



UNIVERSIDADE FEDERAL OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA

JADIRA LISS DOS SANTOS CORREIA

“Pio leti mama”: Amamentação na primeira hora de vida em Cabo Verde

Barreiras

2024

JADIRA LISS DOS SANTOS CORREIA

“Pio leti mama”: Amamentação na primeira hora de vida em Cabo Verde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro das Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Etna Kaliane Pereira da Silva

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Gisseila Andrea Ferreira Garcia Andrade

Barreiras

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

C824 Correia, Jadira Liss dos Santos.

“Pio leti mama”: amamentação na primeira hora de vida em Cabo Verde. / Jadira Liss dos Santos Correia. – 2025.

38f.

Orientador: Profª Drª Etna Kaliane Pereira da Silva.

Monografia (Graduação) – Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2025.

1. Amamentação. 2. Contato pele a pele. 3. Equidade em saúde. 4. Cabo Verde. I. Etna Silva, Kaliane Pereira da. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 610

JADIRA LISS DOS SANTOS CORREIA

“Pio leti mama”: Amamentação na primeira hora de vida em Cabo Verde

Trabalho aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel no curso de Medicina, pela Universidade Federal Oeste Da Bahia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Etna Kaliane Pereira da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Oeste da Bahia

Prof^a Dr^a Gisseila Andrea Ferreira Garcia Andrade (Co-orientadora)
Instituto Nacional de Saúde Pública

Prof^a Dr^a Marly Augusto Cardoso (Examinadora externa)
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Mrs Delisa Soraia Monteiro Vera-Cruz Martins (Examinadora externa)
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Ao meu pai, minha base, meu alicerce e o meu maior incentivador em minha vida.

Dedico este trabalho a você, que sempre acreditou no meu potencial, mesmo quando eu duvidei de mim mesma. Sua força, confiança e amor incondicional foram o combustível que me impulsionaram a cada passo deste percurso.

Você é o exemplo de dedicação, coragem e resiliência que levo comigo todos os dias. Este é apenas mais um dos frutos do seu apoio constante e da sua presença essencial em minha vida.

Com todo o meu amor e gratidão, este trabalho é para você.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de força e sabedoria, por sustentar minha alma em cada desafio e me conceder saúde e determinação para seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis. Sem sua presença, este trabalho não seria possível.

Ao meu pai, minha base, meu alicerce, aquele que acredita em mim e no meu potencial como ninguém. Sua confiança inabalável foi o impulso que me fez persistir e acreditar nos meus próprios sonhos.

Aos meus familiares e amigos, que com paciência e compreensão suportaram minhas ausências e me apoiaram em meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas orientadoras, Etna da Silva e Gisseila Garcia, por sua dedicação, sabedoria e orientação indispensável durante todo o processo. A vossa parceria foi essencial para a concretização deste trabalho.

Ao meu irmão Jadirson, que, mesmo à distância, trouxe leveza e alegria às minhas jornadas com suas risadas e nossa conexão especial. À minha mana Vika, que apesar da distância física, permanece sempre presente em minha vida como um pilar de apoio.

Ao meu caçula Jairo, meu “Kode,” que com seu espírito infantil e contagiante, trouxe leveza e doçura a este percurso.

À minha prima Diva, que sempre me incentiva e acredita que sou capaz de realizar qualquer coisa que eu deseje. Sua fé em mim é inspiradora.

À minha amiga Deyna, que com suas chamadas diárias iluminou meus dias e encheu meu coração de alegria, mesmo nos momentos mais tensos.

E ao combo maravilhoso da minha melhor amiga Elaine, junto com sua irmã Nadine, que, com suas risadas e confidências, trouxeram o equilíbrio perfeito entre a leveza e a seriedade que eu precisava para concluir este trabalho.

A cada um de vocês, meu mais profundo agradecimento. Este trabalho é, também, fruto do amor, da paciência e da energia que vocês me proporcionaram.

