mai 2017] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3192-ans-publica-novas-regras-para-o-parto-na-saude-suplementar>

ARIK, R. M.; PARADA, C. M. G. L. Decisão pelo tipo de parto: estratégia educativa para a promoção do parto vaginal. [dissertação] 2017 [acesso 04 set 2017]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/149728>

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. WHO and the epidemic of cesarians. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 18, n. 1, jan-mar 2018.

BERDE, A. S.; YALCIN, S. S. Determinants of early initiation of breastfeeding in Nigeria: a population-based study using the 2013 demographic and health survey data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 32, 6 dez. 2016.

BOATIN, A. A. et al. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. **BMJ**, p. k55, 24 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, v. 1, p. 1-53, 2017.

CONITEC. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar 2016, n. 179, p. 1-115.

DATASUS. Departamento de informática do SUS. Percentual de partos cesáreos: 2000 a 2009 [Internet]. 2010 [acesso 05 ago 2018]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/indicadores-plano-estadual-2012-2015/indicadores/percentual_de_partos_cesareos_2000_a_2009.xls

ESTEVES, T. M. B.; DAUMAS, R. P.; OLIVEIRA, M. I. C.; ANDRADE, C. A. F. LEITE, I. C. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 04, p. 697-703, 2014.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Cesarianas – indicações [Internet]. 2002 [acesso 10 maio 2016]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf

GUIMARÃES, E. A. A.; VIEIRA, C. S.; NUNES, F. D. D.; JANUÁRIO, G. C.; OLIVEIRA, V. C.; TIBÚRCIO, J. D. Prematurity and associated factors in Divinópolis, Minas Gerais state, Brazil, 2008-2011: analysis of the Information System on Live Births. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 01, p. 01-08, 2017.

HOU, L.; LI, G.; ZOU, L.; LI, C.; CHEN, Y.; YUAN, Y.; WANG, X.; JIA, C.; ZHANG, W. Cesarean delivery rate and indications in mainland China: a cross sectional study in 2011. **Chinese Journal of Obst and Gynecol**, v. 49, n. 10, p. 728-35, 2014.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2018 [Internet]. 2018 [acesso 04 jan 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>

IORRA, M. R. K.; NAMBA, A.; SPILLERE, R. G.; NADER, S. S.; NADER, P. J. H. Aspectos relacionados pela preferência à via de parto em um hospital universitário. **Rev da AMRIGS**, v. 55, n. 3, p. 260-8, 2011.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativas de gestantes e obstetras. **Rev bioét**, v. 21, n. 3, p. 509-17, 2013.

MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Late preterm birth in the far south of Brazil: a population based study. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 16, n. 2, p. 121-8, 2016.

NASCER NO BRASIL: inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet] 2014. [acesso 01 Jun 2014]. Disponível: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/introducao-e-justificativa>

OLIVEIRA R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2:[08 telas], 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. 2015 [acesso 20 jun 2017]. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu/SP; 2012

REGAN, J.; THOMPSON, A.; DeFRANCO, E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. **Breastfeed Med**, v. 8, n. 2, p. 181-6, 2013.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 459-68, set. 2010.

STIVANELLO, E.; RUCCI, P.; LENZI, J.; FANTINI, M. P. Determinants of cesarean delivery: a classification tree analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 215, n. 14, p. 02-08, 2014.

TABILE, P. M. et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. **Revista da AMRIGS**, v. 60, n. 3, p. 168-72, 2016.

UNA-SUS. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea [Internet]. 2015 [acesso 04 set 2017]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>

WHO. World Health Organization. (1985): Appropriate technology for birth. *Lancet*. 2(8452):436-7.

Artigo 2 – Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos perinatais: estudo de coorte

1. INTRODUÇÃO

Na literatura científica, estudos relacionam as cesáreas ao aumento do risco de morbimortalidade materna e infantil. Porém, não há a devida discriminação entre os desfechos relacionados às cesáreas indicadas e às cesáreas eletivas (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013; TORRES et al., 2014; REIS et al., 2014; CHEN et al., 2018).

Considerando-se as cesáreas em geral, há evidências de desfechos perinatais adversos, como a ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e necessidade de reanimação; índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete; contato pele a pele tardio; maior tempo de internação e necessidade de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal ou Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) ou Especiais, entre outros (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007; BELO et al., 2014; FERRARI et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; GUASCH et al., 2018).

Os desfechos perinatais adversos, muitas vezes, decorrem da opção pelo momento do parto. A realização de cesáreas eletivas entre 37 e 38 semanas de idade gestacional é prática frequente, de acordo com a literatura (WILMINK et al., 2010; ALZAHIRANI, 2017). Porém, pesquisas revelam que comparadas àquelas realizadas após a 39ª semana de gestação, têm mais resultados perinatais indesejáveis (WILMINK et al., 2010; PHALOPRAKARN; TANGJITGAMOL; MANUSIRIVITHAYA, 2016).

Estudo com dados secundários da Holanda, com informações obtidas a partir de banco de dados, concluiu que o risco de mortalidade do recém-nascido e distúrbios respiratórios aumentou significativamente em bebês nascidos entre 37 e 38 semanas completas de idade gestacional, sendo ainda maior para os nascidos com 37 semanas completas por cesárea

eletiva, quando comparados aos bebês nascidos com 39 semanas completas de idade gestacional (WILMINK et al., 2010). Estudo observacional desenvolvido a partir de registros médicos da Tailândia apontou que o risco de internação em unidade especial dos bebês nascidos por cesárea eletiva entre 37 e 38 semanas foi significativamente maior, bem como o tempo de internação foi mais prolongado, do que aqueles bebês nascidos com 39 semanas ou mais (PHALOPRAKARN; TANGJITGAMOL; MANUSIRIVITHAYA, 2016).

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) adotou o marco de 39 semanas de idade gestacional como período em que se inicia a gestação a termo. Esta mudança ocorreu após análises de estudos realizados pelo “*Defining Term Pregnancy Workgroup*”, organizado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, que aponta, dentre outras questões, dificuldades respiratórias e alimentares entre bebês que nascem entre 37 e 38 semanas (SPONG, 2013; FIOCRUZ, 2016). Com o intuito de diminuir a incidência de cesáreas eletivas antes de 39 semanas, o CFM divulgou, em junho de 2016, diretriz que estabelece que para garantir a segurança do feto, cesáreas eletivas só devem ser realizadas a partir de 39 semanas de idade gestacional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016)

Com relação ao peso ao nascer, ainda não existem evidências suficientes para apontar sua relação com a cesárea eletiva. Pesquisas desenvolvidas em diferentes contextos: em dois municípios de Minas Gerais (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010), em um hospital universitário do mesmo Estado (REIS et al., 2014) e em estudo baseado em dados oficiais internacionais (VOLPE, 2011) não encontraram associação entre parto cesárea e baixo peso ao nascer. Porém, em outras investigações, desenvolvida na China (CHEN et al., 2018), no Sul do Brasil (MORAES et al., 2011), na Colômbia (DAZA et al., 2009), reportaram associação entre recém-nascido com baixo peso ao nascer e parto cesárea.

Quanto ao índice de Apgar, importante indicador de vitalidade do recém-nascido, obtido a partir da avaliação das frequências cardíaca e respiratória, irritabilidade reflexa, tônus

muscular e cor, também tem sido estudado em relação aos tipos de parto, sendo que há divergências na literatura. Estudo observacional realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com objetivo de verificar associação entre escores de Apgar desfavoráveis no primeiro e quinto minutos de vida e tipo de parto, descreveu como resultado a tendência de diminuição na vitalidade nos bebês imediatamente após o nascimento quando nascidos por cesárea (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007). Já estudo desenvolvido na Holanda revela que bebês nascidos por cesárea podem apresentar má vitalidade a depender da idade gestacional que o procedimento cirúrgico ocorre: chance maior de índice de Apgar de quinto minuto de vida inferior a sete caso o nascimento ocorra entre 37 e 38 semanas de idade gestacional, quando comparado aos nascidos com 39 semanas completas (WILMINK et al., 2010).

Sobre o contato pele a pele, sabe-se que deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida, devido aos benefícios fisiológicos e psicossociais que essa prática traz para o binômio mãe-bebê. É preconizado que, ao nascer, o recém-nascido de baixo risco não sofra procedimentos de rotina na fase de inatividade alerta, na qual o contato pele a pele deve ocorrer para o reconhecimento e exploração do corpo da mãe pelo bebê, sendo possível, inclusive, a prática do aleitamento materno (MATOS et al., 2010). Porém, bebês nascidos por cesárea têm menor chance de terem esse momento respeitado: quando indicadas, na maioria das vezes, há necessidade de intervenções imediatas para o estabelecimento da vida extra uterina e, quando eletivas, podem ocorrer limitações tanto maternas quanto do neonato, dificultando esse processo, o que pode culminar em consequências negativas ao binômio (BELO et al., 2014).

Dentre as consequências negativas relacionadas a cesariana, destaca-se o início tardio do aleitamento materno. Metanálise publicada em 2012, cujo objetivo foi determinar se cesárea antes ou após início do trabalho de parto está associada a menor taxa de aleitamento materno, quando comparada ao parto vaginal, evidenciou que a taxa de início precoce da

amamentação foi menor para bebês nascidos por cesárea antes do início do trabalho de parto (PRIOR et al., 2012).

Estudo de coorte desenvolvido em Calgary, Canadá, revelou que além de não ter a intenção de amamentar, mães cujos bebês nasceram por cesárea planejada demoraram mais para iniciar o aleitamento materno que aquelas cujos bebês nasceram por parto vaginal ou cesárea de emergência (HOBBS et al., 2016).

Pesquisa com desenho transversal desenvolvida na Nigéria demonstrou que a probabilidade de início do aleitamento materno na primeira hora de vida foi três vezes maior para bebês que nasceram por parto vaginal quando comparados àqueles nascidos por cesárea (BERDE; YALCIN, 2016). Estudos desenvolvidos no Brasil e Etiópia trazem a relação de início mais tardio do aleitamento materno de bebês nascidos por cesárea (BELO et al., 2014; LAKEW; TABAR; HAILE, 2015).

Quanto à necessidade de internação, pesquisa realizada em Minas Gerais identificou que a duração média do tempo de internação do recém-nascido por parto cesárea foi maior quando comparado aos nascidos por parto vaginal (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010) e o risco de internação em UTI neonatal também foi maior para bebês nascidos por cesárea, de acordo com pesquisa global da Organização Mundial da Saúde (OMS) (LUMBIGANON et al., 2010), cujo objetivo foi estimar a taxa de cada tipo de parto e verificar a relação entre os mesmos e os resultados maternos e perinatais de nove países asiáticos selecionados.

Considerando-se a atual epidemia de cesárea em muitos países e as controvérsias quanto aos resultados perinatais da cesárea eletiva, propõe-se o presente estudo, cuja hipótese é: o efeito da cesárea eletiva é negativo para o bebê no período perinatal, quando comparado ao efeito do parto vaginal. Tem-se por objetivo verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais: contato pele a pele na sala de parto, amamentação na primeira hora de

vida, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, índice de Apgar no quinto minuto de vida, necessidade de internação em Unidade Neonatal (berçário, UCI ou UTI) e tempo de internação.

2. MÉTODO

3.1. Delineamento

Trata-se de estudo de coorte, que integra o estudo CLaB (Coorte de Lactentes de Botucatu), constituída a partir de ampla pesquisa financiada pela FAPESP (Processo 2015/03256-1) intitulada “Saúde da Criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista”.

3.2. Local de realização do estudo

O município de Botucatu situa-se no estado de São Paulo, região centro-sul, com população estimada de 144.820 habitantes para o ano de 2018 (IBGE, 2018) e faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios (OLIVEIRA et al., 2013).

Para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde, o município conta, atualmente, com um Hospital-Escola e, para assistência às gestantes conveniadas e particulares, um Hospital Privado (OLIVEIRA et al., 2013).

Para atendimento ao recém-nascido na atenção primária, Botucatu conta com oito Unidades Básicas de modelo tradicional; 12 Unidades de Saúde da Família, com 15 equipes e uma Unidade de Triagem Neonatal, responsável por prestar atendimento no primeiro mês de vida a todas as crianças nascidas no município (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2012).

3.3. Participantes do estudo

A amostra da pesquisa original foi composta por todos os binômios mãe/bebê que passaram por consulta médica ou de enfermagem na unidade de triagem neonatal no período definido para o recrutamento e estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. A inclusão na coorte ocorreu no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016. O único critério de elegibilidade adotado foi residir na zona urbana do município de Botucatu. Ao final da coleta de dados foram incluídas 650 mães e 656 bebês (seis casos de gemelares).

Para as análises deste estudo foram excluídos os gemelares, 43 casos de cesárea indicada e 10 participantes com dados incompletos, resultando em 591 binômios.

3.4. Critérios de inclusão no grupo de recém-nascido por cesárea eletiva

Foram incluídos no grupo cesárea eletiva todos os recém-nascidos que não tinham, no prontuário hospitalar materno, qualquer indicação de cesárea, conforme proposta da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (CONITEC): apresentação pélvica, placenta prévia, placenta baixa ou acreta, HIV, iteratividade e herpes genital com lesão ativa (CONITEC, 2016)

3.5. Critérios de exclusão no estudo

Foram excluídos os bebês nascidos por cesárea indicada e gemelares, bem como suas mães.

3.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada, remunerada e supervisionada pela primeira autora desse artigo, responsável pela operacionalização do estudo CLaB. Para responder ao objetivo desta pesquisa, foram utilizados dados coletados no momento de inclusão na coorte, constituindo fonte de dados a entrevista com as puérperas e informações captadas do prontuário da maternidade em que ocorreu o nascimento.

Foram coletados, por meio de entrevista, dados de identificação do binômio, sociodemográficos, referentes à história gestacional atual, ao parto e ao recém-nascido. Do prontuário da maternidade, os dados coletados foram com relação ao parto, nascimento e período de internação do binômio.

Participaram da coleta de dados 19 pessoas, entre acadêmicas do curso de nutrição, pós-graduanda em enfermagem e bolsistas de treinamento técnico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). As entrevistadoras foram devidamente treinadas e supervisionadas para garantia da qualidade dos dados.

Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados em estudo piloto para ajustar as questões que poderiam apresentar possíveis dificuldades.

3.7 Variáveis em estudo e fonte de dados

Quadro 1 – Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos perinatais. Botucatu, 2017.

Variáveis	Fonte de dados
<u>Variáveis independentes</u>	
- Tipos de parto (parto vaginal e cesárea eletiva)	Prontuário
<u>Desfechos</u>	
- Contato pele a pele ao nascer (Sim/Não)	Entrevista
- Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não)	Prontuário
- Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas (Sim/Não)	Prontuário
- Peso ao nascer < 2.500 g (Sim/Não)	Prontuário
- Internação em UTI/UCI (Sim/Não)	Prontuário
- Índice de Apgar no quinto minuto de vida < 7 (Sim/Não)	Prontuário
- Tempo de internação (dias)	Prontuário
<u>Covariáveis</u>	
- Idade materna no momento do parto inferior a 20 anos (Sim/Não)	Entrevista
- Escolaridade inferior a oito anos de aprovação (Sim/Não)	Entrevista
- Renda familiar <i>per capita</i> inferior a um salário mínimo (Sim/Não)	Entrevista
- Cor materna não branca (Sim/Não)	Entrevista
- Mãe vive sem companheiro (Sim/Não)	Entrevista
- Trabalho materno remunerado (Sim/Não)	Entrevista
- Gestação não planejada (Sim/Não)	Entrevista
- Parto não realizado no SUS (Sim/Não)	Entrevista
- Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas (Sim/Não)	Prontuário

Para identificação da renda *per capita* familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais e dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda; em seguida, considerando-se o valor do salário mínimo nacional em janeiro de 2016, realizou-se a classificação.

3.8. Análise Estatística

Realizou-se análise univariada com todas as variáveis elencadas como covariáveis, sendo estimados os riscos relativos brutos, com intervalo de confiança de 95%. Aquelas que apresentaram nível de significância estatística menor que 0,20 foram mantidas no modelo. Em

seguida, a relação entre o tipo de parto e os desfechos perinatais foi analisada por regressão de cox multivariada. Relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$, sendo a análise realizada com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

3.9. Cuidados para Redução de Erro não Sistemático de Informação

A integridade das entrevistas foi verificada, via telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes por meio de reentrevistas realizadas pelos responsáveis pela supervisão de campo. Os bancos de dados foram checados, as inconsistências verificadas nos questionários e, em seguida, as correções foram realizadas no banco de dados.

3.10. Procedimentos Éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos, o presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAAE: 37337314.3.0000.5411).

3. RESULTADOS

Do total 591 mães/bebês que compuseram a amostra deste estudo, 302 (51,1%) tiveram parto vaginal e 289 (48,9%) foram submetidas à cesárea eletiva.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e gestacionais das mulheres, e características ao nascer dos bebês, segundo tipo de parto.

Tabela 1 – Análise univariada das características sociodemográficas, do pré-natal, parto e pós-parto de mães e recém-nascidos, segundo tipo de parto (vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Parto Vaginal (n=303)		Cesárea Eletiva (n=289)		p*	RR (IC95%)
	n	%	N	%		
Idade (anos)						
até 19	58	19,2	34	11,8	0,076	0,72 (0,50-1,03)
20 ou mais	245	80,8	255	88,2		1
Escolaridade (anos de aprovação)						
até 7	37	12,3	16	5,5	0,043	0,59 (0,36-0,98)
8 ou mais	266	87,7	273	94,5		1
Cor						
Não branca	130	43,0	98	33,9	0,129	0,83 (0,65-1,05)
Branca	173	57,0	191	66,1		1
Vive com companheiro						
Não	47	15,2	25	8,7	0,080	0,69 (0,46-1,04)
Sim	256	84,8	264	91,3		1
Trabalho remunerado						
Não	158	52,3	94	32,7	<0,001	0,65 (0,50-0,83)
Sim	145	47,7	195	67,5		1
Renda familiar per capita						
Até um salário mínimo	264	87,1	158	54,6	<0,001	0,49 (0,39-0,63)
> um salário mínimo	39	12,9	131	45,4		1
Gestação planejada						
Não	179	58,9	132	45,7	0,021	0,76 (0,60-0,96)
Sim	124	41,1	157	54,3		1
Parto não SUS						
Sim	23	7,9	173	60,6	<0,001	3,02 (2,39-3,82)
Não	280	92,1	116	39,4		1
IG ao nascer ≤ 38 semanas						
Sim	100	32,8	157	54,3	<0,001	1,55 (1,23-1,96)
Não	203	67,2	132	45,7		1

*Resultado da regressão de cox univariada

Todas as variáveis elencadas como covariáveis associaram-se com tipo de parto ($p < 0,20$).

Dentre as mulheres que realizaram cesárea eletiva, a maioria tinha 20 anos ou mais, tinha escolaridade maior ou igual a oito anos de aprovação, trabalhava fora de casa, vivia com companheiro, tinha cor branca, havia planejado a gestação, não havia realizado a cesárea pelo SUS e tinha bebês nascidos com idade gestacional menor ou igual a 38 semanas (Tabela 1).

Sobre os desfechos perinatais, quase a totalidade dos bebês que não tiveram contato pele a pele nasceram por cesárea eletiva (93,1%) e 75,5% daqueles que não mamaram na primeira hora de vida nasceram por cesárea eletiva. Quanto ao peso, dentre os nascidos menores que 2.500g, 66,7% foram por cesárea eletiva e 33,3% por parto vaginal. Dentre os bebês com índice de Apgar de quinto minuto menor que sete, três bebês nasceram por cesárea eletiva e um bebê de parto vaginal. Com relação a internação, 52,4% dos bebês que necessitaram de internação em UTI/UCI nasceram por cesárea eletiva e a mediana do tempo total de internação foi de dois dias para os dois tipos de parto, sendo que variou de zero a 34 dias para os nascidos de parto vaginal e de zero a 43 dias para os nascidos de cesárea eletiva (dados não apresentados em tabela).