Kantu bes nu kai nu torna labanta
Didika bu vida i klaru ki bu ta alkansa
Nunka ko dizisti ô perde bu speransa
Ka bu xinti medu pamô tudu ta pasa Apoolo G ca bu desisti

Kada un ku se lus sima lua i sól ta brilha
Tudu é frutu di bu trabadju, ka ta da pa adivinha
É sô nu manti fokadu i un dia nu ta txiga Apoolo G Paz

Dexa-m sta fokadu na di-meu, N ta multiplika
Fé fôku, sforsu y nu sta sênpri ta ajiliza
Pasu a pasu, dia-dia ti ki nu konkretiza Apoolo G passo a passo

RESUMO

A amamentação na primeira hora de vida é uma das práticas primordiais nos primeiros momentos após o parto que contribui para o bem estar materno e neonatal. Resultando na ingestão de colostro, leite com alto valor nutritivo e rico em propriedades imunológicas, que aumentam a longevidade do neonato, bem como, a liberação de ocitocina que é essencial para a contração uterina, fator culminante na diminuição das chances de ocorrência da hemorragia pós-parto. O incentivo a essa prática favorece o contato pele a pele, que promove o vínculo mãe-bebê, bem como o aleitamento materno exclusivo. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados à amamentação na primeira hora de vida em mulheres participantes do Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde em Cabo Verde (IDSR-III). Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados do IDSR-III, realizado em 2018, no qual foram entrevistadas 1661 mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores à coleta de dados. A amostragem foi realizada visando produzir dados representativos ao nível nacional. Foram estimadas prevalências e razões de prevalência (RP), a análise múltipla foi conduzida por regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi de 74,4%. Entre os fatores associados, destacamos distinções entre as ilhas/regiões, em comparação as residentes na região de Santiago Sul, onde fica situada a capital do país, observamos menor prevalência em residentes nas Ilhas São Vicente (RP=0,87), Sal (RP=0,85), Santo Antão (RP=0,87), São Nicolau (RP=0,69) e Brava (RP=0,76) e na região Santiago Norte (RP=0,90), maior prevalência foi observada em residentes na ilha de Boa Vista (RP=1,12). Observamos ainda que a amamentação na primeira hora de vida foi associada a: ter 2 filhos (RP=1,09) e 3 ou mais filhos (RP=1,09); local de parto em centro de saúde (RP=1,11) e casa da gestante (RP=0,78) em comparação a hospital do governo; e parto via cesariana (RP=0,68). Este estudo contribui para a ciência sobre a saúde materno-infantil em contextos insulares, em especial para países arquipélagos, chamando atenção para as diferenças entre as ilhas e a necessidade de implementação de políticas equitativas. Bem como, contribui para a formação de recursos humanos qualificados para atuação na atenção à saúde da população cabo-verdiana, uma vez que a autora é cabo-verdiana e ingressou na universidade por meio do Programa de Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G).

Palavras-chave: amamentação; contato pele a pele; equidade em saúde; Cabo Verde

ABSTRACT

Breastfeeding in the first hour of life is one of the essential practices in the first moments after birth that contributes to maternal and neonatal well-being. It results in the ingestion of colostrum, milk with high nutritional value and rich in immunological properties, which increases the longevity of the newborn, as well as the release of oxytocin, which is essential for uterine contraction, a culminating factor in reducing the chances of postpartum hemorrhage. Encouraging this practice favors skin-to-skin contact, which promotes the mother-baby bond, as well as exclusive breastfeeding. Thus, this study aims to identify the prevalence and sociodemographic and obstetric factors associated with breastfeeding in the first hour of life in women participating in the Third Demographic and Health Survey in Cape Verde (IDSR-III). This is a cross-sectional study that used data from IDSR-III, carried out in 2018, in which 1,661 women who had children in the five years prior to data collection were interviewed. Sampling was carried out to produce data that are representative at the national level. Prevalence and prevalence ratios were estimated, and multiple analysis was conducted using Poisson regression with robust variance. The prevalence of breastfeeding in the first hour of life was 74.4%. Among the associated factors, we highlight distinctions between the islands/regions. In comparison with residents in the region of Santiago Sul, where the country's capital is located, we observed a lower prevalence in residents of the islands of São Vicente (PR=0.87), Sal (PR=0.85), Santo Antão (PR=0.87), São Nicolau (PR=0.69) and Brava (PR=0.76); and in the region of Santiago Norte (PR=0.90), a higher prevalence was observed in residents of the islands of Boa Vista (PR=1.12). We also observed that breastfeeding in the first hour of life was associated with: having 2 children (PR=1.09) and 3 or more children (PR=1.09); delivery location in a health center (PR=1.11) and maternity home (PR=0.78) compared to a government hospital; and delivery by cesarean section (PR=0.68). This study contributes to the science of maternal and child health in island contexts, especially in archipelago countries, drawing attention to the differences between islands and the need to implement equitable policies. It also contributes to the training of qualified human resources to work in healthcare for the Cape Verdean population, since the author is Cape Verdean and entered the university through the Undergraduate Exchange Student Program (PEC-G, acronym in Portuguese).