As Tabelas 2 a 4 apresentam os resultados das regressões logísticas binárias entre tipo de parto e os desfechos perinatais.

Tabela 2 – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e não ter contato pele a pele. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade 19 anos ou menos	1,29	0,83	2,01	0,258
Cor não branca	0,94	0,68	1,30	0,734
Não vive com companheiro	0,82	0,46	1,44	0,497
Não exerce trabalho remunerado	0,92	0,65	1,31	0,665
Escolaridade menor que 8 anos	1,10	0,60	2,02	0,762
Renda familiar <i>per capita</i> menor que um salário mínimo	0,91	0,63	1,30	0,607
Gestação não planejada	1,07	0,79	1,45	0,647
Parto não SUS	1,01	0,69	1,50	0,931
Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas	0,99	0,71	1,37	0,960
Cesárea eletiva	13,74	7,64	24,71	<0,001

Na Tabela 2 observa-se a associação significativa entre tipo de parto e contato pele a pele. Bebês nascidos por cesárea eletiva, de maneira independente, possuem maior risco (aproximadamente 13 vezes) de não terem contato pele a pele logo ao nascer.

Também de maneira independente, bebês nascidos por cesárea eletiva têm maior risco (aproximadamente duas vezes maior) de não serem amamentados na primeira hora de vida, quando comparados aos nascidos por parto vaginal (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e não amamentação na primeira hora de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade 19 anos ou menos	1,02	0,65	1,60	0,914
Cor não branca	0,95	0,69	1,29	0,743
Não vive com companheiro	1,14	0,69	1,87	0,598
Não exerce trabalho remunerado	1,04	0,74	1,45	0,828
Escolaridade menor que 8 anos	0,97	0,53	1,78	0,930
Renda familiar <i>per capita</i> menor que um salário mínimo	0,89	0,63	1,26	0,524
Gestação não planejada	0,97	0,72	1,30	0,851
Parto não SUS	1,54	1,03	2,30	0,034
Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas	1,34	0,98	1,82	0,067
Cesárea eletiva	2,29	1,56	3,34	<0,001

A necessidade de internação em UTI/UCI também foi avaliada e verificou-se que o risco aumenta de maneira independente e em aproximadamente duas vezes para os nascidos por cesárea eletiva (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e necessidade de internação em UTI/UCI. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade 19 anos ou menos	1,11	0,49	2,50	0,802
Cor não branca	1,05	0,55	1,99	0,879
Não vive com companheiro	1,85	0,88	3,88	0,105
Não exerce trabalho remunerado	0,71	0,36	1,40	0,328
Escolaridade menor que 8 anos	2,12	0,97	4,60	0,058
Renda familiar <i>per capita</i> menor que um salário mínimo	0,63	0,23	1,71	0,371
Gestação não planejada	1,42	0,72	3,02	0,285
Parto não SUS	0,11	0,03	0,37	<0,001
Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas	1,85	0,97	3,52	0,061
Cesárea eletiva	2,26	1,18	4,35	0,014

Análises de regressão realizadas para os desfechos idade gestacional menor ou igual a 38 semanas ao nascimento, peso ao nascer menor que 2.500g e índice de Apgar no quinto minuto de vida menor que sete, não se associaram ao tipo de parto. Apesar de os bebês nascidos por cesárea eletiva terem, de maneira independente, maior tempo de internação, não houve significado clínico, visto que o tempo maior foi de apenas meio dia, quando comparados aos nascidos por parto vaginal (dados não mostrados em tabelas).

4. DISCUSSÃO

Este estudo permitiu identificar os desfechos perinatais associados ao tipo de parto, comparando-se cesárea eletiva e parto vaginal. Encontrou-se efeito negativo da cesárea eletiva, com significado clínico, sobre os desfechos: contato pele a pele, aleitamento materno na primeira hora de vida e necessidade de internação em UTI/UCI. Os resultados obtidos podem ser aplicados a outros municípios com características semelhantes em território nacional.

Bebês nascidos por cesárea eletiva, no contexto estudado, têm 13 vezes maior risco de não serem colocados em contato com a pele com suas mães logo ao nascer. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1990, apresenta em seu quarto passo a importância da promoção do contato pele a pele, por no mínimo uma hora, imediatamente após o parto. Esta prática está intimamente relacionada com o sucesso do aleitamento materno, pois o fato de a mãe tocar o recém-nascido proporciona descarga hormonal que vem a favorecer a lactação. Além disso, tem efeito positivo sobre o nível de glicose no sangue e na estabilidade cardiorrespiratória do recém-nascido. A médio e longo prazos, também influencia positivamente na manutenção do vínculo e na duração do aleitamento materno (FUCKS et al., 2015; SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

Estudo de metanálise desenvolvido por pesquisadores dos Estados Unidos, África e Reino Unido também revela que o contato pele a pele auxilia na estabilidade cardiorrespiratória, além de influenciar positivamente para diminuição do choro do bebê e de não apresentar efeitos negativos a curto ou longo prazos (MOORE et al., 2014).

Apesar dos comprovados benefícios, de ser procedimento seguro, que não exige recursos financeiros, o contato pele a pele ainda é prática negligenciada no Brasil (SAMPALIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016). Os dados do presente estudo corroboram com

essa afirmativa, visto que 65,8% dos bebês não foram colocados em contato pele a pele, sendo que 61,2% destes nasceram de cesárea eletiva.

Não foi possível localizar estudos sobre cesárea eletiva, mas a literatura científica sobre parto cesárea em geral apresenta resultados semelhantes: dados da Pesquisa Nascer no Brasil mostra que bebês nascidos de parto cesárea têm chance significativamente maior de serem afastados de suas mães logo ao nascer, quando comparados aos nascidos por parto vaginal (MOREIRA et al., 2014); estudo desenvolvido em hospital credenciado como Amigo da Criança, no Sul do Estado do Paraná, cujo objetivo foi analisar fatores envolvidos na prática do contato pele a pele, aponta a cesárea como um dos principais obstáculos (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014); outra pesquisa desenvolvida no mesmo Estado, que teve por objetivo avaliar a qualidade da atenção ao parto, revela que a assistência foi considerada insatisfatória pelos pesquisadores devido às altas taxas de cesárea (superior ao parâmetro 35% - estabelecido pelo estudo) e também pela prática de contato pele a pele ter sido menos frequente para bebês nascidos por cesárea (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

A amamentação na primeira hora de vida, cujo sucesso está intimamente relacionado ao contato pele a pele, foi mais frequente também para os bebês nascidos via parto vaginal, sendo que, dentre os bebês que mamaram na primeira hora, 65,2% nasceram pelo referido tipo de parto enquanto que 34,8% nasceram por cesárea eletiva. O risco de não amamentar na primeira hora foi duas vezes maior para os nascidos por cesárea eletiva com relação ao nascidos por parto vaginal.

Amamentar na primeira hora de vida proporciona efeito protetor sobre a mortalidade neonatal. Estudo desenvolvido por pesquisadores de Universidades do Rio de Janeiro em parceria com a *Yale University, EUA*, com dados secundários de 67 países, mostra que naqueles com menores tercis de aleitamento materno na primeira hora de vida tiveram taxa 24% maior de mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2013).

A literatura científica apresenta dados que corroboram com os resultados da presente investigação sobre a primeira mamada na primeira hora de vida. Estudo transversal desenvolvido em maternidades do Rio de Janeiro mostra que o aleitamento materno foi menos prevalente entre bebês nascidos por cesárea (BOCCOLINI et al., 2011). A cesárea como o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida foi identificada em revisão sistemática desenvolvida por pesquisadores de Universidades do Rio de Janeiro (ESTEVES et al., 2014). Estudo de coorte, também desenvolvido no mesmo Estado, aponta o parto vaginal como fator protetor para a não amamentação na primeira hora (PEREIRA et al., 2013), mesmo resultado obtido por pesquisa desenvolvida no Irã (HAGHIGHI; TAHERI, 2015) e por estudo transversal desenvolvido em Ankara, capital da Turquia (DOĞA ÖCAL et al., 2017).

Neste sentido, pode-se afirmar que bebês nascidos por cesárea são colocados menos frequentemente em contato pele a pele com suas mães, o que resulta em risco aumentado para não realização do aleitamento materno na primeira hora de vida e, consequentemente, aumenta o risco de eventos adversos em decorrência da não efetivação dessas duas práticas, como não estabilização cardiorrespiratória ao nascer, mortalidade neonatal e manutenção ineficaz do aleitamento materno.

Outro desfecho estudado, cuja associação com tipo de parto foi estatisticamente significativa, foi necessidade de internação em UTI/UCI. O risco deste tipo de internação foi aproximadamente duas vezes maior para os bebês nascidos de cesárea eletiva quando comparados àqueles nascidos via parto vaginal.

Estudo nacional australiano, que teve por objetivo determinar a taxa de admissão de bebês a termo em UTI neonatal e associá-la ao tipo de parto, entre mulheres de baixo risco, encontrou que a chance das mulheres, independentemente da paridade, terem seus recém-nascidos internados em UTI foi maior quando submetidas à cesárea e, maior ainda quando a

cesárea foi antes do início do trabalho de parto (TRACY; SULLIVAN; TRACY, 2007). No município de Aracaju, estudo transversal desenvolvido em duas maternidades, uma filantrópica e outra pública, aponta que entre os bebês que necessitaram de internação em UTI, 76,9% nasceram por cesárea (INAGAKI et al., 2014).

Como ponto forte deste trabalho destaca-se a originalidade, já que se trata de um estudo que distingue a cesárea indicada da cesárea eletiva, diferenciação escassa na literatura. A principal limitação deste estudo relaciona-se a parte das informações terem sido coletadas de fonte secundária de dados (prontuários das maternidades em que ocorreu o parto), obstáculo este inerente aos estudos que utilizam destes documentos para obter as variáveis necessárias, devido à possível fragilidade na qualidade dos registros.

5. CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que reduzir a taxa de cesárea eletiva é fundamental para que haja aumento na frequência de boas práticas voltadas ao cuidado neonatal e consequente queda em desfechos neonatais adversos.

A não realização do contato pele a pele logo ao nascer e o não aleitamento materno na primeira hora de vida deixam os recém-nascidos menos expostos aos benefícios destas práticas. Internação em UTI/UCI predispõe os bebês a riscos inerentes à hospitalização em ambiente de alta complexidade e numerosas intervenções.

Novos estudos que explorem outras associações entre cesárea eletiva e desfechos ao nascer poderão evidenciar aspectos relevantes que gestores públicos deveriam focar para desenvolver intervenções capazes de reduzir a prevalência deste tipo de parto e melhorar os resultados neonatais, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde.

6.REFERÊNCIAS

- ALZHRANI, A. K. Neonatal Outcomes in Relation to Timing of Term Cesarean Delivery: An Observational Study. **Neonatal and Pediatric Medicine**, v. 03, n. 02, p. 2–4, 2017.
- BELO, M. N. M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 1, p. 65–72, mar. 2014.
- BERDE, A. S.; YALCIN, S. S. Determinants of early initiation of breastfeeding in Nigeria: a population-based study using the 2013 demographic and health survey data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 32, 6 dez. 2016.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 69–78, 2011.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 131–136, mar. 2013.
- CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 427–435, mar. 2010.
- CHEN, C. et al. Effects of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. **Journal of Human Lactation**, p. 089033441774143, 24 jan. 2018.
- CONITEC. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar 2016, n. 179, p. 1-115.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM define critérios para realização de parto cesariano [Internet] 2016 [acesso 04 Jun 2018]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26247:2016-06-20-16-06-10&catid=3
- D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 356–364, 2014.
- DAZA, V. et al. Bajo peso al nacer: Exploración de algunos factores de riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán (Colombia). **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia**, v. 60, n. 2, p. 124–134, 2009.
- DOĞA ÖCAL, F. et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. **Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 15 mar. 2017.
- ESTEVES, T. M. B. et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 697–708, ago. 2014.

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 75-88, jan-mar 2016.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisadora comenta resolução que adota marco de 39 semanas de gravidez para cesárea [Internet] 2016 [acesso 04 Jun 2018]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisadora-comenta-resolucao-que-adota-marco-de-39-semanas-de-gravidez-para-cesarea>

FRANCESCHINI, D. T. B.; CUNHA, M. L. C. DA. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. **Rev Gaucha Enferm**, v. 28, n. 3, p. 324–330, 2007.

FUCKS, I. DOS S. et al. A sala de parto : o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Av. Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 29–37, 2015.

GUASCH, X. D. et al. Prematuridad tardía: una población de riesgo. **Clín investig ginecol obstet**, v. 45, n. 1, p. 17-23, 2018.

HAGHIGHI, M.; TAHERI, E. Factors Associated with Breastfeeding in the First Hour after Birth , in Baby Friendly Hospitals , Shiraz-Iran. **International Journal Of Pediatrics**, v. 3, n. 21, p. 889–896, 2015.

HOBBS, A. J. et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 90, 26 dez. 2016.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º. de julho de 2018 [Internet]. 2018 [acesso 04 jan 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>

INAGAKI, A. D. M. et al. Cesárea: prevalência, indicações e desfecho do recém-nascido. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 12, p. 4278-84, dez. 2014.

LAKEW, Y.; TABAR, L.; HAILE, D. Socio-medical determinants of timely breastfeeding initiation in Ethiopia: Evidence from the 2011 nation wide Demographic and Health Survey. **International Breastfeeding Journal**, v. 10, n. 1, p. 24, 19 dez. 2015.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 509–517, dez. 2013.

LUMBIGANON, P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. **The Lancet**, v. 375, n. 9713, p. 490–499, fev. 2010.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 998–1004, dez. 2010.

MOORE, E. R. et al. Europe PMC Funders Group Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, p. 1–75, 2014.

MORAES, A. B. DE et al. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 229–240, fev. 2011.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S128–S139, ago. 2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 415–425, dez. 2011.

OLIVEIRA R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2:[08 telas], 2013.

OLIVEIRA, L. L. DE et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382–389, jun. 2016.

PHALOPRAKARN, C.; TANGJITGAMOL, S.; MANUSIRIVITHAYA, S. Timing of elective cesarean delivery at term and its impact on maternal and neonatal outcomes among Thai and other Southeast Asian pregnant women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 42, n. 8, p. 936–943, ago. 2016.

PEREIRA, C. R. V. R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 525–534, jun. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu/SP; 2012

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 95, n. 5, p. 1113–1135, 2012.

REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 65–71, fev. 2014.

SAMPAIO, R. R. ; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, jun. 2016.

SPONG, C. Y. Defining "Term" Pregnancy: recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. **JAMA**, v. 309, n. 23, p. 2445-6, 2013.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S220–S231, ago. 2014.

TRACY, S. K.; SULLIVAN, E. A.; TRACY, M. B. Admission of term infants to neonatal intensive care: A population based study. **Birth: Issues in Perinatal Care**, v. 34, n. December, p. 301–308, 2007.

VOLPE, F. M. Correlation of Cesarean rates to maternal and infant mortality rates: an ecologic study of official international data. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 5, p. 303–308, maio 2011.

WILMINK, F. A. et al. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 202, n. 3, p. 250.e1-250.e8, mar. 2010.

Artigo 3 – Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos no primeiro ano de vida: estudo de coorte

1. INTRODUÇÃO

Além dos possíveis desfechos adversos observados no parto (BELO et al., 2014; FERRARI et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; GUASCH et al., 2018), a literatura científica tem apontado, também, efeitos deletérios na primeira infância para crianças nascidas por operação cesariana, tais como: desmame precoce, asma, alergia e obesidade (SPYRIDES et al., 2008; BARROS et al., 2012; GABET et al., 2016). Porém, com exceção do desmame e da asma, os estudos não distinguem os desfechos em relação à cesárea eletiva e cesárea com indicação (HOBBS et al., 2016; TOLLÅNES et al., 2008).

Quanto ao efeito da cesárea eletiva sobre o aleitamento materno, foi publicada em 2012 revisão sistemática com metanálise, cujo resultado mostrou que as taxas de aleitamento materno de início precoce foram mais baixas depois da cesárea, em comparação com o parto vaginal, sendo esta redução ainda mais significativa para as cesáreas eletivas (PRIOR et al., 2012).

O efeito da cesárea eletiva sobre a amamentação foi também foco de estudo prospectivo desenvolvido em Calgary, Canadá, com seguimento até o quarto mês de vida dos bebês, concluindo que ao controlar as características sociodemográficas e de parto, a cesárea eletiva estava associada à cessação precoce da amamentação. Infere-se que o fato da cesárea ser realizada antes do início do trabalho de parto interfere na liberação de ocitocina e, consequentemente, na lactogênese, dificultando o início e manutenção da amamentação. Essa questão fisiológica repercute tanto entre mulheres que tiveram cesárea de emergência quanto no caso das eletivas, ambas antes do início do trabalho de parto. Porém, no referido estudo, mulheres que tiveram cesárea eletiva foram mais propensas a não terem a intenção de amamentar quando questionadas sobre o tema, o que somado às questões fisiológicas,

justificaria a associação entre cesárea eletiva e cessação precoce da amamentação (HOBBS et al., 2016).

Com relação à asma, estudo desenvolvido na Noruega com dados coletados em banco oficial, cujo objetivo foi explorar possíveis associações entre parto cesárea e desenvolvimento tardio da doença, concluiu que há risco aumentado de crianças nascidas por cesárea eletiva desenvolverem asma, quando comparadas àquelas nascidas por parto vaginal. Os autores não chegaram a uma explicação consistente para essa associação. Trouxeram como hipótese o fato da criança nascida por cesárea não ter tido contato com a microbiota vaginal materna, sendo que esta situação estaria relacionada ao aumento do risco de asma na infância, pela não exposição do bebê às bactérias do canal de parto, que tem papel importante na estimulação e maturação do sistema imunológico do recém-nascido (TOLLÅNES et al., 2008).

Outros estudos também trazem associação significativa entre risco de asma e cesárea, com algumas particularidades. Estudo de coorte desenvolvido na Noruega revela aumento do risco para crianças até três anos, sem alteração do risco quando se diferenciou cesárea eletiva e com indicação (MAGNUS et al., 2011); em estudo de coorte realizado na Dinamarca, houve associação entre cesárea e asma em crianças maiores de seis anos, sendo esta associação mais forte para crianças nascidas por cesárea antes da rotura de membrana (SEVELSTED; STOKHOLM; BISGAARD, 2016).

Outro estudo coorte, realizado por pesquisadores da Grécia, cujo objetivo foi investigar a associação entre qualquer tipo de cesárea e atopias, concluiu que esse tipo de parto está associado a risco aumentado de desenvolvimento de alergia alimentar na infância, não sendo associada a dermatite atópica (PAPATHOMA et al., 2016).

No que se refere ao crescimento, estudo de coorte desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, cujo seguimento dos bebês durou nove meses, apontou que lactentes nascidos por cesárea tenderam a ter velocidade de ganho de peso maior que lactentes nascidos por parto

vaginal (SPYRIDES et al., 2008). Outro estudo de coorte desenvolvido no Maranhão, que objetivou avaliar o efeito da cesárea sobre o índice de massa corpórea de crianças com idade entre um e três anos, não observou efeito causal entre as referidas variáveis estudadas (CAVALCANTE; SILVA; SIMÕES, 2017).

No Sul do Brasil, estudo de coorte apontou que nascer por cesárea não parece levar a aumento importante do risco de obesidade na infância, apesar de, ao analisar separadamente meninos e meninas, ter ocorrido associação significativa para meninos de quatro anos que nasceram por cesárea, após ajuste para as variáveis de confusão (BARROS et al., 2012).

Já em estudo censitário, transversal, integrante do projeto denominado Saúde de Menores de Cinco Anos e de Adolescentes Residentes nos Municípios de Caracol e Anísio de Abreu, Piauí, Brasil, ter realizado cesariana foi associado ao excesso de peso na infância, assim como as variáveis maior escolaridade materna e maior índice de bens (RAMOS; DUMITH; CÉSAR, 2015).

Considerando-se a lacuna na literatura em relação aos efeitos deletérios da cesárea eletiva na infância e a escassez de estudos sobre esses efeitos especificamente no primeiro ano de vida, propõe-se o presente estudo, cuja hipótese é: o efeito da cesárea eletiva é negativo para a criança no primeiro ano de vida, quando comparado ao efeito do parto vaginal, ao considerar desfechos selecionados.

2. OBJETIVO

Verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos: interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, desmame, alterações no crescimento, infecções respiratórias e atopia no primeiro ano de vida.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento

Trata-se de estudo de coorte, que integra o estudo CLaB (Coorte de Lactentes de Botucatu), ampla pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Processo 2015/03256-1) intitulada “Saúde da Criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista”.

3.2. Local de realização do estudo

O município de Botucatu situa-se no estado de São Paulo, região centro-sul, com população estimada de 144.820 habitantes para o ano de 2018 (IBGE, 2018) e faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios (OLIVEIRA et al., 2013).

Quanto à assistência ao parto no Sistema Único de Saúde, o município conta, atualmente, com um Hospital-Escola e, para assistência às gestantes conveniadas e particulares, um Hospital Privado (OLIVEIRA et al., 2013). Para atendimento na primeira semana de vida, além de Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional, Saúde da Família e Policlínicas, há no município unidade de atenção primária de triagem neonatal, cuja finalidade é assistir a todas as crianças nascidas no município, tanto no serviço público quanto no privado, promovendo a saúde integral do binômio mãe/bebê. Destaca-se que o serviço de triagem tem alta cobertura (acima de 90%) (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2012).

3.3 Participantes do estudo

A amostra da pesquisa original foi composta por todos os binômios mãe/bebê que passaram por consulta médica ou de enfermagem na unidade de triagem neonatal no período definido para o recrutamento (julho de 2015 a fevereiro de 2016) e estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, totalizando 650 mães e 656 bebês.

Destes binômios captados, 585 completaram o acompanhamento ao final de 12 meses (10,8% de perdas de seguimento). Para as análises deste estudo, foram considerados 499 mães/bebês.

Foram utilizados como critérios de elegibilidade: residir no município de Botucatu (zona urbana); bebês nascidos em uma das duas maternidades do município, independentemente da idade gestacional e peso ao nascer. As mães deveriam ter disponibilidade em receber as entrevistadoras para entrevista domiciliar.

3.4. Critérios de inclusão no grupo de recém-nascido por cesárea eletiva

Foram incluídos no grupo cesárea eletiva todos os recém-nascidos sem referência a qualquer indicação de parto cirúrgico no prontuário hospitalar. As seguintes situações foram consideradas indicações de cesárea: apresentação pélvica, placenta prévia, placenta baixa e acreta, HIV, iteratividade e herpes genital com lesão ativa (CONITEC, 2016).

3.5. Critérios de exclusão no estudo

Foram excluídos seis casos de gemelares (12 bebês), 43 de cesárea indicada e 31 casos com dados incompletos.

3.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em sete avaliações, por equipe devidamente capacitada, remunerada e supervisionada pela primeira autora deste artigo (responsável pela operacionalização do estudo CLaB). A captação dos participantes da pesquisa para inclusão na coorte deu-se na unidade de triagem neonatal, no primeiro mês de vida do bebê. Para tanto o projeto foi apresentado às mães que levaram seus filhos para o primeiro atendimento clínico após nascimento.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) iniciou-se a primeira entrevista e, ao termino, foram fornecidas orientações sobre a continuidade da pesquisa.

Para responder ao objetivo desta pesquisa foram utilizados dados coletados do primeiro ao sétimo momento de contato com o binômio. Elencam-se, a seguir, as informações coletadas em cada momento de seguimento das participantes e seus bebês:

Avaliação 1 - dados de identificação do binômio e referentes à história gestacional atual (coletados por meio de entrevista, na captação); ao parto e ao recém-nascido (coletados do prontuário da maternidade).

Avaliações 2 e 4 – por entrevista telefônica, no segundo e quarto mês de vida do bebê. Foram coletados dados sobre aleitamento materno.

Avaliações 3 e 5 a 7 – entrevista no domicílio, no terceiro mês, sexto, nono e 12º. mês de vida da criança. Foram coletados dados sobre aleitamento materno, infecção respiratória e/ou atopias diagnosticadas e crescimento (peso e comprimento).

Participaram da coleta de dados acadêmicas do curso de nutrição, pós-graduanda em enfermagem, bolsistas de treinamento técnico e prestadoras de serviços. As entrevistadoras foram devidamente capacitadas e supervisionadas para garantia da qualidade dos dados. A equipe de coleta e digitação dos dados foi composta por 22 pessoas, que se dividiram nas várias atividades: uma supervisora geral de campo; uma supervisora de coleta de dados; cinco entrevistadoras que conduziram as entrevistas na Unidade Neonatal; três entrevistadoras que conduziram as entrevistas em domicílio, cinco revisoras de consistência dos dados coletados; nove digitadoras, incluindo algumas daquelas entrevistadoras que conduziram as entrevistas de inclusão na coorte e dois membros da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva – UPESC, vinculada a Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, que deram apoio técnico e contribuíram com a organização e logística da coleta de dados.

Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados por estudos piloto, para ajustar as questões que poderiam apresentar

possíveis dificuldades. As máscaras para digitação dos dados foram construídas no software Epi Info versão 7.0 ® e também foram previamente testadas.

3.7. Variáveis em estudo e fonte de dados

Quadro 1 – Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos no primeiro ano de vida. Botucatu, 2017.

Variáveis	Fonte de dados
<u>Variáveis independentes</u>	
- Tipos de parto (parto vaginal e cesárea eletiva)	Prontuário
<u>Desfechos</u>	
- Interrupção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida (Não/Sim)	Entrevista
- Desmame no primeiro ano de vida (Sim/Não)	Entrevista
- Infecção respiratória: asma, bronquite, bronquiolite, pneumonia e/ou outras infecções respiratórias (Sim/Não)	Entrevista
- Atopias: rinite, riniconjuntivite, conjuntivite, dermatite, alergia alimentar e/ou outras atopias (Sim/Não)	Entrevista
- IMC* por idade: magreza e magreza acentuada (Sim/Não)	Entrevista
- IMC* por idade: sobrepeso e obesidade (Sim/Não)	Entrevista
<u>Covariáveis</u>	
- Idade materna menor que 20 anos (Sim/Não)	Entrevista
- Escolaridade materna < 8 anos (Sim/Não)	Entrevista
- Renda per capita $\leq$ 1 salário mínimo (Sim/Não)	Entrevista
- Cor materna não branca (Sim/Não)	Entrevista
- Não vive com companheiro (Sim / Não)	Entrevista
- Mãe não exerce trabalho remunerado (Sim / Não)	Entrevista
- Gestação não planejada (Sim / Não)	Entrevista
- Parto não realizado no SUS (Sim / Não)	Entrevista
- Idade gestacional ao nascer $\leq$ 38 semanas (Sim/Não)	Prontuário

*Índice de Massa Corpórea

Para identificação da renda *per capita* familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais e dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda; em seguida,

considerando-se o valor do salário mínimo à época da coleta de dados, classificou-se a renda per capita familiar em salários mínimos.

O estado nutricional foi classificado de acordo com o IMC segundo a idade. Para o cálculo do IMC e posterior classificação do escore z, os dados de peso e estatura dos bebês foram submetidos a análises de consistência e IMC/idade através do programa AnthroPlus®. Os pontos de corte para a classificação do bebê quanto ao IMC seguiram as recomendações da OMS: magreza acentuada ($< \text{Escore-z } -3$), magreza ($> \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$), eutrofia ($> \text{Escore-z } -2$ e $< \text{Escore-z } +1$), risco de sobrepeso ($> \text{Escore-z } +1$ e $< \text{Escore-z } +2$), sobrepeso ($> \text{Escore-z } +2$ e $< \text{Escore-z } +3$) e obesidade ($> \text{Escore-z } +3$) (BRASIL, 2008).

3.8. Análise Estatística

Modelos de regressão de cox múltiplo foram ajustados para os desfechos em função do tipo de parto, incluindo todas as covariáveis. Em seguida, reajustaram-se os modelos, incluindo somente covariáveis com níveis descritivos abaixo de 0,20 ($p < 0,20$). Relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$. Análises foram realizadas com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

3.9. Cuidados para Redução de Erro não Sistemático de Informação

A integridade das entrevistas foi verificada em amostra aleatória de 5% dos participantes, por intermédio de reentrevista realizadas por telefone pela supervisora de campo. Os bancos de dados foram checados, as inconsistências verificadas nos questionários e, em seguida, as correções foram realizadas nos bancos sempre que pertinente.

3.10. Procedimentos Éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa local e aprovado para execução (CAAE: 37337314.3.0000.5411). As mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS

Do total 499 mães/bebês que compuseram a amostra deste estudo, 260 mães (52,1%) tiveram parto vaginal e 239 (47,9%) foram submetidas à cesárea eletiva.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e gestacionais das mulheres, e idade gestacional dos bebês ao nascer, segundo tipo de parto.

Tabela 1 – Descrição das características sociodemográficas e gestacionais maternas e idade gestacional dos bebês ao nascer por tipo de parto (parto vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Parto Vaginal (n=260)		Cesárea Eletiva (n=239)	
	N	%	N	%
Idade				
até 19	49	18,8	28	11,7
20 ou mais	211	81,2	211	88,3
Escolaridade (anos de aprovação)				
até 7	32	12,3	13	5,4
8 ou mais	288	87,7	266	94,6
Cor				
Não branca	106	40,7	80	33,4
Branca	154	59,3	159	66,6
Vive com companheiro				
Sim	219	84,2	219	91,6
Não	41	15,8	20	8,4
Trabalho remunerado				
Sim	132	50,7	162	67,8
Não	128	49,3	77	32,2
Renda familiar per capita				
Até um salário mínimo	239	91,9	155	64,8
> um salário mínimo	21	8,1	84	35,2
Gestação planejada				
Sim	111	42,7	133	55,6
Não	149	57,3	106	44,4
Parto não SUS				
Sim	23	8,8	142	59,4
Não	237	91,2	97	40,6
IG ao nascer ≤ 38semanas				
Sim	78	30,0	122	51,0
Não	182	70,0	117	49,0

Sobre as características maternas e idade gestacional do bebê ao nascer em função do tipo de parto, destaca-se que o parto vaginal foi predominante nos seguintes grupos de

mulheres: com idade de 20 anos ou mais, escolaridade de oito anos ou mais, cor branca, que vivem com companheiro, que exercem trabalho remunerado, com renda familiar *per capita* de até um salário mínimo, com gestação não planejada e cujo parto foi realizado no SUS; o parto vaginal foi também mais frequente entre recém-nascidos com idade gestacional no parto igual ou superior a 38 semanas. (Tabela 1).

Com relação a cesárea eletiva, observa-se maior prevalência entre as seguintes mulheres: idade igual a 20 anos ou mais, escolaridade de oito anos ou mais, de cor branca, que vivem com companheiro, que exercem trabalho remunerado, com renda familiar *per capita* de até um salário mínimo, cuja gestação foi planejada e com parto não realizado no SUS; quanto aos bebês, com maior frequência tinham idade gestacional ao nascer menor ou igual a 38 semanas (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a descrição dos desfechos no primeiro ano de vida dos bebês segundo tipo de parto.

Tabela 2 – Descrição dos desfechos apresentados pelos bebês no primeiro ano de vida por tipo de parto (parto vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Parto Vaginal		Cesárea Eletiva	
	N	%	N	%
Aleitamento materno exclusivo até seis meses	78	62,4	47	37,6
Desmame no primeiro ano de vida	152	48,9	159	51,1
Infecção respiratória no primeiro ano de vida	80	53,7	69	46,3
Atopia no primeiro ano de vida	65	52,8	58	47,2
Alteração de crescimento no primeiro ano de vida	111	49,7	112	50,3

Dentre os bebês que receberam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida (n=125, que corresponde a 25,0% dos bebês que compuseram o estudo), 62,4% nasceram por parto vaginal e 37,6% cesárea eletiva; dentre os que desmamaram no primeiro ano de vida, 51,1% nasceram por cesárea eletiva. Quanto àqueles que tiveram infecção respiratória no primeiro ano de vida, 53,7% nasceram por parto vaginal; dentre os que tiveram atopia, 52,8% nasceram por esse mesmo tipo de parto e 50,3% dos bebês nascidos por cesárea eletiva

tiveram alteração de crescimento: magreza ou magreza acentuada ou sobrepeso ou obesidade (Tabela 2).

A seguir, apresentam-se as análises para verificar o efeito dos tipos de parto e a influência das covariáveis sobre os desfechos selecionados no primeiro ano de vida.

Tabela 3 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade menor que 20 anos	0,94	0,71	1,26	0,698
Cor não branca	1,09	0,88	1,34	0,417
Não vive com companheiro	1,13	0,84	1,52	0,405
Não exerce trabalho remunerado	0,81	0,65	1,00	0,050
Escolaridade menor 8 anos	0,88	0,60	1,28	0,501
Renda per capita $\leq$ 1 salário mínimo	0,96	0,75	1,23	0,770
Gestação não planejada	0,98	0,80	1,19	0,826
Parto não SUS	1,15	0,93	1,43	0,176
Idade gestacional ao nascer $\leq$ 38 semanas	1,02	0,83	1,26	0,825
Cesárea eletiva	1,15	0,93	1,40	0,183

De acordo com a Tabela 3, as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) e, por isso, mantidas no modelo ajustado (Tabela 4), foram trabalho materno e local do parto.

Tabela 4 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Não exerce trabalho remunerado	0,83	0,66	1,04	0,105
Parto não SUS	1,03	0,80	1,34	0,786
Cesárea eletiva	1,09	0,86	1,39	0,473

A interrupção do aleitamento materno exclusivo antes do sexto mês de vida não se associou à cesárea eletiva ($p = 0,473$, $RR = 1,09$, $IC95\%$ 0,86-1,39) (Tabela 4).

Tabela 5 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e desmame no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade menor que 20 anos	0,83	0,60	1,15	0,273
Cor não branca	0,96	0,76	1,21	0,732
Não vive com companheiro	0,94	0,66	1,33	0,727
Não exerce trabalho remunerado	0,81	0,65	1,03	0,089
Escolaridade menor 8 anos	0,77	0,50	1,18	0,233
Renda per capita $\leq$ 1 salário mínimo	0,92	0,70	1,20	0,526
Gestação não planejada	0,93	0,74	1,15	0,501
Parto não SUS	1,19	0,94	1,50	0,143
Idade gestacional ao nascer $\leq$ 38 semanas	1,06	0,84	1,33	0,615
Cesárea eletiva	1,13	0,91	1,42	0,255

De acordo com a Tabela 5, as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) e, por isso, mantidas no modelo ajustado (Tabela 6), foram trabalho materno e local do parto.

Tabela 6 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e desmame no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Não exerce trabalho remunerado	0,85	0,66	1,08	0,190
Parto não SUS	1,09	0,82	1,45	0,551
Cesárea eletiva	1,06	0,81	1,38	0,675

O desmame no primeiro ano de vida não se associou à cesárea eletiva ($p = 0,675$, $RR = 1,06$, $IC95\%$ 0,81-1,38) (Tabela 6).

Tabela 7 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e infecção respiratória no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade menor que 20 anos	0,85	0,53	1,36	0,498
Cor não branca	1,16	0,84	1,61	0,355
Não vive com companheiro	1,38	0,89	2,13	0,150
Não exerce trabalho remunerado	0,84	0,60	1,17	0,302
Escolaridade menor 8 anos	1,56	0,97	2,50	0,063
Renda per capita $\leq$ 1 salário mínimo	1,42	0,82	1,92	0,283
Gestação não planejada	1,38	0,99	1,91	0,053
Parto não SUS	1,08	0,77	1,52	0,634
Idade gestacional ao nascer $\leq$ 38 semanas	1,06	0,77	1,47	0,703
Cesárea eletiva	0,94	0,68	1,29	0,698

Infecção respiratória no primeiro ano de vida não foi associada à cesárea eletiva (Tabela 7). Ao ajustar o modelo para as variáveis cujo $p < 0,20$ (escolaridade, não vive com

companheiro e gestação não planejada) nenhuma associação mostrou significância estatística (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e infecção respiratória no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Escolaridade menor 8 anos	1,44	0,88	2,33	0,140
Não vive com companheiro	1,20	0,76	1,90	0,417
Gestação não planejada	1,31	0,93	1,83	0,116
Cesárea eletiva	1,01	0,73	1,41	0,930

Para as análises subsequentes de alteração de crescimento relacionada ao tipo de parto, a amostra foi reduzida para n=418, pois dentre os 499 bebês que tinham todas as informações coletadas, 418 nasceram com IMC para idade classificado como eutrófico. Optou-se por investigar a associação de alteração de crescimento dos bebês nascidos eutróficos, para se verificar o efeito do tipo de parto sobre aqueles que nasceram em condição padrão de IMC.

Na Tabela 9 observa-se associação entre alteração de crescimento (escore IMC>+2: sobrepeso e obesidade) e idade, renda familiar per capita, não viver com companheiro e local do parto (p<0,20).

Tabela 9 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e alteração de crescimento (escore IMC> +2) no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%		P
Idade menor que 20 anos	0,59	0,30	1,15	0,124
Cor não branca	0,81	0,54	1,24	0,343
Não vive com companheiro	1,74	0,97	3,13	0,063
Não exerce trabalho remunerado	0,93	0,60	1,44	0,746
Escolaridade menor 8 anos	0,48	0,75	3,42	0,487
Renda per capita ≤ 1 salário mínimo	1,54	0,87	2,71	0,136
Gestação não planejada	1,16	0,77	1,75	0,475
Parto não SUS	0,56	0,88	2,75	0,121
Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas	1,04	0,68	1,60	0,832
Cesárea eletiva	1,07	0,65	1,74	0,791

Ao ajustar o modelo, também não se observou associação entre alteração de crescimento (sobrepeso e obesidade) e cesárea eletiva (Tabela 10).

Tabela 10 – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e alteração de crescimento (escore IMC>+2) no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017

Variável	RR	IC95%	P
Idade menor que 20 anos	0,60	0,31 1,53	0,126
Não vive com companheiro	1,69	0,96 1,98	0,068
Renda <i>per capita</i> ≤ 1 salário mínimo	1,48	0,87 2,53	0,144
Parto não SUS	1,55	0,94 2,58	0,086
Cesárea eletiva	1,15	0,71 1,84	0,564

Com relação às atopias no primeiro ano de vida, nenhuma associação significativa foi constatada (dados não mostrados em tabela).

Ao investigar a associação entre alteração de crescimento cujo escore de IMC<-2 (magreza e magreza acentuada) e tipos de parto (cesárea eletiva e parto vaginal), considerando-se as covariáveis, observou-se associação ($p<0,20$) com renda familiar *per capita* menor ou igual a um salário mínimo ($p=0,117$; RR=2,03; IC95%=0,83-4,95). Após ajuste, nenhuma associação significativa foi encontrada (dados não apresentados em tabela).

5. DISCUSSÃO

Dentre os desfechos estudados, não se observou associação significativa com tipo de parto. Ou seja, nascer de parto vaginal ou cesárea eletiva não exerceu influência sobre as variáveis estudadas (interrupção do aleitamento materno exclusivo até sexto mês de vida, desmame no primeiro ano, infecções respiratórias, atopias e alterações do crescimento).