Keywords: breastfeeding; skin-to-skin contact; health equity; Cape Verde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. ARTIGO	15
Introdução	15
Métodos	17
Resultados	20
Discussão	23
Conclusão	28
Referências	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A - Instruções para autores da Cadernos de Saúde Pública (CSP)	35

1. INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática ancestral e a primeira prática alimentar do ser humano, com benefícios amplamente reconhecidos para a saúde da criança e da mãe. Esses benefícios abrangem aspectos nutricionais, imunológicos, cognitivos e gastrointestinais, além de vantagens econômicas e sociais. Além disso, a amamentação propicia a conexão mais intensa entre a pessoa nutriz e a criança nas primeiras horas após o parto (MACHADO et al., 2014).

É denominada de "Hora de ouro" ou "Golden hour", os primeiros momentos após o parto que são cruciais para o desenvolvimento dos bebês tanto pré termo como a termo, na qual inclui um conjunto de práticas, tais como, o estabelecimento do contato pele a pele (CPP), clampeamento tardio do cordão umbilical e o incentivo à amamentação (DE JESUS SANTOS et al., 2023).

A "Hora de ouro" oportuniza os bebês a ingerir o colostro que tem um alto valor nutritivo e imunológico, além de, os bebês estarem propensos para a sucção do seio, o que estimula a amamentação e o vínculo entre os binômios, conseqüentemente, estabelece uma base para uma amamentação bem-sucedida (SOUSA et al., 2024).

Durante esses primeiros 60 minutos pós parto, na amamentação, é liberado altos índices de ocitocina, popularmente conhecida como hormônio do amor, que contribui para a redução de dor, estresse, depressão pós parto, fadiga, ocorrência de hemorragia pós parto (HPP) e anemia, além de, proporcionar ao bebê um conforto e segurança logo após o nascimento o que facilitará para a adaptação à vida extrauterina (DE JESUS SANTOS et al., 2023)

Iniciar o aleitamento na primeira hora pode resultar em benefícios significativos e imediatos, como efetividade na mamada, regulação da temperatura corporal do recém-nascido, estabilização cardiorrespiratória, assim como, a longo prazo, esta prática está associada a maiores taxas de amamentação exclusiva e menores índices de mortalidade neonatal (BARREIROS et al., 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), evidências atuais revelam que o contato pele a pele entre a mãe e o bebê imediatamente após o nascimento facilita o início da amamentação precoce e aumenta a probabilidade de amamentação exclusiva durante os primeiros quatro meses de vida, além de prolongar a sua duração total, e que, os bebês que são colocados em contato pele a pele com suas mães logo após o nascimento tendem a interagir mais com elas e a chorar menos. A OMS junto a UNICEF (Fundo Internacional de

Emergência das Nações Unidas para a Infância) recomendam que a amamentação perdure exclusivamente até os seis meses de vida sem o fornecimento de outros alimentos ou líquidos, incluindo água, e que seja por livre demanda, sem o uso de mamadeiras, tetinas ou chupetas, uma vez que, o leite materno é um alimento seguro, limpo e rico em anticorpos e nutrientes capazes de proteger contra patologias comuns infantis como diabetes e obesidade, e contribuir para um melhor desempenho em testes de inteligência. A partir dos 6 meses, os bebês devem iniciar a introdução alimentar concomitante com a amamentação até os 2 anos de idade. Para as mães, a amamentação reduz o risco de câncer de mama e ovário. (OMS, 2024)