Quanto à relação entre desmame e o tipo de parto, estudo prospectivo desenvolvido no Canadá traz que mulheres submetidas a cesárea eletiva são mais propensas ao desmame nas primeiras 12 semanas pós-parto que mulheres cujo parto foi vaginal (OR = 1,61; IC95%=1,14- 2,26; $p = 0,014$) (HOBBS et al., 2016). Estudo de coorte desenvolvido na China cujo objetivo foi determinar os efeitos potenciais da cesárea (sem distinção entre eletiva e indicada) sobre a prática e duração do aleitamento materno também revela que bebês nascidos por cesárea desmamaram antes que bebês nascidos por parto vaginal (OR=1,40; IC95%=1,06-1,84; $p<0,05$) (CHEN et al., 2018).

Tal associação não foi observada no presente estudo, em que bebês nascidos por cesárea eletiva não tiveram risco aumentado para desmame no primeiro ano de vida quando comparados aos nascidos via parto vaginal (RR=1,06; IC95%=0,81-1,38; p=0,675). Uma das hipóteses que justifica este achado pode estar relacionada à medida de associação empregada para as análises da presente pesquisa (risco relativo - RR) que foi diferente dos estudos supracitados (*odds ratio* - OR).

Apesar de não se ter obtido associação estatisticamente significativa, ressalta-se a relevância clínica deste achado: 311 (62,3%) bebês foram desmamados ao final do primeiro ano de vida e, dentre estes, 51,1% nasceram por cesárea eletiva. Estudo de tendência temporal com dados secundários de inquéritos nacionais brasileiros revela que, no ano de 2013, 54,4% dos bebês foram desmamados no primeiro ano de vida (BOCCOLINI et al., 2017). Nos Estados Unidos, de acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças do país, no ano de 2015 a prevalência de desmame foi de 64,1% no primeiro ano de vida (CDC; 2018), dado semelhante ao deste estudo.

Diante desta realidade, é importante estratégias para o incentivo do início precoce e manutenção da amamentação e, para isso, faz-se necessário considerar os fatores determinantes do desmame no Brasil: conhecimento inadequado sobre as vantagens e a duração do aleitamento materno, falta de participação das gestantes e lactantes nos programas de incentivo a amamentação, mães com baixa escolaridade, primiparidade e falta de experiência com amamentação, dificuldade para iniciar a amamentação logo após o nascimento, traumas mamilares, doença da mãe que exige uso de medicamentos, uso de chupeta e trabalho fora do domicílio (MORAIS et al., 2017).

Sobre o aleitamento materno exclusivo, cuja associação com tipo de parto também não foi significativa neste estudo, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam que esta prática deve permanecer durante os

primeiros seis meses de vida da criança (DANTAS et al., 2017). A nutrição complementar deve ser iniciada após esse período, em conjunto com a amamentação e manter-se, preferencialmente até os dois anos de vida da criança, pelo fato revelar-se importante para saúde física e psíquica do binômio (MORAIS et al., 2017).

Na presente pesquisa, 74,9% dos bebês não foram amamentados exclusivamente até o sexto mês de vida, sendo que dentre os que não receberam AME até o sexto mês, 48,7% nasceram por parto vaginal e 51,3% por cesárea eletiva.

Estudo desenvolvido no município do Rio de Janeiro, cujo objetivo foi analisar os fatores associados ao AME, traz que 60,7% dos bebês nascidos por parto vaginal e 53,0% dos bebês nascidos por cesárea foram amamentados exclusivamente no primeiro semestre de vida, sem distinção entre cesárea indicada e cesárea eletiva, sendo que a prevalência geral de AME foi de 58,1% (PEREIRA et al., 2010). Estudo de coorte desenvolvido na região nordeste do Brasil, que buscou identificar fatores associados com cessação precoce do AME também não encontrou associação significativa com tipo de parto (VIEIRA et al., 2014). Apesar de terem sido desenvolvidos na mesma região brasileira, a prevalência de AME da presente pesquisa é, aproximadamente, duas vezes menor que a observada no estudo realizado no Rio de Janeiro.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, apontam que a prevalência de AME até o sexto mês de vida, no Brasil, foi de 36,6% (BOCCOLINI et al., 2017). Percebe-se, desta forma, que a taxa de AME (25,1%) da população estudada também está aquém da prevalência verificada em âmbito nacional.

Pelo exposto, fica evidente a necessidade de ações educativas específicas voltadas às mães, independente do tipo de parto, a fim de estimular o aleitamento materno, intervenções essas que devem se fazer presentes desde o pré-natal, abordando, dentre outras questões, as vantagens/desvantagens, indicações/não indicações de cada tipo de parto e as consequências destes para o binômio.

Sobre as demais variáveis estudadas (infecções respiratórias e atopias), cuja associação estatística também não foi significativa, pode-se levantar a hipótese de que as cesáreas eletivas, no contexto estudado, estão sendo realizadas de modo geral em momento oportuno (idade gestacional igual ou superior a 39 semanas). Estudos mostram que há diminuição importante da chance de eventos adversos, como os citados, quando a cesárea eletiva é realizada após 39 semanas gestacionais (CÂMARA et al., 2016; SPONG, 2013).

Frente a esse dado, em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) adotou o marco de 39 semanas de idade gestacional como período em que se inicia a gestação a termo. Esta mudança ocorreu após análises de estudos pelo “*Defining Term Pregnancy Workgroup*”, organizado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, que aponta, dentre outras questões, dificuldades respiratórias e alimentares entre bebês que nascem entre 37 e 38 semanas (SPONG, 2013; FIOCRUZ, 2016).

Outra hipótese é a de que o pouco tempo de seguimento desta pesquisa (um ano) não tenha sido suficiente para identificar alterações de crescimento relacionadas aos tipos de parto (outra associação não significativa neste estudo), visto que estudos publicados trazem essa associação a médio e longo prazo (primeira infância e adolescência) (BARROS, et al., 2012; RAMOS; DUMITH; CÉSAR, 2015).

Limitações do estudo

O presente estudo reflete as condições sociodemográficas e de saúde de um município do interior paulista. Por isso, a generalização para outras populações deve considerar as particularidades de uma cidade de médio porte.

Seria interessante ter explorado a relação da saúde mental materna com os tipos de parto e a possível associação com os desfechos investigados. Alguns potenciais confundidores não explorados podem ter impacto sobre as análises, como tipo de alimento introduzido precocemente, paridade e cesárea eletiva realizada antes ou após início do trabalho de parto.

6.CONCLUSÃO

Este estudo suporta a conclusão de que as cesáreas eletivas, na população estudada, não estão negativamente relacionadas com a duração da amamentação, infecção respiratória, atopia e alteração de crescimento, o que refuta a hipótese apresentada nesta pesquisa.

Pelos resultados encontrados, sugere-se que a equipe de saúde deve apoiar as mães, independente do tipo de parto, desde o pré-natal, com o intuito de aumentar sua confiança com relação à amamentação. Entretanto, considerando a prevalência dos achados, as gestantes devem ser informadas sobre o potencial efeito da cesárea eletiva nas práticas alimentares infantis.

Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos, com maior tempo de seguimento, para melhor compreensão das relações investigadas neste estudo.

7.REFERÊNCIAS

BARROS, F. C. et al. Cesarean section and risk of obesity in childhood, adolescence, and early adulthood: evidence from 3 Brazilian birth cohorts. **Am J Clin Nutr**, v. 95, n. 2, p. 465–470, 2012.

BELO, M. N. M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 1, p. 65–72, mar. 2014.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 108, 27 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. (2008) Incorporação da curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Brasília, DF

CÂMARA, R. et al. Cesarean section by maternal request. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, n. 4, p. 301–310, ago. 2016.

CAVALCANTE, L. F. P.; SILVA, A. A. M.; SIMÕES, V. M. F. Parto cesáreo e índice de massa corporal em crianças entre 1 e 3 anos de idade: análise de efeito causal. [tese] 2017 [acesso 26 jul 2018]. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1808>

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding rates [Internet]. 2018 [acesso 06 dez 2018]. Disponível em: https://nccd.cdc.gov/dnpao_dtm/rdPage.aspx?rdReport=DNPAO_DTM.ExploreByTopic&isl

Class=BF&islTopic=BF1&go=GO

CHEN, C. et al. Effects of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. **Journal of Human Lactation**, p. 089033441774143, 24 jan. 2018.

CONITEC. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. (2016): Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar;179:1-115.

DANTAS, D. D. S. et al. Associação entre amamentação , fatores obstétricos e o desenvolvimento infantil de crianças do interior do nordeste brasileiro. v. 27, n. April, p. 158–165, 2017.

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 75-88, jan-mar 2016.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisadora comenta resolução que adota marco de 39 semanas de gravidez para cesárea [Internet] 2016 [acesso 04 Jun 2018]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisadora-comenta-resolucao-que-adota-marco-de-39-semanas-de-gravidez-para-cesarea>

GABET, S. et al. Allergic sensitisation in early childhood: patterns and related factors in Paris birth cohort. **Int Jour of Higiene and Evironmental Health**, v. 219, n. 8, p. 792-800, nov. 2016.

GUASCH, X. D. et al. Prematuridad tardía: una población de riesgo. **Clín investig ginecol obstet**, v. 45, n. 1, p. 17-23, 2018.

HOBBS, A. J. et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, p. 90, 26 dez. 2016.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º. de julho de 2018 [Internet]. 2018 [acesso 04 jan 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>

MAGNUS, M. C. et al. Delivery by Cesarean Section and Early Childhood Respiratory Symptoms and Disorders: The Norwegian Mother and Child Cohort Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 174, n. 11, p. 1275–1285, 1 dez. 2011.

MORAIS, M. B. DE et al. Hábitos e atitudes de mães de lactentes em relação ao aleitamento natural e artificial em 11 cidades brasileiras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 39–45, mar. 2017.

OLIVEIRA R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2:[08 telas], 2013.

OLIVEIRA, L. L. DE et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382–389, jun. 2016.

PAPATHOMA, E.; TRIGA, M.; FOUZAS, S.; DIMITRIOU, G. Cesarean section delivery and development of food allergy and atopic dermatitis in childhood. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 27, n. 4, p. 419-24, 2016.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2343–2354, dez. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu/SP; 2012

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **Am J Clin Nutr**, v. 95, n. 5, p. 1113-11135, mai. 2012.

RAMOS, C. V; DUMITH, S. C.; CÉSAR, J. A. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 2, p. 175–182, mar. 2015.

SEVELSTED, A.; STOKHOLM, J.; BISGAARD, H. Risk of Asthma from Cesarean Delivery Depends on Membrane Rupture. **The Journal of Pediatrics**, v. 171, p. 38–42.e4, abr. 2016.

SPONG, C. Y. Defining "Term" Pregnancy: recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. **JAMA**, v. 309, n. 23, p. 2445-6, 2013.

SPYRIDES, M. H. C. et al. Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: a prospective study using nonlinear mixed effect models. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 3, p. 237–243, 30 maio 2008.

TOLLÂNES, M. C. et al. Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. **The Journal of Pediatrics**, v. 153, n. 1, p. 112–116.e1, jul. 2008.

VIEIRA, T. O. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 175, 26 dez. 2014.

6. Discussão

A cesárea tem sido muito frequente em mulheres, principalmente dentre aquelas com melhores condições socioeconômicas, mesmo em situações em que não há indicação materna ou fetal para tal. Por estar relacionada a melhores condições financeiras, a população de modo geral tem relacionado este procedimento ao que seria um bom padrão de atendimento (DOMINGUES et al., 2014). Esta tese contribui com essa afirmativa, visto que dentre as mulheres que realizaram cesárea eletiva a maioria trabalhava, vivia com companheiro e o procedimento cirúrgico foi realizado em hospital privado/conveniado.

Pode-se inferir que os bebês destas mulheres, apesar de terem melhores condições sociais e econômicas, estão mais expostos a eventos adversos ao nascer e no primeiro ano de vida, como maior risco de não terem contato pele a pele ao nascer, de não serem amamentados na primeira hora de vida, de internação em UTI/UCI e tempo de internação prolongado.

Para atuar, principalmente junto a este grupo, é preciso compreender o que está por traz do aumento da taxa de cesárea. Uma das razões apontadas para o aumento das cesarianas, tanto no Brasil quanto em outros países, tem sido a escolha das mulheres por esse tipo de parto (NIH, 2006). Estudo de coorte nacional de base hospitalar mostra que, no setor público, a proporção de mulheres que desejavam ter cesárea se manteve constante ao final da gestação. Já no setor privado houve aumento de mais de 70% de mulheres que decidiram pela cesárea no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações (DOMINGUES et al., 2014). Os principais fatores determinantes para a preferência pela cesárea perpassam pelo medo da dor (prolongada e oriunda das contrações) e influência médica (COPELLI et al., 2015).

Revisão de literatura baseada nas novas recomendações da OMS acerca de práticas não clínicas para redução da cesárea desnecessária, mostra que as seguintes intervenções

impactaram para a redução da cesárea e aumento do parto vaginal: oficina de treinamento para o parto apenas para mulheres e também para o casal, oficina de relaxamento realizada por enfermeiros e atividades de psicoeducação. Intervenções voltadas especificamente aos profissionais da saúde não trouxeram evidências suficientes. Pouca redução na taxa de cesárea foi observada quando houve uma segunda opinião médica e em situações em que se realizavam auditorias das cesáreas (CHEN et al., 2018).

A despeito de todos os esforços públicos, com a elaboração de políticas públicas cujo intuito é promover a assistência segura e esclarecida ao parto, e também diante das evidências científicas que mostram os efeitos deletérios para o binômio da cesárea realizada sem indicação a curto, médio e longo prazos, percebe-se que o aconselhamento e suporte durante o acompanhamento das gestantes não tem sido efetivos para redução das taxas de cesáreas desnecessárias, principalmente no setor privado, em que um movimento contrário é identificado: mulheres que iniciam o pré-natal com o desejo de parto vaginal, mas ao final são induzidas à cesárea (DOMINGUES et al., 2014; WEIDLE et al., 2014; COPELLI et al., 2015).

Explicações para este fenômeno perpassam pela esfera cultural, qualidade da formação profissional, protagonismo do obstetra, modelo biomédico, pagamento por procedimento, medicalização, conveniência e praticidade médica (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Outro ponto refere-se a qualidade da assistência ao parto que também corrobora para a tomada de decisão sobre o tipo de parto. Experiências anteriores próprias e de outras mulheres, medo de não conseguir atendimento e de serem atendidas de forma desumana são algumas justificativas apresentadas para a não realização do parto vaginal. Estudos sob a perspectiva da qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto ainda são incipientes, sendo necessário aprofundar os conhecimentos sobre essas dimensões (CÂMARA et al., 2016; DOMINGUES et al., 2014).

Percebe-se que, no setor privado, onde a taxa de cesárea gira em torno de 90%, a mulher tem autonomia (esclarecida ou não, por influência médica ou não) para escolher o seu tipo de parto. Já as mulheres que procuram o setor público, submetem-se às rotinas instituídas, não tendo o direito da autonomia de decisão da sua melhor forma de parir. Tem-se, então, de um lado, mulheres submetidas a cesárea muitas vezes por terem acesso a informações equivocadas e por se depararem com profissionais que infringem os princípios éticos e bioéticos; de outro, mulheres que têm seu direito a autonomia violado pela imposição da via de parto.

Ou seja, independente do local de pré-natal, do parto e de características socioeconômicas, as mulheres, de modo geral, não tem sido respeitadas neste momento em geral, muito esperado, íntimo e sonhado de suas vidas. Essa “desumanização” da atenção à gestante/parturiente pode trazer consequências indesejáveis ao binômio, tanto fisiológicas quanto psicológicas.

7. Considerações finais

Foi possível, com o desenvolvimento desta tese, confirmar as hipóteses de que o referencial CONITEC conta com a maior taxa de cesárea eletiva e melhores resultados perinatais decorrentes do parto vaginal e que o efeito da cesárea eletiva é negativo para a criança no período perinatal (associação significativa com aleitamento materno na primeira hora, contato pele a pele, internação em UTI/UCI e tempo de internação).

Durante o acompanhamento gestacional é imprescindível que a gestante seja orientada quanto aos tipos de parto, indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens de cada um, para que ela possa ter autonomia para a tomada de decisão.

Neste sentido, mudanças no modelo de atenção à gestante precisam ser prioridade de todos os envolvidos. As recomendações das políticas públicas em saúde devem sair da esfera do que é preconizado e serem realmente efetivadas. Dessa forma, espera-se garantir à mulher e seu conceito o direito ao parto seguro e humanizado, seja este vaginal ou cesárea. O importante é que esta decisão seja tomada de forma livre e realmente esclarecida, baseada nos princípios éticos e científicos.

Vale ressaltar que, pelos achados desta pesquisa, o parto vaginal continua sendo a melhor forma para se nascer, desde que não haja risco para o binômio. Desta maneira, eventos deletérios no período perinatal poderão ser evitados.

8. Referências

- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-22, ago. 2010.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entram em vigor novas regras para o parto na saúde suplementar [Internet]. 2015 [acesso 11 mai 2017]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Campanha reforça alerta sobre cesáreas desnecessárias [Internet]. 2015 [acesso 07 jan 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3122-campanha-reforca-alerta-sobre-cesareas-desnecessarias>
- ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOSO, B. R. G. O.; VIEIRA CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev bras enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014.
- BLUSTEIN, J.; LIU, J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. **BMJ**, 350:h2410, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.816, de 29 de maio de 1998. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 865, de 03 de julho de 1999. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 466, de 14 de junho de 2000. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Manual Técnico – Método Canguru. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. (2016): Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar;179:1-115.
- BISCESKI, A.; RODRIGUES, D. R. S.; SIMON, J.; SILVA, M. P. L.; ENGEL, M. E.; COVATTI, P; et al. Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. **Rev enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 79-88, 2012.
- CÂMARA, R. et al. Cesarean section by maternal request. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, n. 4, p. 301–310, ago. 2016.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, S. E. M.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. N. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev serv public**, Brasília. v. 65, n. 2, p. 227-44, abr-jun 2014.

CONITEC. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar 2016, n. 179, p. 1-115.

CHEN, I. et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database Syst Rev**, 2018, issue 9. art. no.: CD005528. DOI: 0.1002/14651858.CD005528.pub3.

COPELLI, F. H. S.; ROCHA, L.; ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, F. R. P.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 336-43, abr-jun 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S101–S116, ago. 2014.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Cesarianas – indicações [Internet]. 2002 [acesso 10 maio 2016]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 75-88, jan-mar 2016.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Cronologia histórica da saúde pública [Internet]. 2017 [acesso 07 jan 2019]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

HCFMB. Há 50 anos fazendo história [Internet]. 2017 [acesso 04 junho 2018]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/hcfmb-ha-50-anos-fazendo-historia/>

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Relatório nacional de acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. 2014 [acesso 08 dez 2018]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf

ONU – Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. 2015 [acesso 08 dez 2018]. Disponível em: https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf

PENSI – Pesquisa e ensino em saúde infantil. Os primeiros 1000 dias [Internet]. 2016 [acesso 14 ago 2017]. Disponível em: <http://www.primeiros1000dias.com.br/>

LEAL, M. C., et al: Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa [Internet]. 2014 [acesso 10 set 2016]. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf

NASCER NO BRASIL. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Internet]. 2014 [acesso 10 set 2016]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/introducao-e-justificativa/>

NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens Sci Statements 2006; 23:1-29.

OLIVEIRA R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2:[08 telas], 2013.

PASTORAL DA CRIANÇA. Toda gestação dura 1000 dias [Internet]. 2016 [acesso 14 ago 2017]. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/1000-dias>

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu/SP; 2012

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

SEADE. Portal de estatísticas do Estado de São Paulo. Perfil dos municípios paulistas [Internet]. 2018 [acesso 07 jan 2019]. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/#2>

SVS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal [Internet] 2018 [acesso 20 out 2018]. Disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 459-68, set. 2010.

SOUZA, P. J.; PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Suppl:51-3.

UNA-SUS. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea [Internet]. 2015 [acesso 04 set 2017]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>

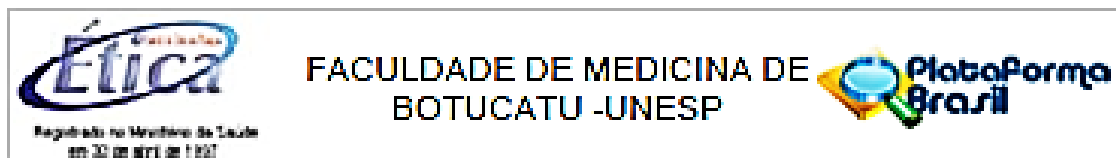
WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q; BOSCO, S. M. D. Escolha da vida de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

WHO. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section [Internet]. 2018 [acesso 13 dez 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>

YUAN, C. et al. Association between cesarean birth and risk of obesity in offspring in childhood, adolescence and early adulthood. *JAMA Pediatr*, v. 170, n. 11, nov 2016.

ANEXOS

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida de crianças residentes em Botucatu/SP: um estudo de coorte

Pesquisador: Anna Paula Ferrari

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37337314.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 893.396

Data da Relatoria: 30/11/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto pendente em reunião do CEP realizada no dia 03/11/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os os efeitos deletérios da cesárea eletiva no primeiro ano de vida de crianças nascidas no município de Botucatu.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

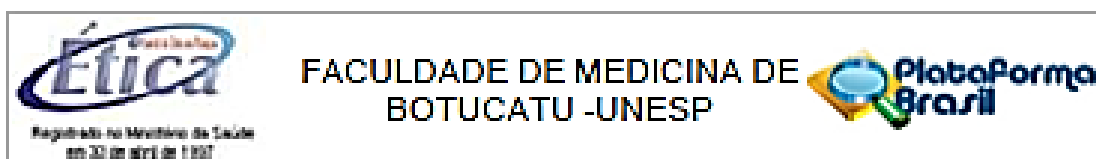
Riscos mínimos.

Benefícios: conhecimento científico, para melhoria dos cuidados perinatais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma coorte, com seguimento de 1 ano, de crianças nascidas por cesárea eletiva e parto vaginal, nas 2 maternidades de Botucatu (HC e outra privada). A amostra será de 520 RN, sendo 260 em cada grupo. Serão incluídos no grupo cesárea eletiva todos os RN cujas mães referirem ter tido cesárea eletiva, sem referência a

qualquer indicação absoluta ou relativa de parto cirúrgico. Os dados serão obtidos dos prontuários, registros de sala de parto, cartão de pré-natal e entrevista com mulheres, em 6 momentos, por equipe capacitada. As entrevistas constam nos anexos sendo uma para o momento



Continuação do Parecer: 893.366

1 na maternidade, a outra para o momento 2 na clínica do bebê, e depois a mesma ficha para o terceiro, quarto, quinto e sexto mês, todos no domicílio ou por ligação telefônica. Serão coletados dados sobre aleitamento materno, morbidade respiratória, atopias e crescimento. Cronograma previsto a partir de janeiro de 2015. Financiamento próprio para execução do projeto e solicitação de bolsa de doutorado para FAPESP. TCLE: foi elaborado um termo bem geral, para todos os 6 momentos da pesquisa, sem especificações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendências:

- Autorização do responsável pela maternidade e unidade neonatal. Pendência atendida.
- TCLE mais explicativo nos 6 momentos da entrevista e duração da entrevista, e que poderá ser realizada por telefone no 3º, 6º, 12º mês. Pendência atendida.

Recomendações:

Sugiro aprovação do projeto, sem necessidade de envio a CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 01/12/2014, sem necessidade de envio a CONEP.

BOTUCATU, 01 de Dezembro de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Anexo 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
 Campus de Botucatu



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “Saúde da criança no primeiro ano de vida: estudo de coorte prospectiva no interior paulista”, que pretende conhecer dados, eventos e situações relacionadas à saúde de crianças residentes em Botucatu/SP no primeiro ano de vida

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por compor o critério de inclusão que é passar por atendimento na Clínica do Bebê do município de Botucatu.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre condições socioeconômicas e demográficas das mães/famílias; atendimento e quantidade de atendimentos e grupos pré-natal e tipo de parto; local de nascimento do bebê, sexo, peso ao nascer e idade gestacional ao nascer; índice de Apgar, tempo de internação e necessidade de internação em berçário ou UTI neonatal; local de puericultura; participação em grupos de puericultura; encaminhamentos realizados; testes e vacinas preconizados ao recém-nascido realizados; alimentação da criança, uso de chupeta e mamadeiras e situação de saúde do bebê e da mãe; e a aplicação de uma escala de autoeficácia na amamentação. A primeira entrevista será durante o atendimento na Clínica do Bebê, as próximas entrevistas serão por ligação telefônica (2 e 4 meses de vida) e por visita domiciliária (3, 6, 9 e 12 meses de vida).

Especificamente, este estudo permitirá conhecer a atual situação alimentar das crianças menores de um ano, identificar associações entre cesárea eletiva e seus efeitos na vida das crianças no primeiro ano de vida e avaliar a atenção à saúde prestada aos recém-nascidos prematuros tardios, no município de Botucatu.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não irá interferir em seu atendimento no serviço. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____ Assinatura: _____

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Coordenadora: Profa Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Fone: (14) 3880-1295. E-mail: cparada@fmb.unesp.br

Pesquisadoras: Anna Paula Ferrari. (14)99718-7586. E-mail: gabi_anna@hotmail.com

Michelle Cristine de Oliveira Minharro. (14) 3811-1123. E-mail: micrisoliveira@yahoo.com.br

Maria Cristina Heinze da Silva Machado. (14)99641-1280. E-mail:paulocris10@bol.com.br

Renata Leite. (14)997572898. E-mail:re.milk@ig.com.br

Maiara Mialich. (14)996184936. E-mail: may_mialich@hotmail.com

 Anna Paula Ferrari

APÊNDICES**APÊNDICE 1**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB
2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

FORMULÁRIO 1**CAPTAÇÃO NA CLÍNICA DO BEBÊ**

Data da Entrevista: ____/____/____

Nº do Formulário

Você está aqui [Clínica do Bebê] para consulta agendada?

[1] Sim

[2] Não - Por qual motivo? _____

Tem consulta agendada? [1] Sim – para quando? ____/____/____ [2] Não

Nome do entrevistador:**Local da Entrevista:**

Data da Revisão: ____/____/____

Nome do revisor:**1. IDENTIFICAÇÃO DA MAE E RN****1.1. Qual seu nome[completo, sem abreviações]:**

1.2. Qual sua data de nascimento: ____/____/____**1.3. Qual o nome da sua mãe:** _____**1.4. Qual o nome do seu pai:** _____

1.5. Qual o número do seu R.G.: _____

Como você foi informada, estamos realizando um estudo sobre a saúde das crianças que nascem e moram em Botucatu.

Essa primeira entrevista será para conhecer seu bebê, você e sua família.

Vamos perguntar como foi o parto e os primeiros dias/mês de vida do seu bebê, na maternidade e em casa.

1.6. Qual foi a data do parto: ____/____/____

1.7. Qual o local que ocorreu o parto:

[1] Hospital SUS-Unesp[2] Hospital UNIMED/Particular/Convênios – **pular para 1.8**

[3] Outro: _____ - **pular para 1.8**

1.7.1. Se parto na Unesp, anotar REGISTRO HOSPITALAR: _____

1.8. A gestação foi múltipla?[1] Sim[2] Não – **pular para 1.9**

1.8.1. Se sim, quantos conceitos?_____ Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

1.9. Qual o nome do 1º bebê [completo, sem abreviações]:

1.10. Qual o sexo do [nome do bebê]: [1] masculino [2] feminino

1.11. Qual o nº registro hospitalar do [nome do bebê] caso tenha nascido na UNESP:

_____ [2] bebê nasceu no hospital UNIMED

1.12. Qual seu endereço: Rua/Av: _____ Nº _____

1.13. Bairro: _____

1.14. Ponto de referência: _____

1.15. Pretende se mudar nos próximos meses? [1] Sim[2] Não

Novo endereço(NÃO DIGITAR):

Telefones da mãe (explicar que é para agendar as próximas entrevistas):(NÃO DIGITAR)

Fixo: _____ Celular: _____ Provedor: _____

e-mail: _____

1.16. Qual seu estado civil (LERas alternativas)?

[1] Casada [2] Solteira [3] União estável [4] Outro: _____

1.17. Você vive com seu companheiro/marido? [1] Sim [2] Não

1.18. Você tem contato com o pai da criança? [1] Sim [2] Não - pular para 1.19. 1.18.1. Qual o nome dele? _____ 1.18.2. Qual o telefone dele? _____ 1.18.3. Onde ele trabalha? _____ _____ 1.19. Você tem contato com a avó [materna/paterna] da criança? [1] Sim [2] Não - pular para “outros telefones” 1.19.1. Qual o nome da avó paterna? _____ Outros telefones (familiares/amigos) de pessoas que podem ser contatadas, em caso de não a encontrarmos: Listar nome, parentesco e telefone (até 4) : (NÃO DIGITAR) Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____ Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____ Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____ Nome: _____ Parentesco _____ tel.: _____
1.20. A sua cor de pele é [LER as alternativas]: [1] Branca [2] Negra [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena [6] Outra: _____
1.21. Qual foi a última série/ano escolar que você concluiu com aprovação na escola? Se preciso, ajudar com: Em qual série/ano escolar você parou de estudar? _____ anos de escolaridade. CASO A MÃE TENHA CURSADO ATÉ A OITAVA SÉRIE, pular para 1.22 1.21.1. Você cursou o nono ano? [1] Sim [2] Não
1.22. Você trabalha [com remuneração]? [1] Sim [2] Não- pular para 1.23 1.22.1. Qual sua ocupação? _____ 1.22.2. Onde você trabalha? [1] Em casa [2] Local de trabalho da mãe: [nome e tipo de estabelecimento]: _____ 1.22.3. Está de licença/afastada pelo nascimento do bebê? [1] Sim, com remuneração [2] Sim, sem remuneração [3] Não - pular para 1.23. 1.22.4. Quando você voltar a trabalhar, qual será a idade do bebê [meses]: _____ 1.22.5. Qual sua jornada semanal de trabalho [horas/semana]: _____

1.23. Quantas pessoas [adultos e crianças] moram COM você? _____

Quem são? [nome, idade e parentesco] (NÃO DIGITAR)

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

Nome: _____ Parentesco _____ idade _____

1.24. Qual foi a renda total da família no mês anterior? R\$ _____

1.25. Quantas pessoas que dependem dessa renda? _____

1.26. Você recebe Bolsa Família? [1] Sim [2] Não - **pular para 2.1**

1.26.1. Qual o valor: R\$ _____

2. HISTÓRIA GESTACIONAL

2.1 Quantas vezes você ficou grávida (incluindo esta gestação): _____

2.2. Quantos partos você teve (incluindo este parto): _____

2.3. Quantas cesáreas você teve (incluindo este parto): _____

2.4. Quantos filhos nasceram vivos: _____

2.5. Quantos abortos ou natimorto (bebê que nasceu morto) você teve: _____

2.6. O(s)[nome(s) do(s) recém-nascido(s)] tem algum irmão que faleceu antes de completar 5 anos de idade? [1] Sim [2] Não - **pular para 3.1**

2.6.1. Quantos? _____

2.6.2. Qual a causa do óbito mais recente? _____

3. GESTAÇÃO ATUAL

3.1. A gestação do.....[nome do bebê] foi planejada? [1] Sim [2] Não

3.2 A gestação foi bem aceita, logo que você soube? [1] Sim - pular para 3.3 [2] Não 3.2.1 Se não, por quê? _____
3.3. Quando estava grávida, você participou de grupo de gestantes [grupos educativos] promovido pelo serviço onde você fez seu pré-natal? [1] Sim [2] Não - pular para 3.4 3.3.1. De quantas reuniões? _____ 3.4. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre como amamentar, isto é como colocar o bebê no peito, qual peito dar primeiro ou outras orientações de como amamentar? [1] Sim [2] Não 3.5. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre até que idade um bebê deve mamar no peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.6 3.5.1. Se sim, qual a idade recomendada: _____ meses 3.6. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a idade ideal para o bebê começar a receber outro alimento/líquido, além do leite do peito? [1] Sim [2] Não – pular para 3.7 3.6.1. Se sim, qual a idade: _____ meses 3.7. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre a data provável do seu parto (quando o bebê estaria pronto para nascer)? [1] Sim [2] Não – pular para 3.8 3.7.1. Se sim, com quanto tempo de gestação o bebê deveria nascer? _____ meses ou com _____ semanas [2] Não lembra 3.8. No pré-natal, você lembra de ter sido orientada/conversou sobre os tipos de parto? [1] Sim [2] Não 3.9. Você foi orientada/conversou sobre como se preparar para um parto normal? [1] Sim [2] Não 3.10. No pré-natal, você foi orientada a fazer regularmente caminhada ou alguma outra atividade física durante a gestação? [1] Sim [2] Não
3.11. Você faltou em alguma consulta do pré-natal? [1] Sim [2] Não - pular para 3.13 3.11.1. Se sim, por quê? _____
3.12. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional quando você faltou à consulta de pré-natal? [1] Sim [2] Não
3.13. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional da unidade de saúde no último mês de sua gestação? [1] Sim [2] Não

3.14. Você lembra de ter sido informada sobre o local onde iria ocorrer seu parto? [1] Sim [2] Não
3.15. Durante a gravidez, alguma vez você precisou e procurou a maternidade? [1] Sim [2] Não - pular para 3.16 3.15.1. Por qual motivo? _____ 3.15.2. Você se sentiu bem atendida?[1] Sim – pular para 3.16 [2] Não 3.15.3. Por que você não se sentiu bem atendida? _____
3.16. Você foi encaminhada para fazer o pré-natal na UNESP? [1] Sim [2] Não – pular para 4.1 3.16.1. Por que você foi encaminhada: _____ 3.17. Sua gestação foi diagnosticada de alto risco, em algum momento do pré-natal? [1]Sim [2] Não – pular para 3.18 3.17.1. Por que sua gestação foi de alto risco? _____
3.18. No caso de seu pré-natal ter sido na UNESP, você manteve o acompanhamento na atenção básica/consultório particular? [1] Sim [2]Não – pular para 4.1 3.18.1. Se sim, onde? _____

4. PARTO E PUERPÉRIO

4.1. Vocêfoi atendida imediatamente na maternidade, quando chegou a hora do bebê nascer? [1] Sim - pular para 4.2 [2] Não [3] Não procurei o hospital (parto não ocorreu no hospital) – pular para 4.18 4.1.1. Se não, o que aconteceu? _____
4.2. Houve algum problema (intercorrência materna ou fetal?)da sua chegada à maternidade até o nascimento do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 4.3 4.2.1. Se sim, qual problema? _____
4.3. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a caminhar? [1] Sim [2] Não 4.4. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você foi orientada a tomar banho morno? [1] Sim [2]

Não

4.5. Você foi orientada a usar alguma das seguintes técnicas para aliviar a dor: [LER as alternativas]

[1] bola [3] massagem [4] acupuntura [2] Não

4.6. Alguma outra técnica foi utilizada/orientada: [1] Sim [2] Não – **pular para 4.7**

4.6.1. Se sim, qual? _____

4.7. Da sua chegada à maternidade até o nascimento do(s) bebê(s) você se sentiu respeitada durante trabalho de parto? [1] Sim – **pular para 4.8** [2] Não

4.7.1. Se não, por que? _____

4.8. Você entrou em trabalho de parto? [1] Sim [2] Não - **pular para 4.9**

4.8.1. Você precisou de ajuda para entrar em trabalho de parto com medicação na veia ou por baixo, na vagina? [1] Sim [2] Não

4.9. Sua bolsa das águas foi rompida por profissional de saúde? [1] Sim [2] Não

4.10. Você teve acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não

4.11. A hora que o bebê nasceu você estava com acompanhante? [1] Sim [2] Não

4.12. Qual o tipo de parto? [1] Vaginal [2] Cesárea- **pular para 4.15**

4.13. Fez episiotomia (corte por baixo, na região vaginal, feito pelo profissional que fez o parto)?

[1] Sim [2] Não

4.14. Ficou de cócoras? [1] Sim – **pular para 4.18** [2] Não – **pular para 4.18**

4.15. Sua cesárea foi marcada com antecedência (combinada para um dia certo)?

[1] Sim [2] Não - **pular para 4.16.**

4.15.1. Se sim, por quê? _____

4.15.2. Quem decidiu pela cesárea? [1] O médico [2] Você – **pular para 4.15.4**

[3] Ambos – **pular para 4.15.5** [4] Outros – **pular para 4.15.6**

4.15.3. Por que o médico decidiu pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.4. Por que você decidiu pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.5. Por que você e o médico decidiram pela cesárea? _____ **pular para 4.16**

4.15.6. Quem decidiu pela cesárea? _____

4.15.7. Por que [esta pessoa] decidiu pela cesárea? _____

4.16. A cesárea foi decidida quando o trabalho de parto estava em andamento (intra trabalho de parto)? [1] Sim [2] Não – pular para 4.17 4.16.1. Se sim, por que? _____
4.17. Algum profissional de saúde falou que você ou seu bebê tiveram algum dos seguintes problemas (na gravidez ou no parto)? [LER as alternativas] 4.17.1. Descolamento da placenta antes do parto [1] Sim [2] Não 4.17.2. Prolapso/saída do cordão [1] Sim [2] Não 4.17.3. Placenta prévia/baixa [1] Sim [2] Não 4.17.4. Sofrimento fetal [1] Sim [2] Não 4.17.5. Herpes genital com ferida na hora do parto [1] Sim [2] Não 4.17.6. Bebê sentado ou atravessado [1] Sim [2] Não 4.17.7. HIV [1] Sim [2] Não 4.17.8. Algum desses problemas foi referido pelo médico ou outro profissional de saúde como o motivo da cesárea? [1] Sim [2] Não – pular para 4.17.8.2 4.17.8.1. Se sim, qual? _____ 4.17.8.2. Se não, qual foi o motivo da sua cesárea? _____
4.18. Você teve algum problema no pós-parto? [1] Sim [2] Não- pular para 4.19 4.18.1. Se sim, qual? _____
4.19. Você necessitou de internação em UTI no pós-parto? [1] Sim [2] Não – pular para 4.20 4.19.1. Se sim, por quê? _____ 4.19.2. Quantos dias? _____ dias
4.20. Quantos dias, no total, você ficou internada na maternidade? _____ dias
4.21. Você recebeu alguma prescrição de medicamento na hora da alta? [1] Sim [2] Não – pular para 5.1 4.21.1. Se sim, qual? _____

5. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (MATERNIDADE/BERÇÁRIO)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

5.1. Na maternidade, você recebeu orientações sobre como amamentar o seu bebê no primeiro dia de vida? [1] Sim [2] Não – pular para 5.2 5.1.1. Você ficou satisfeita com as orientações recebidas? [1] Sim [2] Não [3] Parcialmente satisfeita
5.2. O seu bebê foi colocado peladinho no seu colo logo ao nascer? [1] Sim – pular para 5.3 [2] Não 5.2.1. Se não, por quê? _____
5.3. O bebê mamou no seu peito 1ª hora de vida? [1] Sim – pular para 5.4 [2] Não 5.3.1. Se não, por quê? _____
5.4. Desde o nascimento até a alta, você e seu bebê ficaram juntos? [1] Sim, todo o tempo - pular para 5.5 [2] Não [3] Sim, por algum tempo 5.4.1. Por que não ficaram juntos o tempo todo? _____ 5.4.2. Seu bebê ficou em UTI/UCI? [1] Sim [2] Não – pular para 5.5 5.4.2. Se sim, quanto tempo? _____ dias
5.5. Foi realizado Método Canguru? (bebê ficou em contato pele a pele com a mãe e/ou pai, embaixo da roupa) [1] Sim [2] Não – pular para 5.6 5.5.1. Se sim, quantos dias? _____ dias
5.6. Na maternidade, seu bebê mamou no peito? [1] Sim [2] Não 5.7. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou leite materno ordenhado? Como foi dado? LER as alternativas [1] Sim, com copinho [2] Sim, com chucha [3] Sim, com seringa, colher, outro [4] Sim, por sonda [5] Sim, mas não sabe como [6] Não tomou 5.8. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou outro leite [não materno]? [1] Sim, mas não sabe qual leite [2] Sim, formula láctea. Nome: _____ [3] Sim, leite [de vaca] em pó. Nome: _____ [4] Sim, leite de vaca líquido. [5] Não – pular para 5.10 5.9. Esse outro leite foi dado com:

[1] Chuca/mamadeira [2] Colher/seringa [3] Copinho [4] Sonda [5] Não sei

5.10. Você foi informada ou viu seu bebê tomando água? [1] Sim [2] Não

5.11. Você foi informada ou viu se seu bebê tomou água com açúcar ou soro glicosado?

[1] Sim [2] Não

5.12. Você foi informada ou viu se seu bebê chupou chupeta? [1] Sim [2] Não

5.13. Na maternidade/berçário, você foi orientada sobre os cuidados com o bebê em casa?

[1] Sim [2] Não – **pular para 5.14**

5.13.1. Se sim, foi sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

5.13.2. Se outra, qual? _____

5.14. Você recebeu a caderneta de saúde do bebê preenchida na alta da maternidade/berçário?

[1] Sim [2] Não

6. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (APÓS ALTA DA MATERNIDADE/BERÇÁRIO) Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

6.1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliar de profissional(is) da saúde após a alta do hospital? [1] Sim [2] Não - **pular para 6.2**

6.1.1. Com quantos dias de vida o bebê estava na visita domiciliar? _____ dias

6.1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê?