Apesar dos benefícios, muitas mães enfrentam obstáculos para iniciar a amamentação na primeira hora. Fatores como: falta de poder de decisão, que tira a total autonomia da mãe de decidir sobre a amamentação na primeira hora de vida, e que mesmo tendo suas vontades solicitadas, as mesmas não são respeitadas, devido às práticas institucionais e dos profissionais de saúde, que por vezes não estão capacitados para dar assistência a mãe no que tange à amamentação, e que priorizam outros procedimentos e vão de acordo com as políticas e rotinas das instituições de saúde. A falta de tempo dos profissionais de saúde, também é um fator culminante para que a amamentação seja postergada, devido ao excesso de tarefas que possuem. O parto cesáreo é um outro fator limitativo, que reduz a taxa de amamentação na primeira hora de vida, devido a procedimentos pós-cirúrgicos que afastam o bebê da mãe por um longo tempo. Mesmo sendo um parto cesáreo é indicado que o bebê seja colocado em cima da mãe imediatamente, caso nasça sem nenhuma complicação. Devido a esses fatores limitantes as mães acarretam sentimentos de culpa, por ter esse primeiro momento fracassado, gerando frustrações, insucesso e desistência no processo de amamentação (DA SILVA et al., 2020).

A OMS e a UNICEF tem incentivado e promovido a amamentação, diante disso, em 1990 criaram IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), com objetivo de estimular a amamentação bem sucedida, através de metas que incluem os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Nomeadamente o quarto passo, visa que os profissionais de saúde auxiliem as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida, na qual, os RN vão ser colocados em contato pele a pele durante uma hora, junto às orientações sobre a amamentação, identificando os sinais de que o bebê quer ser amamentado (ABDALA et al., 2019).

A OMS tem como objetivo aumentar a taxa de amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses até pelo menos 50% até 2025. Diante disso, a OMS e a UNICEF instituíram um conjunto de abordagens estratégicas como: o desenvolvimento do Coletivo Global de Amamentação (com fins de reunir implementadores e doadores de governos) com entidades filantrópicas; organizações internacionais e sociedade civil para a amamentação; possuir uma rede de Monitorização Global e Apoio à Implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (a NetCode que visa garantir que os substitutos do leite materno não sejam comercializados de forma inadequada), bem como, o oferecimento de programas de formação para profissionais de saúde capacitando-os a fornecer apoio especializado às mães que amamentam, auxiliando na superação de dificuldades e na monitorização do crescimento infantil (OMS, 2024).

De acordo com a Global Breastfeeding Scorecard que foi introduzido pela UNICEF e pela OMS, com os dados de 2023, vem se notado progressos na proteção e apoio a amamentação, onde, as taxas globais de amamentação exclusiva subiram 10 pontos percentuais na última década, chegando a 48%. Com isso, estamos perto de atingir a meta de 50% até 2025. (UNICEF; OMS, 2023). Países como Quênia, Paquistão, Sérvia, Serra Leoa e Vietnã mostram avanços recentes em políticas e programas de amamentação. Há evidências de que a aplicação do Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno está ligada a maiores taxas de amamentação (UNICEF; OMS, 2023).

De acordo com a UNICEF, mundialmente, apenas 46% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora após o nascimento, uma vez que, são deixados muito tempo à espera para terem o contato com as suas mães. Esta prática varia muito entre as regiões, na África Oriental e Meridional a prevalência é de 69% é quase duas vezes mais elevada em comparação com o Sul da Ásia 39 %, a Ásia Oriental e o Pacífico 40% e a África Ocidental e Central 41% (UNICEF, 2023).

Em Cabo Verde, segundo os dados do Ministério da Saúde, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de aproximadamente 42% em 2023, sendo de 40% no ano de 2022, com uma prevalência de amamentação na 1ª hora de 71% e de 92% no primeiro dia de nascimento. A duração média da amamentação em Cabo Verde é de 15,3 meses, também acima da média mundial, africana e de países de rendimento médio (CABO VERDE, 2023). Apesar das taxas de amamentação em Cabo Verde apresentarem progressos, há espaço para melhorias significativas, uma vez que, tratando-se de um país em desenvolvimento, a

amamentação é essencial porque, para além, de assegurar a alimentação infantil reduz também os custos com saúde pública, tornando vital o reconhecimento e compreensão mais aprofundada dos empecilhos para o início precoce da amamentação em Cabo Verde. E diante da identificação desses fatores limitantes o presente estudo busca contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes com o intuito de aumentar as prevalências de aleitamento materno precoce e exclusivo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados à amamentação na primeira hora de vida entre mulheres participantes do Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde em Cabo Verde (IDSR-III).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres participantes do IDSR-III, segundo características sociodemográficas e obstétricas;
- Identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados à amamentação na primeira hora de vida entre participantes do IDSR-III;

3. ARTIGO

Prevalência e fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Cabo Verde

A ser submetido a Cadernos de Saúde Pública

Resumo

O objetivo do estudo foi identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados à amamentação na primeira hora de vida em mulheres participantes do Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde em Cabo Verde (IDSR-III). Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados do IDSR-III, realizado em 2018, no qual foram entrevistadas 1661 mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores à coleta de dados. A amostragem foi realizada visando produzir dados representativos ao nível nacional. Foram estimadas prevalências e razões de prevalência (RP), a análise múltipla foi conduzida por regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi de 74,4%. Entre os fatores associados, destacamos distinções entre as ilhas/regiões, em comparação as residentes na região de Santiago Sul, onde fica situada a capital do país, observamos menor prevalência em residentes nas Ilhas São Vicente (RP=0,87), Sal (RP=0,85), Santo Antão (RP=0,87), São Nicolau (RP=0,69) e Brava (RP=0,76) e na região Santiago Norte (RP=0,90), maior prevalência foi observada em residentes na ilha de Boa Vista (RP=1,12). Observamos ainda que a amamentação na primeira hora de vida foi associada a: ter 2 filhos (RP=1,09) e 3 ou mais filhos (RP=1,09); local de parto em centro de saúde (RP=1,11) e casa da gestante (RP=0,78) em comparação a hospital do governo; e parto via cesariana (RP=0,68). Este estudo contribui para a ciência sobre a saúde materno-infantil em contextos insulares, em especial para países arquipélagos, chamando atenção para as diferenças entre as ilhas e a necessidade de implementação de políticas equitativas.

Palavras -chave: amamentação; contato pele a pele; equidade em saúde; Cabo Verde

Introdução

A amamentação na primeira hora de vida é uma das práticas essenciais que contribui para o bem estar materno e neonatal. Os primeiros 60 minutos de vida é denominada “hora de ouro” por ser são cruciais para o desenvolvimento dos bebês tanto pré termo como a termo, na qual

inclui um conjunto de práticas, tais como, o estabelecimento do contato pele a pele (CPP), clampeamento tardio do cordão umbilical e o incentivo à amamentação¹.

Logo após o nascimento os bebês estão tendentes a sucção do seio materno o que facilita a ingestão do colostro, importante para o sistema imunológico. Ademais, iniciar a amamentação na primeira hora pode resultar em benefícios significativos e imediatos, como efetividade na mamada, regulação da temperatura corporal do recém-nascido, estabilização cardiorrespiratória, assim como, a longo prazo, esta prática está associada a maiores taxas de amamentação exclusiva e menores índices de mortalidade neonatal². Ressalta-se que o aleitamento materno exclusivo é essencial para o desenvolvimento infantil, uma vez que, o leite materno contém um alto valor nutritivo que contribui para a redução de ocorrência de comorbidades como a obesidade e diabetes mellitus, bem como a redução do risco de mortes infantis³. O início precoce da amamentação também é de extrema importância para as puérperas, pois esse momento de amamentação, favorece a liberação do hormônio ocitocina que diminui fadiga, dor, estresse, depressão pós parto, anemia e ocorrência de hemorragia pós parto (HPP)⁴.

Contudo, existem desafios para a implementação das boas práticas quanto ao aleitamento materno na primeira hora de vida, apesar de amplamente reconhecidos os benefícios dessa prática para o recém nascido e para a parturiente. Partos do tipo cesáreo são um dos empecilhos para a amamentação na primeira hora de vida, uma vez que, são seguidos protocolos pós cirúrgicos, onde são priorizados práticas rotineiras e institucionais de saúde, conseqüentemente o afastamento dos recém nascidos das mães por um período de tempo. Entretanto, ressalta-se que é indicado em casos de partos cesáreos sem complicações médicas que o bebê seja colocado no peito da mãe de forma imediata. O protagonismo das mães nesse momento também muitas vezes não é respeitado, suas preferências frequentemente não são atendidas, devido ao despreparo dos profissionais de saúde no que tange ao suporte no início da amamentação, junto a sobrecarga de trabalho contribuem para o adiamento da amamentação. Essas barreiras geram conseqüências emocionais negativas para as mães, incluindo sentimentos de culpa, frustração e insatisfação com o processo de amamentação. Tais experiências podem levar ao abandono precoce da prática, comprometendo os benefícios que ela oferece para a saúde do bebê e da mãe⁵.