[1] Médico – **pular para 6.1.3** [2] Enfermeiro – **pular para 6.1.3** [3] Outro

6.1.2.1. Se outro, quem? _____

6.1.3.O bebê foi pesado e medido na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

6.1.4. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

6.1.5.Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar? [1] Sim [2] Não

6.1.6.Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.1.7**

6.1.6.1.Se sim, qual problema? _____

6.1.7.Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 6.2**

6.1.7.1.Se sim, foi sobre (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.1.7.2. Se outra, qual? _____

6.2.Depois da alta da maternidade, em qual serviço de saúde foi o primeiro atendimento do bebê?

[1] Clínica do Bebê – **pular para 6.2.2**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – **pular para 6.2.2**

[3] Ambulatório da UNESP – **pular para 6.2.2**

[4] Consultório particular – **pular para 6.2.2**

[5] Outro

6.2.1. Se outro, qual? _____

6.2.2.Qual idade do bebê no 1º atendimento após a alta da maternidade? _____ dias

6.2.3. O que foi feito com o bebê no 1º atendimento por serviço de saúde após a alta da maternidade? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Consulta

[2] Avaliação da amamentação

[3] Avaliação da icterícia/“amarelinho” da pele

[4] Avaliação do peso

[5] Vacina(s)

[6] Teste(s) do pezinho e/ou outros testes: Qual(is)? _____

[7] Outros procedimentos: Qual(is)? _____

6.2.4. Qual o local onde o bebê foi atendido em consulta clínica, pela primeira vez após a alta da maternidade/berçário?

[1] Clínica do Bebê - **pular para 6.3**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família - **pular para 6.3**

[3] Ambulatório da UNESP - **pular para 6.3**

[4] Consultório particular - **pular para 6.3** [5] Outro

6.2.4.1. Se outro, qual? _____

6.3. Com quantos dias o bebê estava na primeira consulta clínica? _____ dias

Qual foi a data 1ª consulta clínica do bebê? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

6.4. Quem atendeu o bebê na 1ª consulta clínica após a alta da maternidade/berçário?

[1] Médico [2] Enfermeiro

6.5. O bebê foi pesado e medido na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.6. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.7. O desenvolvimento do bebê foi avaliado na 1ª consulta clínica (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)? [1] Sim [2] Não

6.8. O profissional viu o bebê mamando na 1ª consulta clínica? [1] Sim [2] Não

6.9. Houve algum problema com o bebê detectado na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não – **pular para 6.10**

6.9.1. Se sim, quais? _____

6.10. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na 1ª consulta clínica?

[1] Sim [2] Não - **pular para 7.1**

6.11. Houve orientação sobre: (LER as alternativas - POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

6.11.1. Se outra, qual? _____

7. DADOS DO RECÉM-NASCIDO (ALIMENTAÇÃO ATUAL)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

7.1. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 7.4** [2] Não

7.2. Quanto tempo o bebê tinha quando cessou completamente o aleitamento materno? _____ dias

7.3. Por que ele não está mamando no peito? _____

7.4. Você teve ou está com algum problema para amamentar? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.5**

7.4.1. Se sim, qual? _____

7.5. Seu bico do peito rachou? [1] Sim [2] Não

7.6. O leite empedrou? [1] Sim [2] Não

7.7. Seu bebê está tomando outro leite? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.9**

7.7.1. Se sim, qual? _____

7.8. Quanto tempo o bebê tinha quando você deu outro leite pela primeira vez? _____ dias

7.9. Seu bebê toma chá? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.10**

7.9.1. Qual a idade dele na primeira vez que tomou chá? _____ dias

7.10. Seu bebê toma água? [1] Sim [2] Não - **pular para 7.11**

7.10.1.Qual idade dele na primeira vez que tomou água? _____ dias
Agora vamos falar sobre a rotina de seu bebê, atualmente: 7.11. Você controla os horários de mamada, oferecendo o peito a cada 3 horas (ou 2, ou 4 horas)? [1] Sim [2] O bebê mama quando quer, sem horário rígido – pular para 7.12 [3] Outra resposta. Especifique: _____ – pular para 7.12 7.11.1. Se sim, qual o intervalo das mamadas? _____ horas
7.12. Você controla o tempo ou a duração de cada mamada? [1] Sim [2] Não. O bebê mama quando quer, sem horário rígido – pular para 7.13 [3] Outra resposta: Especifique: _____ - pular para 7.13 7.12.1. Se sim, quanto tempo dura a mamada? _____ minutos
7.13. Observe as fotos seguintes e escolha aquela que mostra como seu bebê costuma mamar [mostrar FOTOS de pega errada/ruim e boa/correta]: [1] Foto A[2] Foto B[3] Foto C [4] Foto D 7.14. A mamada foi observada por algum profissional na entrevista? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE] [1] Sim [2] Não – pular para 7.15 7.14.1. Se sim, a pega estava correta? [NÃO PERGUNTAR PARA A MÃE][1] Sim [2] Não
7.15. Seu bebê chora (LER as alternativas): [1] Muito, é difícil de acalmar, acima do que você considera normal nessa idade [2] Chora o normal para sua idade [3] Chora pouco, é muito calmo
7.16. Você conta com pessoas para ajudá-la com os cuidados com o bebê? [1] Sim[2] Não – pular para 7.18 7.16.1.Se sim, quem?Nome: _____ Parentesco: _____ 7.17. E para ajudá-la com a amamentação? [1] Sim [2]Não – finalizar 7.17.1.Se sim, quem [a mais importante]? Nome: _____ Parentesco: _____
7.18. Peso materno no dia da entrevista [PESAR]: _____ kg

7.19. Estatura materna: _____ m

BREASTFEEDING SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente. (Ou seja, não fico em dúvida se o bebê mamou tudo que precisa).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
2. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (Ou seja, supero ou dou conta com sucesso da amamentação, como faço com outros desafios ou demais situações da minha vida).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
3. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
4. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
5. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer. (Ou seja, sempre termino de amamentar satisfeita).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
6. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando. (Ou seja, consigo acalmá-lo e amamentar sem problemas).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
7. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando. (Ou seja, não estou pensando em parar de amamentar).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
8. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
9. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (Ou seja, gosto de amamentar e estou satisfeita comigo por isso)
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concordo] [5 = Concordo totalmente]
10. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (Ou seja, mesmo consumindo bastante tempo eu quero

amamentar).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concorde] [5 = Concorde totalmente]
11. Eu sempre amamento meu bebê em um só peito em cada mamada e depois na próxima mudo para o outro. (Ou seja, não dou os dois peitos na mesma mamada)
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concorde] [5 = Concorde totalmente]
12. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (Ou seja, a cada mamada eu dou sempre o peito, mesmo que de também outro leite ou outro alimento).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concorde] [5 = Concorde totalmente]
13. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (Ou seja, organizo bem minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concorde] [5 = Concorde totalmente]
14. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.
[1 = Discordo totalmente][2 = Discordo] [3 = Às vezes concordo] [4 = Concorde] [5 = Concorde totalmente]

8. DADOS COLETADOS DO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

8.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – pular para 8.2 8.1.1. Se sim, qual a data? ____/____/____ 8.2. Há registro de DUM=US (ultrassom)? [1] Sim [2] Não 8.3. Há registro de ERRO DE DATA? [1] Sim [2] Não 8.4. Há registro de data da realização do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.5 8.4.1. Se sim, qual foi a data do 1º ultrassom? ____/____/____ 8.5. Há registro de idade gestacional do 1º ultrassom? [1] Sim [2] Não – pular para 8.6 8.5.1. Se sim, qual a idade gestacional do 1º ultrassom? ____ semanas ____ dias 8.6. Método usado para estimar a idade gestacional (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA): [1] DUM [2] Ultrassom precoce (1º trimestre <= 14 semanas) [3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas) [4] Outro 8.6.1. Se outro, qual? _____
8.7. Local de realização do pré-natal: _____
8.8. Idade gestacional na primeira consulta pré-natal: ____ semanas ____ dias

8.9. Idade gestacional na última consulta pré-natal: ____ semanas ____ dias
8.10. Número de consultas realizadas no pré-natal: ____
8.11. Peso materno pré gestacional: ____ Kg
8.12. Peso na primeira consulta: ____ Kg
8.13. Peso materno na última consulta: ____ Kg

9. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

9.1. Peso ao nascer do bebê: ____ g [9] Sem registro
9.2. Comprimento ao nascer do bebê: ____ cm [9] Sem registro
9.3. Perímetro cefálico ao nascer do bebê: ____ cm [9] Sem registro
9.4. Idade gestacional do bebê ao nascer: ____ sem ____ dias [9] Sem registro
9.5. Índice de Apgar de 1º minuto do bebê: ____ [11] Sem registro
9.6. Índice de Apgar de 5º minuto do bebê: ____ [11] Sem registro
9.7. Há registro de peso do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 9.8 Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 9.7.1. Se sim, qual o peso do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê ____ g
9.8. Há registro de estatura do bebê obtido na 1ª consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 9.9 - Se sim, data da medida: ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 9.8.1. Se sim, qual a estatura do bebê na 1ª consulta na Clínica do Bebê? ____ cm
9.9. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor: [1] Sim [2] Não – pular para 9.10 9.9.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade - pular para 9.10 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 9.10 9.9.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro
9.10. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido ainda na maternidade? [1] Sim [2] Não – pular para 9.11 9.10.1. Se sim, qual(is)? _____
9.11. Há registro de vacina(s) que o bebê tenha recebido, após a alta da maternidade/berçário? [1] Sim [2] Não – pular para 9.12 9.11.1. Se sim, qual(is)? _____
9.12. Há registro de orientações especiais sobre cuidados domiciliares com o bebê feito por profissional da maternidade/berçário? [1] Sim [2] Não 9.12.1. Se sim, quais? _____

Muito obrigada pela entrevista. Desejamos saúde para você e seu bebê. Nós vamos voltar a conversar com você quando seu bebê tiver 2 meses. Vamos ligar para combinar o melhor horário. Caso você mude seu telefone, pode ligar a cobrar, passando o novo número.

10. DADOS COLETADOS ATRAVÉS DO FORMULÁRIO DA CLÍNICA DO BEBÊ

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

10.1. Há registro da idade gestacional do bebê ao nascer? [1] Sim [2] Não – pular para 10.2 10.1.1. Se sim, qual? _____ sem _____ dias 10.2. Há registro de idade gestacional ao nascer, calculada por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não – pular para 10.3 10.2.1. Se sim, qual? _____ sem _____ dias
10.3. Há registro de com qual idade o bebê recebeu alta hospitalar? [1] Sim [2] Não – pular para 10.4 10.3.1. Se sim, qual? _____ dias
10.4. Qual a data da 1ª. consulta do bebê na Clínica do Bebê: ____/____/____ 10.5. Com qual idade o bebê foi atendido na 1ª. consulta da Clínica do Bebê: _____ dias
10.6. Há registro do peso ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.7

10.6.1. Se sim, qual? _____ g
10.7. Há registro do comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.8 10.7.1. Se sim, qual? _____ cm
10.8. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.9 10.8.1. Se sim, qual? _____ cm
10.9. Há registro do Índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.10 10.9.1. Se sim, qual? _____
10.10. Há registro do Índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.11 10.10.1. Se sim, qual? _____
10.11. Qual profissional de saúde que atendeu o bebê na 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Médico [2] Enfermeiro [3] Outro: _____ 10.12. Há registro do peso do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 10.13 10.12.1. Se sim, peso do bebê: _____ g 10.12.2. Percentil: _____ 10.12.3. Ganho de peso diário: _____ g 10.13. Há registro da estatura do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 10.14 10.13.1. Se sim, estatura do bebê: _____ cm 10.13.2. Percentil: _____ 10.14. Há registro do exame físico, incluindo avaliação de icterícia do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não 10.15. Há registro da avaliação do desenvolvimento do bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não – pular para 10.16 10.15.1. Se sim, o DNPM foi considerado: [1] Adequado- pular para 10.16 [2] Em atraso [9] Sem registro- pular para 10.16 10.15.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

10.16. Há registro da avaliação da amamentação pelo profissional no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não

10.17. Há registro de algum problema com o bebê detectado no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê? [1] Sim [2] Não-
pular para 10.18

10.17.1. Se sim, qual(is)? _____

10.18. Há registro de orientações sobre os cuidados domiciliares com o bebê no dia da 1ª consulta da Clínica do Bebê?

[1] Sim [2] Não –**pular para 10.19**

10.18.1. Se sim, foi sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] Amamentação [2] Higiene

[3] Estimulação do desenvolvimento [4] Sinais e sintomas de alerta/perigo

[5] Segurança do bebê [6] Vínculo afetivo

[7] Acompanhamento por serviço de saúde [8] Outras da rotina (check-list da Clínica)

[9] Outras especiais

10.18.2. Se outra(s) especial(is), qual(is)? _____

10.19. Há registro de prescrição de Adtil ao bebê? [1] Sim [2] Não

10.20. Há registro de prescrição de suplementação de ferro profilática ao bebê?

[1] Sim [2] Não

10.21. Foi agendado o primeiro retorno do bebê na atenção básica ou consultório particular?

[1] Sim [2] Não- **pular para 11.1**

10.21.1. Se sim, para quando? ____/____/____

10.21.2. Para qual Unidade de Saúde ou Consultório Particular? _____

11. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO (A SER PREENCHIDO PELA SUPERVISORA)

Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

11.1. O bebê foi classificado como de risco ao nascer? [1] Sim [2] Não- **pular para 12.1**

11.1.1. Se sim, por qual serviço? _____

11.1.2. Se sim, foram identificados riscos biológicos? [1] Sim [2] Não- **pular para 11.1.3**

11.1.2.1. Se sim, quais?

[1] Peso nascimento < 2.500

[2] Doença que justifique internação em UTI ou UCI

[3] Fototerapia precoce ou por mais de 24 horas

[4] Malformação congênita maior ou múltiplas/doença genética

[5] Apgar de 5 minutos menos que 7 [6] Mãe HIV +

11.1.3. Se sim, foram identificados riscos sociais? [1] Sim [2] Não- **pular para 12.1**

11.1.3.1. Se sim, quais?

[1] Idade da mãe < 18 anos

[2] Mãe analfabeta

[3] Irmão(ã) morto(a) com menos de 5 anos de idade

[4] Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe de família”

[5] Mãe sem seguimento Pré-natal (<=3 consultas)

[6] Mãe com problema psiquiátrico ou doença que a impossibilita de cuidar do bebê

[7] Pais usuários de álcool e/ou drogas

12. DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO DO BEBÊ/MÃE DA MATERNIDADE Preencher em folha(s) anexa(s) os dados referentes ao 2º bebê e aos demais.

12.1. Há registro de data da última menstruação (DUM)? [1] Sim [2] Não – **pular para 12.2**

12.1.1. Se sim, qual a DUM? ____/____/____

12.2. Há registro de idade gestacional ao nascer? [1] Sim [2] Não – **pular para 12.3**

12.2.1. Se sim, qual a idade gestacional ao nascer? ____ semanas ____ dias

12.3. Há registro de qual método utilizado para o cálculo da idade gestacional ao nascer?

[1] Sim [2] Não – **pular para 12.4**

12.3.1. Se sim, qual método utilizado:

[1] DUM[2] Ultrassom precoce (1º trimestre ≤ 14 semanas) [3] Ultrassom tardio (2º ou 3º trimestre > 14 semanas) [4] Outro 12.3.1.1. Se outro, qual? _____
12.4. Tipo de parto registrado: [1] Vaginal- pular para 12.5 [2] Fórceps- pular para 12.5 [3] Cesárea 12.4.1. Se cesárea, qual motivo/indicação: _____ 12.5. Há registro de anestesia no parto? [1] Sim [2] Não- pular para 12.7 12.5.1. Se sim, qual o tipo de anestesia? [1] Bloqueio local [2] Peridural [3] Raqui
12.7. Há registro de intercorrência com bebê durante o parto? [1] Sim [2] Não- pular para 12.8 12.7.1. Se sim, qual(is)? _____
12.8. Há registro de qual profissional recebeu o bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.9 12.8.1. Se sim, qual? [1] Pediatra [2] Enfermeiro [3] Outro
12.9. Há registro da realização de Credê no bebê? [1] Sim [2] Não
12.10. Há registro da realização de vitamina K no bebê? [1] Sim [2] Não
12.11. Há registro de realização de tipagem sanguínea do bebê? [1] Sim [2] Não
12.12. Há registro de realização da sorologia do bebê para sífilis? [1] Sim [2] Não
12.13. Há registro de realização da sorologia do bebê para HIV? [1] Sim [2] Não
12.14. Há registro de realização de secagem do bebê imediatamente após nascer? [1] Sim [2] Não
12.15. Há registro de intercorrência com o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.16 12.15.1. Se sim, qual(is)? _____ 12.15.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(ram) tomada(s): _____
12.16. Há registro de tipo de aleitamento materno oferecido para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.17 12.16.1. Se sim, qual método? [1] Mamas [2] Copinho [3] Chuca [4] Seringa, colher, outro

[5] Sonda [6] Não tomou [9] Sem registro

12.16.2. Se sim, quando se deu seu início?

[1] de 0 hora a menos de 1 hora

[2] de 1 hora a menos de 2 horas

[3] de 2 horas a menos de 3 horas

[4] de 3 horas a menos de 4 horas

[5] de 4 horas a menos de 5 horas

[6] de 5 horas a menos de 6 horas

[7] de 6 horas a menos de 12 horas

[8] de 12 horas a menos de 24 horas

[8] de 24 horas a menos de 48 horas

[10] de 48 horas a mais

12.17. Há registro de tipo de aleitamento artificial (fórmula láctea/leite de vaca em pó ou líquido) oferecido para o bebê após o parto até a alta?