De acordo com a UNICEF, em escala global apenas 46% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora de vida, o que significa que muitos bebês aguardam além do

tempo ideal para estabelecer esse contato essencial com suas mães. A prática de iniciar precocemente a amamentação varia amplamente entre as regiões: na África Oriental e Meridional, a taxa é de 69%, enquanto no Sul da Ásia é de 39%, no Leste Asiático e Pacífico, 40%, e na África Ocidental e Central, 41% ⁶.

Segundo os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em Cabo Verde a amamentação na primeira hora de vida atingiu 71% em 2023, nesse mesmo ano 92% dos neonatos foram amamentados no primeiro dia de vida. A duração média da amamentação foi de 15,3 meses e a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 42% em 2023, um aumento em relação aos 40% registados em 2022 ⁷. Embora as taxas de amamentação na primeira hora de vida apresentem melhorias consideráveis, Cabo Verde é um país em desenvolvimento com recursos limitados e com relativa desigualdades na distribuição dos mesmos entre as ilhas que compõem o país. Assim, diante da relevância do leite materno para a nutrição infantil e saúde pública, torna-se fundamental a compreensão dos fatores que impedem o início precoce da amamentação no país.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e obstétricos associados à amamentação na primeira hora de vida em mulheres participantes do Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde em Cabo Verde (IDSR-III). Com o intuito de contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a saúde materna e neonatal no contexto local, bem como servir de referência para estudos locais sobre o tema em questão, visto que há uma ausência de estudos específicos na literatura.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que foi realizado com dados do Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR-III) conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em colaboração com o Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS) de Cabo Verde. O IDSR-III foi desenvolvido em 2018 com o objetivo de atualizar vários indicadores sociais e do sistema nacional de saúde, particularmente com relação a saúde materna e infantil, a sobrevivência das crianças, a saúde reprodutiva, a nutrição e as práticas alimentares das crianças, atitude e comportamento perante o HIV/AIDS e as infecções sexualmente transmissíveis, violência doméstica, entre outros ⁸.

Cabo Verde é um país insular que se localiza na costa ocidental da África, no oceano atlântico central, formado por um arquipélago de dez ilhas, sendo 9 delas habitadas, dividido entre os grupos de ilhas de Barlavento (norte) e Sotavento (sul). A capital, Praia, está situada na Ilha de Santiago, que também concentra a maior parte da população e dos serviços de saúde do país. Cabo Verde possui uma população estimada em cerca de 500 mil habitantes, distribuída de forma desigual entre as ilhas ⁹.

O sistema de saúde do país é composto por uma rede de serviços públicos e privados, onde a rede pública de saúde está estruturada em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária é organizada em Delegacias de Saúde, com Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base, além de estruturas especializadas como os Centros de Saúde Reprodutiva e de Terapia Ocupacional. A atenção secundária é fornecida nos hospitais regionais (Hospital Ramiro Figueira na Ilha de Sal, Hospital Santa Rita Vieira em Santiago Norte, Hospital São Francisco de Assis na Ilha da Fogo e Hospital Doutor João Morais na Ilha de Santo Antão) e centrais (Hospital Universitário Agostinho Neto (HUAN) na Ilha de Santiago e Hospital Baptista de Sousa (HBS) na Ilha de São Vicente), enquanto a atenção terciária é prestada exclusivamente pelos hospitais centrais¹⁰.

A amostragem do IDSR-III foi realizada visando produzir dados representativos ao nível nacional, foram utilizados dados das 9 ilhas, sendo a Ilha de Santiago dividida em dois domínios de estudo (Santiago Norte e Santiago Sul). O método de amostragem foi probabilístico em duas etapas. Na primeira etapa foram selecionados 283 Distritos de Recenseamento (DRs), enquanto Unidades Primárias de amostragem (UPA), a partir da listagem dos distritos de recenseamento provenientes do Recenseamento Geral da População e da Habitação de 2010, cujos alojamentos/agregados foram atualizados em 2012. Já na segunda etapa foram selecionados alojamentos na qual a elegibilidade era a idade das mulheres e dos homens (mulheres de 15-49 anos, homens de 15-59 anos e crianças de 6 a 71 meses), foram selecionados 8897 alojamentos (5377 no meio urbano e 3520 no meio rural), com 5361 mulheres elegíveis (15-49 anos) e 3106 homens elegíveis (15-59 anos), que residiam ou estiveram presentes na noite anterior a entrevista nos encontrados em 6741 agregados familiares visitados pelos agentes de terreno ⁸.

No presente estudo foram utilizados os dados das entrevistas realizadas com as mulheres que responderam os questionamentos sobre amamentação no IDSR-III, ou seja, as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos cinco anos (desde janeiro de 2013) anteriores à entrevista ⁸

Foi realizado um estudo piloto em dezembro de 2017 em quatro DRs urbanos e dois DRs rurais da Ilha de Santiago, escolhidos fora da amostra do inquérito principal. As experiências do estudo piloto (performance dos entrevistadores, dificuldades encontradas no campo relativas à adesão e demais) foram utilizadas, no sentido de elaborar estratégias novas para coleta de dados⁸.

A coleta de dados foi realizada por 18 equipes de diferentes ilhas formadas por um(a) controlador(a), duas entrevistadoras, um entrevistador e um agente de saúde, salvo em algumas ilhas onde, por motivos operacionais, foi acrescentado um(a) entrevistador(a) ou um agente de saúde, conforme a necessidade. Essas equipes foram recrutadas através de um concurso público e treinadas no período de 22 de janeiro até 10 de fevereiro de 2018. A coleta de dados ocorreu no período de 16 de fevereiro a 16 de maio de 2018, com exceção do concelho do Sal, onde a coleta foi prolongada até 15 de junho do referido ano, tendo em conta a desistência de dois entrevistadores no primeiro mês de coleta. Todas as equipes tinham à disposição um carro para facilitar o bom andamento dos trabalhos. A supervisão foi assegurada por técnicos do gabinete do IDSR-III (do INE e do MSSS)⁸.

O instrumento utilizado para a coleta de dados do IDSR-III foram quatro questionários (o questionário agregado familiar, o questionário mulher, o questionário homem e o questionário dos biomarcadores), recolha de dados antropométricos e coleta de sangue para testes de anemia e do HIV⁸. Questões referentes aos fatores sociodemográficos, obstétricos e a amamentação na primeira hora de vida presentes no questionário do IDSR-III, respondido pelas mulheres, foram utilizadas nesse trabalho.

A variável dependente foi a amamentação na primeira hora de vida obtido por meio do seguinte questionamento: “*Quanto tempo depois de nascer, (Nome do recém nascido) mamou pela 1ª vez?*” com resposta obtida em horas, posteriormente categorizada em amamentação na primeira hora de vida (não; sim).

As variáveis independentes deste estudo foram selecionadas de acordo com a literatura e categorizadas do seguinte modo: idade (15-24 anos; 25-34 anos; 35-49 anos); escolaridade (ensino secundário ou ensino superior; não estudou ou ensino primário); renda (maior renda; menor renda - determinada com base no índice de riqueza, que é uma medida composta do padrão de vida cumulativo de um domicílio, calculada usando dados sobre a posse de ativos,

como televisores e bicicletas, materiais usados na construção da habitação e tipos de acesso à água e instalações sanitárias); estado civil (solteira; casada ou união estável; separada ou divorciada ou viúva); domínio (Santiago Sul; São Vicente; Santiago Norte; Sal; Fogo; Santo Antão; Boavista; São Nicolau; Brava; Maio;); região (urbano; rural); número de filhos (1; 2; 3 ou mais); número de consultas ao pré natal (menos do que 6; 6 ou mais); pós parto imediato (profissional de assistência no pós-parto imediato) (médico; enfermeira; outro profissional); local do parto (hospital do governo; centro de saúde; casa da gestante ou outra) e tipo de parto cesária (não; sim).

A análise dos dados foi realizada inicialmente por meio de distribuição de frequência simples. Posteriormente, para a identificação das variáveis associadas ao desfecho estudado foi utilizado a razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% como medida de associação, estimada por regressão de Poisson com variância robusta. Todas as variáveis com nível de significância de 20% na análise bivariada serão incluídas na análise multivariada. Para a análise multivariada foi considerado o nível de significância de 5%. Os modelos foram comparados pelos critérios de Akaike (AIC) e de informação Bayesiana (BIC). A adequação dos valores preditos pelos modelos aos valores observados foi avaliado pelo qui-quadrado. O programa Stata, versão 15 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para as análises.