[1] Sim [2] Não- **pular para 12.18**

12.17.1. Se sim, qual método?

[1] Copinho [2] Chuca [3] Seringa, colher, outro

[4] Sonda [5] Não tomou [9] Sem registro

12.17.2. Se sim, quando se deu seu início?

[1] de 0 hora a menos de 1 hora

[2] de 1 hora a menos de 2 horas

[3] de 2 horas a menos de 3 horas

[4] de 3 horas a menos de 4 horas

[5] de 4 horas a menos de 5 horas

[6] de 5 horas a menos de 6 horas

[7] de 6 horas a menos de 12 horas

[8] de 12 horas a menos de 24 horas

12.18. Há registro de tipo de oferecimento de água para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não 12.19. Há registro de oferecimento de água com açúcar ou soro glicosado para o bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não
12.20. Há registro de avaliação da ingestão de leite materno ou da eficácia da sucção do bebê? (avaliação da amamentação) [1] Sim [2] Não
12.21. Há registro de coleta de exame para verificação de bilirrubina total sérica e frações (bilirrubina direta/indireta) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.22 12.21.1. Se sim, quando (dias de vida)? [1] 1º dia [2] 2º dia [3] 3º dia [4] 4º dia [5] 5º dia a mais 12.21.2. Se sim, qual(is) medida(s) foi(oram) adotada(s) frente a essa avaliação? _____
12.22. Há registro de coleta de exame para verificação de glicemia capilar (HGT) do bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.23 12.22.1. Se sim, quando (horas de vida)? [POSSIBILIDADE DE MAIS DE UMA ALT.] [1] de 0 hora a menos de 2 horas [2] de 2 horas a menos de 4 horas [3] de 4 horas a menos de 6 horas [4] de 6 horas a menos de 12 horas [5] de 12 horas a menos de 24 horas [6] de 24 horas a menos de 48 horas [7] de 48 horas a menos de 72 horas [8] de 72 horas a mais [9] prescrito de horário (6/6h; 8/8h; 12/12h;...)
12.23. Há registro de medicação administrada ao bebê após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.24 12.23.1. Se sim, qual(is)? _____
12.24. Há registro de necessidade de reanimar o bebê após o parto? [1] Sim [2] Não
12.25. Há registro de índice de Apgar de 1º min do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.26 12.25.1. Se sim, qual o valor? _____
12.26. Há registro de índice de Apgar de 5º min do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.27 12.26.1. Se sim, qual o valor? _____

12.27. Há registro de peso ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.28 12.27.1. Se sim, qual? _____ g
12.28. Há registro de peso diário do bebê até a alta? [1] Sim [2] Não
12.29. Há registro de comprimento ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.30 12.29.1. Se sim, qual? _____ cm
12.30. Há registro do perímetro cefálico ao nascer do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.31 12.30.1. Se sim, qual? _____ cm
12.31. Há registro de Idade Gestacional, calculada após o nascimento por exame físico do bebê (Capurro/New Ballard)? [1] Sim [2] Não - pular para 12.32 12.31.1. Se sim, qual idade gestacional? _____ sem _____ dias
12.32. Há registro de realização do 1º banho do bebê? [1] Sim [2] Não- pular para 12.33 12.32.1. Se sim, com quantas horas de vida? [1] de 2 horas a menos de 4 horas [2] de 4 horas a menos de 6 horas [3] de 6 horas a menos de 12 horas [4] de 12 horas a menos de 24 horas [5] de 24 horas a menos de 48 horas [6] de 48 horas a menos de 72 horas [7] de 72 horas a mais
12.33. Há registro de realização do Método Canguru? [1] Sim [2] Não- pular para 12.34 12.33.1. Se sim, quantos dias? _____ dias
12.34. Há algum registro sobre ansiedade e/ou depressão apresentada pela mãe após o parto até a alta? [1] Sim [2] Não- pular para 12.35 12.34.1. Se sim, qual(is) medidas foram tomadas? _____
12.35. Data da alta da mãe da maternidade ____/____/____
12.36. Data da alta do bebê da maternidade/berçário ____/____/____

APÊNDICE 2

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB
2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

Formulário II – Coleta por telefone (2º mês)

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na entrevista da Clínica do Bebê: [1] Sim [2] Não

Olá. Sou.....e trabalho para a pesquisa de “Saúde do Bebê no primeiro ano de vida” cuja primeira entrevista foi na Clínica do Bebê. Como combinado, essa ligação é para entrevistá-la novamente. Vamos atualizar algumas informações e perguntar sobre os cuidados com seu bebê desde a entrevista anterior até agora. Deve durar em torno de 10 minutos. Se for preciso interromper por algum motivo, não há problema. Podemos começar?

Data da entrevista: ____/____/____

Antes de começarmos a falar sobre os cuidados com o bebê, farei uma pergunta sobre a senhora.

1.A senhora passou por consulta de revisão de parto? [CONSULTA REALIZADA COM A MÃE ATÉ 42 DIAS APÓS O PARTO]

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.1**

1.0. Se sim, a consulta foi realizada quantos dias após o parto? _____ dias

[8] Não lembra

1.Dados do Recém-nascido

Iniciar com as questões de **1.1 a 1.2** para bebês que na primeira entrevista **mamavam** no peito.

Se não mamava, iniciar na **1.4**.

1.1 Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.3**

1.1.1 Qual o intervalo entre as mamadas? _____ horas

1.2. Você está com dificuldade para amamentar? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.1. Se sim, qual(is) dificuldade(s)? _____

1.2.2. Se sim, está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.2.1. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]

[1] Profissional da Saúde – **pular para 1.4** [2] Amigos ou parentes – **pular para 1.4**

[3] Esposo/companheiro – **pular para 1.4** [4] Outra pessoa

1.2.2.2. Se outra pessoa, quem? _____

1.3. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos dias? _____ dias

1.3.1. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

1.4. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.5**

1.4.1. Se sim, qual dos seguintes líquidos/alimentos? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Chá [2] Suco de fruta [3] Água [4] Leite em pó [5] Leite líquido [6] leite batido com frutas

[7] Formula infantil [8] Papa de fruta [9] Papa salgada [10] Danoninho/Iogurte [11] Outro

1.4.2. Se outro(s), qual (is): _____

Se X em alguma das alternativas da questão 1.3, informar à mãe que “voltaremos a falar de cada um desses alimentos mais adiante, para saber com mais detalhes como o bebê está sendo alimentado”

1.5. O bebê faz uso de chupeta atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

1.6. O bebê faz uso de mamadeira atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para tabela**

1.6.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebê ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

TABELA ALIMENTAR

Nome completo da mãe: _____ N° Formulário

--	--	--	--

Nome completo do bebê: _____

Data 1º. preenchimento da tabela (2 meses) ____/____/____

Data 2º. preenchimento da tabela (4 meses) ____/____/____

Data 3º. preenchimento da tabela (6 meses) ____/____/____

Data 4º. preenchimento da tabela (9 meses) ____/____/____

Data 5º. preenchimento da tabela (12 meses) ____/____/____

Tipo de alimento	Alguma vez já ingeriu?	Idade (dias) na 1ª vez que ingeriu	Em quantos dias ingeriu, na semana passada: (0 – 7 dias)	Consistência	Preparação	Razões para introduzir o alimento
Leite de vaca líquido (longa vida, saquinho)	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Outros leites líquidos – especificar: () cabra () soja () soja () outro: _____	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Leite em pó integral (Ninho, Glória, ...)	() sim					

	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Fórmula láctea para lactente Especificar:	() sim					
() Nan	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
() Aptamil						
() Nestogeno						
() Outro _____						
Água	() sim					
	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Água do Côco natural	() sim	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
	() não					
Chás	() sim					
	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Achocolatado (nescau, todody, quick morango, ou outro sabor)	() sim					
	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Açúcar	() sim					
	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Mel	() sim					

	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Adoçante	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Sucos naturais frescos ou feitos com polpa congelada	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Suco de fruta industrializado pronto para beber ou para diluir	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Refresco em pó, como Tang	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Refrigerante	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Café	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Mingau (leite e algum espessante, maisena, arrozina, etc)	() sim					

	() não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Cereais ou misturas de cereais para lactente (mucilon, neston, farinha láctea)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Queijos (branco, ricota, mussarela, etc)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Margarina ou Requeijão	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Iogurte ou coalhada	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Danoninho ou outro petitesuisse	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Frutas em pedaços, amassada ou em vitaminas, mingaus	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Mamão, manga, pitanga, pequi, buriti	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Papa infantil doce ou de fruta, industrializada	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

Papa infantil salgada pronta para consumo (industrializada)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Legumes(crus ou cozidos) sem contar batata/inhame/ mandioca	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Abóbora, cenoura, brócolis ou couve	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Hortaliças folhosas (cruas ou cozidas)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Arroz, batata, inhame, mandioca	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Leguminosas (feijão, lentilha, soja, grão de bico)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Macarrão (exceto miojo)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Macarrão instantâneo tipo miojo	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Farinhas (fubá, aveia, mandioca, maisena,	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

arrozina)						
Sopa em pó para diluir	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Carne bovina	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Carne suína	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Carne de frango	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Vísceras (fígado, rim, bucho)	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Peixe	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Ovo - especificar: () só clara () só gema () clara e gema	() sim () não	(___/___)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

Embutidos (salsicha, nuggets, linguiça, mortadela, salame, presunto)	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Pão	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Biscoitos simples, doce ou salgado	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Biscoitos recheados	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Pizza, esfirra, coxinha, pastel, tortas salgadas ou outras salgados	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Salgadinho de pacote tipo fandangos	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

Doce tipo compota, bolo, pudim, manjar, pudim, geléia, goiabada	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Sorvetes, chocolate, brigadeiro, gelatina, bala, pirulito e outras guloseimas ou docinhos	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Temperos prontos Sazon, caldo knor	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)
Algum outro alimento que não foi perguntado. Qual? _____ _____	() sim () não	(____/____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

APÊNDICE 3**“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”****FORMULÁRIO III****Coleta em Visita Domiciliária (3º mês)**

Data da entrevista: ____/____/____

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

1. DADOS DA ENTREVISTA

1. Você ou seu bebê receberam visita domiciliária de profissional(is) da saúde após a consulta na Clínica do Bebê? [1] Sim [1] Não - **pular para 1.7**

1.1. Quando ocorreu a visita domiciliária? Data: ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

Bebê estava com: _____ dias

1.2. Qual o profissional de saúde que visitou o bebê? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)[1] Médico – **pular para 1.3** [2] Enfermeiro – **pular para 1.3** [3] Outro

1.2.1 Se outro, quem? _____

1.3. O bebê foi examinado (corpo inteiro) na visita domiciliária? [1] Sim [2] Não

1.4. Durante a visita, o profissional viu o bebê mamar? [1] Sim [2] Não

1.5. Houve algum problema com o bebê detectado na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual problema? _____

1.6. Houve orientações sobre os cuidados com o bebê na visita domiciliária?

[1] Sim [2] Não- **pular para 1.7**

1.6.1 Se sim, foi sobre (LER as alternativas) (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) (LER AS ALTERNATIVAS):

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

1.6.2. Se outra, qual? _____

1.7. Depois da consulta na Clínica do Bebê, em qual(is) serviço(s) de saúde o bebê foi atendido e quando? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Não foi atendido em serviço de saúde – **pular para 1.8**

[2] Unidade básica de saúde/unidade de saúde da família – Data: ____/____/____

Qual? (NÃO DIGITAR): _____

[3] Ambulatório da UNESP – Data: ____/____/____

[4] Consultório particular – Data: ____/____/____

[5] Outro – Data: ____/____/____

1.7.1. Se outro, qual? _____

1.7.2. Nestes serviços, foram realizados os procedimentos abaixo? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA) (LER AS ALTERNATIVAS)

[1] O bebê foi pesado

[2] O bebê foi examinado (corpo inteiro)

[3] O profissional viu o bebê mamar

[4] O desenvolvimento do bebê foi avaliado (foi perguntado sobre o comportamento e conquistas do bebê)

[5] O bebê foi vacinado

[6] Foi colhido material para exames laboratoriais e/ou de imagem

[7] Foi prescrita suplementação vitamínica (Adtil)

[8] Foi prescrito sulfato ferroso

[9] Outro(s) procedimento(s):

[10] Nenhum destes procedimentos foi realizado

1.7.2.1 Qual(is) outro(s) procedimento(s)? _____

1.7.3 Nestes serviços, houve orientações sobre os cuidados com o bebê?

[1] Sim

[2] Não - **pular para 1.8**

1.7.3.1 Houve orientação sobre (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

[1] Amamentação

[2] Banho e troca de fraldas do bebê

[3] Falar/cantar para o bebê para estimular seu desenvolvimento

[4] Sinais que indicam que o bebê possa estar com dificuldade respiratória

[5] Posição para o bebê dormir de barriga para cima até os seis meses de vida

[6] Vínculo afetivo entre você e o bebê

[7] Importância do acompanhamento do bebê por serviço de saúde

[8] Outra

1.7.3.2 Se outra, qual? _____

1.8. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

1.8.1. Asma [1] Sim [2] Não

1.8.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ **1.8.1.2.** Quando? ____/____/____

1.8.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

1.8.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ **1.8.2.2.** Quando? ____/____/____

1.8.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

1.8.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ **1.8.3.2.** Quando? ____/____/____

1.8.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

1.8.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ **1.8.4.2.** Quando? ____/____/____

1.8.5. Outra [1] Sim [2] Não

1.8.5.1. Se outra, qual? _____

1.8.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ **1.8.5.3.** Quando? ____/____/____

1.9. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

1.9.1. Rinite [1] Sim [2] Não

1.9.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.1.2. Quando? ____ / ____ / ____	
1.9.2. Conjuntivite[1] Sim [2] Não			
1.9.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.2.2. Quando? ____ / ____ / ____	
1.9.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite)[1] Sim [2] Não			
1.9.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.3.2. Quando? ____ / ____ / ____	
1.9.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não			
1.9.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.4.2. Quando? ____ / ____ / ____	
1.9.5. Alergia alimentar[1] Sim [2] Não			
1.9.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____		1.9.5.2. Quando? ____ / ____ / ____	
1.9.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não			
1.9.6.1 Se outro, qual? _____			
1.9.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____		1.9.6.3. Quando? ____ / ____ / ____	
1.10. Depois da consulta na Clínica do Bebê, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 1.12			
1.10.1 Problema de saúde	1.10.2. Data	1.10.3. Local de Atendimento	1.10.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1][2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.			

1.11. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

1.11.1. Onde o bebê foi internado? _____

1.11.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco **1.12** apenas para bebês que na **entrevista por telefone mamavam** no peito.

Se **não** mamava, iniciar na questão **1.14**.

1.12. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 1.12.3** [2] Não

1.12.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quanto _____ meses _____ dias

1.12.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

_____ - **pular para 1.13**

1.12.3. Você está com dificuldade para amamentar?

[1] Sim

[2] Não – **pular para 1.13**

1.12.3.1. Qual(is) dificuldade(s)? _____

1.12.3.2. Está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.13**

1.12.3.3. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]

[1] Profissional da Saúde – **pular para 1.13**

[2] Amigos ou parentes – **pular para 1.13**

[3] Esposo/companheiro – **pular para 1.13**

[4] Outra pessoa

1.12.3.4. Se outra pessoa, quem? _____

1.13. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.14**

1.13.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1.13.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

1.13.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

1.13.1.3 Água [1] Sim [2] Não

1.13.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

1.13.1.5 Leite líquido[1] Sim [2] Não	
1.13.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não	
1.13.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não	
1.13.1.8 Papa salgada[1] Sim [2] Não	
1.13.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não	1.13.1.10 – Outro: _____
1.14. O bebê começou a usar chupeta após a entrevista por telefone? [1] Sim [2] Não – pular para 1.15	
1.14.1. Se sim, qual a idade de início? _____ meses _____ dias	
1.15. O bebê começou a usar mamadeira após a entrevista por telefone? [1] Sim [2] Não – pular para 1.16	
1.15.1. Se sim, qual a idade de início? _____ meses _____ dias	
1.16. O bebê está recebendo suplementação de vitamina A + D profilática (Adtil)? [1] Sim [2] Não	
1.17. O bebê está recebendo suplementação de ferro profilática (sulfato ferroso)? [1] Sim [2] Não	
1.18. Peso mãe + bebê: _____ kg 1.18.1. Peso mãe: _____ kg 1.18.2. Peso atual do bebê: _____ g 1.18.3. Percentil: _____	
1.19. Comprimento atual da criança: _____ cm 1.19.1. Percentil: _____	

2 DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

2.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 2.2	
2.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)	
2.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g	
2.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 2.3	
2.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)	
2.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm	

2.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor?[1] Sim [2] Não – **pular para 2.4****2.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:**[1] Adequado para idade – **pular para 2.4** [2] Em atraso [9] Sem registro – **pular para 2.4****2.3.2. Se em atraso, em qual área?**

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

2.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido após a consulta na Clínica do Bebê?[1] Sim [2] Não – **pular para 2.5****2.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):**

[1] BCG - Data: ____/____/____

[2] 1ª dose Hepatite B - Data: ____/____/____

[3] 1ª dose VIP - Data: ____/____/____

[4] 1ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[5] 1ª dose Rotavírus - Data: ____/____/____

[6] 1ª dose Pneumocócica 10valente - Data: ____/____/____

[7] 1 dose Meningocócica C - Data: ____/____/____

[8] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____

- _____ Data: ____/____/____

2.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a consulta na Clínica do Bebê? [1]Sim [2] Não – **pular para 2.6****2.5.1. Se sim, qual(is)?** _____**2.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica?**[1] Sim [2] Não – **pular para 2.7****2.6.1. Se sim, qual(is)?** _____**2.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência?**[1] Sim [2] Não – **finalizar****2.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)?** _____

APÊNDICE 4

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB

2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

Formulário IV – Coleta por telefone (4º mês)

Nº Formulário

--	--	--	--

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na entrevista domiciliária aos 3 meses: [1] Sim [2] Não

Olá. Sou.....e trabalho para a pesquisa “Saúde do Bebê no primeiro ano de vida”, cuja primeira entrevista foi na Clínica do Bebê. Como combinado, essa ligação é para entrevistá-la novamente. Vamos atualizar algumas informações e perguntar sobre os cuidados com seu bebê desde a entrevista anterior até agora. Deve durar em torno de 10 minutos. Se for preciso interromper por algum motivo, não há problema. Podemos começar?

Data da entrevista: ____/____/____

1.Dados do Recém-nascido

Iniciar com as questões de **1.1 a 1.2** para bebês que na **entrevista domiciliária (aos 3 meses) mamavam** no peito.

Se o bebê não mamava no peito, iniciar na **1.4**.

1.1 Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim [2] Não – pular para 1.3

1.1.1 Qual o intervalo entre as mamadas? _____ horas

1.2. Você está tendo alguma dificuldade para amamentar?[1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.1. Se sim, qual(is) dificuldade(s)? _____

1.2.2. Se sim, está tendo alguma ajuda para superar essa(s) dificuldade(s)?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.4**

1.2.2.1. Se sim, quem está te ajudando? [LER ALTERNATIVAS – POSSIBILIDADE DE ASSINALAR MAIS DE 1]

[1] Profissional da Saúde – **pular para 1.4**

[2] Amigos ou parentes – **pular para 1.4**

[3] Esposo/companheiro – **pular para 1.4**

[4] Outra pessoa

1.2.2.2. Se outra pessoa, quem? _____

1.3. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos dias? [SE NECESSÁRIO, AJUDAR A MÃE A FAZER AS CONTAS] _____ dias

1.3.1. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

1.4. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 1.5**

1.4.1. Se sim, qual dos seguintes líquidos/alimentos? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] Chá [2] Suco de fruta [3] Água [4] Leite de vaca em pó tipo “Ninho” [5] Leite de vaca líquido, em caixa longa vida ou saquinho [6] Leite batido com frutas [7] Fórmula infantil tipo Nan

[8] Papa de fruta [9] Papa ou comidinha salgada [10] Danoninho/Iogurte

[11] Outro alimento ou bebida não perguntado

1.4.2. Se outro(s), qual (is): _____

Se X em alguma das alternativas da questão 1.4, informar à mãe que “voltaremos a falar de cada um desses alimentos mais adiante, para saber com mais detalhes como o bebê está sendo alimentado”

1.5. O bebê faz uso de chupeta atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.6**

1.5.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

1.6. O bebê faz uso de mamadeira atualmente? [1] Sim [2] Não – **pular para tabela**

1.6.1. Se sim, qual a idade de início? _____ dias

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebê ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

APÊNDICE 5**Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB****2015****“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”****Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (6º mês)****Nº Formulário**

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista: [1] Sim [2] Não**1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA****1.1. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?**

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

[1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma:

[1] tirar sempre o excesso de gordura/pele

[2] comer com a gordura/pele

[3] não come carne/frango com gordura/pele

1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar? [1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe [5] não toma
1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, <i>pizza</i> ou outros lanches? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES À ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? [1] Sim [2] Não - PULAR PARA 2. 6 - Obs: não vale fisioterapia
2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou? <i>ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO</i> 2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho) 2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia) 2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc) 2.2.4 () Corrida (esteira ou outra) 2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica) 2.2.6 () outro _____
2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana? [1] Sim [2] Não
2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? 2.4.1 () 1 a 2 dias por semana 2.4.2 () 3 a 4 dias por semana 2.4.3 () 5 a 6 dias por semana 2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

2.5.1 () menos de 10 minutos	2.5.2 () entre 10 e 19 minutos
2.5.3 () entre 20 e 29 minutos	2.5.4 () entre 30 e 39 minutos
2.5.5 () entre 40 e 49 minutos	2.5.6 () entre 50 e 59 minutos
2.5.7 () 60 minutos ou mais	

2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz? _____

2.6.2 Onde trabalha? _____

2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé? [1] Sim [2] Não [3] Não sabe

2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada? [1] Sim [2] Não

2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não

2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.10.1 () menos de 10 minutos	2.10.2 () entre 10 e 19 minutos
2.10.3 () entre 20 e 29 minutos	2.10.4 () entre 30 e 39 minutos
2.10.5 () entre 40 e 49 minutos	2.10.6 () entre 50 e 59 minutos
2.10.7 () 60 minutos ou mais	

2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana? [1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2.14**

2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não

2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.13.1 () menos de 10 minutos	2.13.2 () entre 10 e 19 minutos
2.13.3 () entre 20 e 29 minutos	2.13.4 () entre 30 e 39 minutos
2.13.5 () entre 40 e 49 minutos	2.13.6 () entre 50 e 59 minutos
2.13.7 () 60 minutos ou mais	

2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador?

2.14.1 () menos de 1 hora	2.14.2 () entre 1 e 2 horas
2.14.3 () entre 2 e 3 horas	2.14.4 () entre 3 e 4 horas
2.14.5 () entre 4 e 5 horas	2.14.6 () entre 5 e 6 horas
2.14.7 () mais de 6 horas	
2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador	

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.1.2. Quando? ____/____/____

3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.2.2. Quando? ____/____/____

3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.3.2. Quando? ____/____/____

3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.8.4.2. Quando? ____/____/____

3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

3.1.5.1. Se outra, qual? _____

3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____/____/____

3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

3.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não

3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____/____/____

3.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não

3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____/____/____

3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não

3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____/____/____

3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ____/____/____

3.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não

3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ____/____/____

3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

3.2.6.1 Se outro, qual? _____

3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ____/____/____

3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 3.5**

3.3.1.Problema de saúde	3.3.2. Data	3.3.3. Local de Atendimento	3.3.3.1.Outro, qual?
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco 3.5 apenas para bebês que na **entrevista anterior mamavam (por telefone, aos 4 meses)** no peito. Se **não** mamava, iniciar na questão 3.7.

3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 3.6** [2] Não

3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias

3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 3.7**

3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não
3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não
3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não
3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não
3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não
3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não
3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não
3.7. Peso atual da criança: _____ g 3.7.1. Percentil: _____ 3.7.2. Peso materno: _____ kg 3.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg
3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm 3.8.1. Percentil: _____

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 4.2 4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g
4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 4.3 4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm
4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 3 meses do bebê) em serviço de saúde?? [1] Sim [2] Não – pular para 4.4 4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade – pular para 4.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 4.4 4.3.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro
4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido a partir dos 3 meses? [1] Sim [2] Não – pular para 4.5 4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): [1] 1ª. dose Meningocócica C – Data: ____/____/____ [2] 2ª. dose Meningocócica C – Data: ____/____/____

[3] 2ª dose VIP - Data: ____/____/____

[4] 2ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[5] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[6] 2ª dose Rotavírus - Data: ____/____/____

[7] 2ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[8] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[9] 1ª. dose VOP - Data: ____/____/____

[10] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____

- _____ Data: ____/____/____

4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim

[2] Não – **pular para 4.6**

4.5.1. Se sim, qual(is)? _____

4.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 3 meses? [1] Sim

[2] Não – **pular para 4.7**

4.6.1. Se sim, qual(is)? _____

4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 3 meses? [1]

Sim [2] Não – **finalizar**

4.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.

APÊNDICE 6

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB

2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”

Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (9º mês)

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista (aos 6 meses): [1] Sim [2] Não

1. DADOS DA ENTREVISTA

1.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

1.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

1.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.1.2. Quando? ____/____/____

1.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não

1.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.2.2. Quando? ____/____/____

1.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não

1.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.3.2. Quando? ____/____/____

1.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não

1.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.1.4.2. Quando? ____/____/____

1.1.5. Outra [1] Sim [2] Não

1.1.5.1. Se outra, qual? _____

1.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____ 1.8.5.3. Quando? ____ / ____ / ____

1.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?

1.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não

1.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.1.2. Quando? ____ / ____ / ____

1.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não

1.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.2.2. Quando? ____ / ____ / ____

1.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não

1.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.3.2. Quando? ____ / ____ / ____

1.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não

1.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.4.2. Quando? ____ / ____ / ____

1.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não

1.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____ 1.9.5.2. Quando? ____ / ____ / ____

1.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não

1.2.6.1 Se outro, qual? _____

1.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____ 1.9.6.3. Quando? ____ / ____ / ____

1.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – **pular para 1.5**

1.3.1 Problema de saúde	1.3.2. Data	1.3.3. Local de Atendimento	1.3.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.	
1.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____ _____	
1.4.1. Onde o bebê foi internado? _____	
1.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias	
Questões bloco 1.5 apenas para bebês que na ENTREVISTA ANTERIOR MAMAVAM no peito. Se NÃO mamava, iniciar na questão 1.7.	
1.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – pular para 1.6 [2] Não	
1.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias	
1.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____ _____	
1.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?	
[1] Sim [2] Não – pular para 1.7	
1.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	
1.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não	
1.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não	
1.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não	
1.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não	
1.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não	
1.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não	
1.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não	
1.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não	
1.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não	
1.7. Peso atual da criança: _____ g 1.7.1. Percentil: _____	
1.7.2. Peso materno: _____ kg	

1.7.3. Peso mãe + bebê: _____ kg

1.8. Comprimento atual da criança: _____ cm

1.8.1. Percentil: _____

2 DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

2.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – **pular para 2.2**

2.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

2.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g

2.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta em serviço de saúde, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – **pular para 2.3**

2.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR)

2.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm

2.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – **pular para 2.4**

2.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado:

[1] Adequado para idade – **pular para 2.4** [2] Em atraso [9] Sem registro – **pular para 2.4**

2.3.2. Se em atraso, em qual área?

[1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro

2.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES?

[1] Sim [2] Não – **pular para 2.5**

2.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

[1] 1ª dose VOP - Data: ____/____/____

[2] 3ª dose Pentavalente (DTP-Hib-HB) - Data: ____/____/____

[3] 3ª dose Pneumocócica 10 valente - Data: ____/____/____

[4] Febre amarela - Data: ____/____/____

[5] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____

- _____ Data: ____/____/____

2.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES

[1] Sim [2] Não – **pular para 2.6**

2.5.1. Se sim, qual(is)? _____

2.6. Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES? [1] Sim [2] Não – **pular para 2.7**

2.6.1. Se sim, qual(is)? _____

2.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência APÓS A ENTREVISTA AOS 6 MESES?? [1] Sim [2] Não – **finalizar ou tabela alimentar**

2.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno. **Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.**

APÊNDICE 7

Departamento de Enfermagem e Departamento de Saúde Coletiva – FMB

2015

“SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA NO INTERIOR PAULISTA”**Formulário V – Coleta em Visita Domiciliária (12º mês)**

Nº Formulário

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Bebê em aleitamento materno na última entrevista (9 meses): [1] Sim [2] Não

1.DADOS REFERENTES À ALIMENTAÇÃO MATERNA**1.1.** Em quantos dias da semana a senhora costuma comer feijão?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.2. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.3. Quando a senhora come carne vermelha que tem gordura ou frango/galinha com pele, a senhora costuma:

- [1] tirar sempre o excesso de gordura/pele
[2] comer com a gordura/pele
[3] não come carne/frango com gordura/pele

1.4. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana
[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

1.5. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco artificial (pó)?

- [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana

[4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.6. Quando a senhora toma leite, que tipo de leite costuma tomar? [1] integral [2] desnatado ou semidesnatado [3] os dois tipos [4] não sabe [5] não toma
1.7. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou outros tipos de doces? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca
1.8. Em quantos dias da semana a senhora costuma trocar a comida do almoço ou do jantar por sanduíches, salgados, <i>pizza</i> ou outros lanches? [1] 1 a 2 dias por semana [2] 3 a 4 dias por semana [3] 5 a 6 dias por semana [4] todos os dias (inclusive sábado e domingo) [5] quase nunca [6] nunca

2. DADOS REFERENTES A ATIVIDADE FÍSICA MATERNA

2.1. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? [1] Sim [2] Não - PULAR PARA 2. 6 - Obs: não vale fisioterapia	
2.2. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou? <i>ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO</i>	
2.2.1 () Caminhada na rua (não vale deslocamento para trabalho)	
2.2.2 () Caminhada em esteira (casa ou academia)	
2.2.3 () Ginástica em geral na academia (musculação, caminhada ou corrida, alongamento, bicicleta, pilates, ioga, hidroginástica, ou um pouco de alguns destes, etc)	
2.2.4 () Corrida (esteira ou outra)	
2.2.5 () Bicicleta (inclui ergométrica)	
2.2.6 () outro _____	
2.3. Você pratica o exercício citado acima pelo menos uma vez por semana? [1] Sim [2] Não	
2.4. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?	
2.4.1 () 1 a 2 dias por semana	2.4.2 () 3 a 4 dias por semana
2.4.3 () 5 a 6 dias por semana	2.4.4 () todos os dias (inclusive sábado e domingo)
2.5. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	
2.5.1 () menos de 10 minutos	2.5.2 () entre 10 e 19 minutos
2.5.3 () entre 20 e 29 minutos	2.5.4 () entre 30 e 39 minutos
2.5.5 () entre 40 e 49 minutos	2.5.6 () entre 50 e 59 minutos
2.5.7 () 60 minutos ou mais	
2.6. Nos últimos três meses, você trabalhou com remuneração?	

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2. 11**

2.6.1 O que você faz? _____

2.6.2 Onde trabalha? _____

2.7. No seu trabalho, você anda bastante a pé?

[1] Sim [2] Não [3] Não sabe

2.8. No seu trabalho você carrega peso ou faz outra atividade pesada?

[1] Sim [2] Não

2.9. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não – **PULAR PARA 2.11**

2.10. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.10.1 () menos de 10 minutos 2.10.2 () entre 10 e 19 minutos

2.10.3 () entre 20 e 29 minutos 2.10.4 () entre 30 e 39 minutos

2.10.5 () entre 40 e 49 minutos 2.10.6 () entre 50 e 59 minutos

2.10.7 () 60 minutos ou mais

2.11. Atualmente, você está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola diariamente ou pelo menos 5 vezes na semana?

[1] Sim [2] Não - **PULAR PARA 2.14**

2.12. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

[1] Sim, todo o trajeto [2] Sim, parte do trajeto [3] Não – **PULAR PARA 2.14**

2.13. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

2.13.1 () menos de 10 minutos 2.13.2 () entre 10 e 19 minutos

2.13.3 () entre 20 e 29 minutos 2.13.4 () entre 30 e 39 minutos

2.13.5 () entre 40 e 49 minutos 2.13.6 () entre 50 e 59 minutos

2.13.7 () 60 minutos ou mais

2.14. Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão, ou na internet, computador?

2.14.1 () menos de 1 hora 2.14.2 () entre 1 e 2 horas

2.14.3 () entre 2 e 3 horas 2.14.4 () entre 3 e 4 horas

2.14.5 () entre 4 e 5 horas 2.14.6 () entre 5 e 6 horas 2.14.7 () mais de 6 horas

2.14.8 () Não assiste à televisão/ Não mexe na internet ou computador

3. DADOS REFERENTES AO BEBÊ

3.1 Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o (a) [NOME DO BEBÊ] apresentou algumas das seguintes infecções respiratórias diagnosticada pelo (a) médico (a)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): (LER AS ALTERNATIVAS)

3.1.1. Asma [1] Sim [2] Não

3.1.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.1.1.2. Quando? ____/____/____	
3.1.2. Bronquite [1] Sim [2] Não			
3.1.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.1.2.2. Quando? ____/____/____	
3.1.3. Bronquiolite [1] Sim [2] Não			
3.1.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.1.3.2. Quando? ____/____/____	
3.1.4. Pneumonia [1] Sim [2] Não			
3.1.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.1.4.2. Quando? ____/____/____	
3.1.5. Outra [1] Sim [2] Não			
3.1.5.1. Se outra, qual? _____			
3.1.5.2. Se outra, onde foi atendido? _____		3.1.5.3. Quando? ____/____/____	
3.2. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou algumas das seguintes atopias (alergias) diagnosticada pelo(a) médico(a)?			
3.2.1. Rinite [1] Sim [2] Não			
3.2.1.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.2.1.2. Quando? ____/____/____	
3.2.2. Conjuntivite [1] Sim [2] Não			
3.2.2.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.2.2.2. Quando? ____/____/____	
3.2.3. Rinoconjuntivite (rinite + conjuntivite) [1] Sim [2] Não			
3.2.3.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.2.3.2. Quando? ____/____/____	
3.2.4. Dermatite (alergia na pele) [1] Sim [2] Não			
3.2.4.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.2.4.2. Quando? ____/____/____	
3.2.5. Alergia alimentar [1] Sim [2] Não			
3.2.5.1. Se sim, onde foi atendido? _____		3.2.5.2. Quando? ____/____/____	
3.2.6. Outro tipo de alergia [1] Sim [2] Não			
3.2.6.1 Se outro, qual? _____			
3.2.6.2. Se outro, onde foi atendido? _____		3.2.6.3. Quando? ____/____/____	
3.3. Depois da última entrevista que fizemos na sua casa, o bebê apresentou outro problema de saúde? [1] Sim [2] Não – pular para 3.5			
3.3.1 Problema de saúde	3.3.2. Data	3.3.3. Local de Atendimento	3.3.3.1. Outro, qual?
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	____/____/____	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	
	___/___/___	[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]	

[1] atendimento na Clínica do Bebê [2] consulta agendada no serviço de saúde onde faz Puericultura [3] consulta eventual no serviço de saúde onde faz Puericultura [4] atendimento no pronto socorro [5] internação hospitalar em enfermaria [6] internação hospitalar em UTI [7] não procurou atendimento [8] Outro atendimento.

3.4. Se houve internação hospitalar do bebê, essa foi por qual motivo? _____

3.4.1. Onde o bebê foi internado? _____

3.4.2. Por quanto tempo ficou internado? _____ dias

Questões bloco **3.5** apenas para bebês que na **ENTREVISTA ANTERIOR MAMAVAM** no peito. Se **NÃO** mamava, iniciar na questão **3.7**.

3.5. Seu bebê está mamando no peito? [1] Sim – **pular para 3.6** [2] Não

3.5.1. Quando você parou de amamentar, o bebê estava com quantos _____ meses _____ dias

[DIGITAR EM DIAS – transformar meses em dias]: _____ dias

3.5.2. Qual o motivo de você ter parado de amamentar? _____

3.6. Seu bebê toma atualmente algum líquido ou algum alimento diferente de leite do peito?

[1] Sim [2] Não – **pular para 3.7**

3.6.1. Se sim, qual? LER AS ALTERNATIVAS (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

3.6.1.1 Chá [1] Sim [2] Não

3.6.1.2 Suco de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.3 Água [1] Sim [2] Não

3.6.1.4 Leite em pó [1] Sim [2] Não

3.6.1.5 Leite líquido [1] Sim [2] Não

3.6.1.6 Formula infantil [1] Sim [2] Não

3.6.1.7 Papa de fruta [1] Sim [2] Não

3.6.1.8 Papa salgada [1] Sim [2] Não

3.6.1.9 Danoninho [1] Sim [2] Não	
3.7. Peso mãe + bebê: _____ kg	
3.7.2. Peso materno: _____ kg	3.7.1. Percentil: _____
3.7.3. Peso atual da criança: _____ g	
3.8. Comprimento atual da criança: _____ cm	3.8.1. Percentil: _____

4. DADOS COLETADOS DA CADERNETA DE SAÚDE/VACINAS DO BEBÊ E EM OUTROS DOCUMENTOS RELATIVOS A ELE (PEDIDOS DE EXAMES, RECEITAS, ENCAMINHAMENTOS)

4.1. Há registro de peso do bebê obtido na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.2 4.1.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 4.1.2. Se sim, qual o peso do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ g	
4.2. Há registro de estatura do bebê obtido na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.3 4.2.1. Se sim, qual a data da medida? ____/____/____ (NÃO DIGITAR) 4.2.2. Se sim, qual a estatura do bebê na última consulta em serviço de saúde? _____ cm	
4.3. Foi anotada a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na última consulta (após 9 meses do bebê) em serviço de saúde? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.4 4.3.1. Se sim, o DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor) foi considerado: [1] Adequado para idade – pular para 4.4 [2] Em atraso [9] Sem registro – pular para 4.4 4.3.2. Se em atraso, em qual área? [1] Motora [2] Coordenação [3] Social [4] Linguagem [9] Sem registro	
4.4. Há registro de vacinas que o bebê tenha recebido após os 9 meses? [1] Sim [2] Não – PULAR PARA 4.5 4.4.1. Se sim, qual(is) e em qual(is) data(s)? (POSSIBILIDADE DE INCLUIR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): [1] Febre amarela – Data: ____/____/____ [2] Sarampo-Caxumba-Rubéola (SCR) - Data: ____/____/____ [3] 3ª dose Meningocócia - Data: ____/____/____ [4] 3ª. dose Pneumo 10 – Data: ____/____/____ [4] Vacinas especiais - _____ Data: ____/____/____ - _____ Data: ____/____/____	
4.5. Há registro de exames laboratoriais e/ou de imagem para o bebê, após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim	

[2] Não – **PULAR PARA 4.6**

4.5.1. Se sim, qual(is)? _____

_____ **4.6.** Há registro de prescrição de medicamentos/suplementação vitamínica após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – **PULAR PARA 4.7**

4.6.1. Se sim, qual(is)? _____

4.7. Há pedidos de encaminhamentos para serviço(s) de saúde de referência, após a entrevista aos 9 meses? [1] Sim [2] Não – **finalizar ou tabela alimentar**

4.7.1. Se sim, qual(is) serviço(s)? _____

Utilize Tabela Alimentar abaixo somente se a criança já estiver sendo alimentada com outros alimentos que não seja o leite materno.

Vamos listar então vários alimentos para confirmar se o bebe ingere, ou já ingeriu, e mais alguns detalhes, como a idade em que ele recebeu pela primeira vez e a forma de preparo.