Resultados

Das 1661 mulheres incluídas no presente estudo, a maioria tinha entre 25 e 34 anos (46,4%), possuía ensino secundário ou superior (68,7%), tinham maior renda (62,3%), eram casadas ou viviam em união (56,1%). Geograficamente, as participantes estavam distribuídas em 9 ilhas, sendo que a Ilha de Santiago dividida entre norte e sul tiveram maior representatividade, com Santiago Sul (17,2%), Santiago Norte (13,3%), seguido das Ilhas do Sal (11,8%), Fogo (11,4%), São Vicente (10,1%), São Nicolau (9%), Santo Antão (8%), Boavista (7,7%), Brava (6,2%) e Maio com menor participantes de (5,5%). A maior parte vivia em áreas urbanas (61,5%) (Tabela 1).

No que diz respeito ao número de filhos, 39,5% das mulheres tinham um filho, 29,2% tinham dois filhos e 31,3% tinham três ou mais filhos. A maioria realizou mais de seis consultas pré-natais (67,4%). A assistência no pós-parto imediato foi majoritariamente realizada por enfermeiros(as) (71,9%), seguida por médicos(as) (27,3%) e outros profissionais (0,8%). A

maioria dos partos ocorreu em hospitais do governo (78,1%), com (19,5%) ocorrendo em centros de saúde e (2,4%) em casa da gestante ou em outros locais. E por fim, a maioria das mulheres tiveram parto por via vaginal (77,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características da população de estudo. IDSR - III. Cabo Verde, 2018.

Variáveis	n*	(%)†
Idade		
15 -24 anos	531	32,0
25 - 34 anos	771	46,4
35 - 49 anos	359	21,6
Escolaridade		
Secundário e ensino superior	1141	68,7
Não estudou e primário	520	31,3
Renda		
Maior renda	1,035	62,3
Menor renda	626	37,7
Estado Civil		
Solteira	522	31,4
Casada/vive união	931	56,1
Separada/divorciada/viúva	208	12,5
Domínio		
Santiago Sul	285	17,2
São Vicente	168	10,1
Santiago Norte	220	13,3
Sal	196	11,8
Fogo	189	11,4
Santo Antão	132	8,0
Boavista	128	7,7
São Nicolau	149	9,0
Brava	103	6,2
Maio	91	5,5
Região		
Urbano	1022	61,5
Rural	639	38,5
Número de filhos		
1	656	39,5
2	485	29,2
3 ou mais	520	31,3
Número de consultas pré natal		
Mais que 6 consultas	1	67,4
Menos que 6 consultas	517	32,6
Pós parto imediato (Profissional de assistência no pós-parto imediato)		
Médico(a)	382	27,3
Enfermeiro(a)	1005	71,9
Outro profissional	11	0,8
Local do parto		
Hospital do governo	1297	78,1
Centro de saúde	324	19,5
Casa da gestante e outros	40	2,4
Cesaria		
Não	1292	77,9
Sim	367	22,1

*n: número de indivíduos; †Frequência relativa;

Entre as mulheres entrevistadas, 74,4% relataram a amamentação na primeira hora de vida. Nas análises bivariadas, observamos associações positivas e significativas entre amamentação

na primeira hora de vida e mulheres que residiam na Ilha de Boavista, com dois e 3 ou mais filhos, e que o parto ocorreu em centros de saúde. As associações negativas e significativas foram constatadas entre mulheres que residiam nas ilhas de São Nicolau e Sal, e entre aquelas que o tipo do parto foi cesárea (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de amamentação na primeira hora de vida segundo fatores sociodemográficos e obstétricos entre mulheres cabo-verdianas. IDSR - III. Cabo Verde, 2018.

Variáveis	P (%) [†]	RP [‡]	IC95% [§]
Faixa etária			
15 -24 anos	71,8	1,00	-
25 - 34 anos	76,1	1,06	0,99 – 1,13
35 - 49 anos	74,6	1,04	0,96 - 1,13
Escolaridade			
Secundário e ensino superior	73,5	1,00	-
Não estudou e primário	76,3	1,04	0,98 - 1,10
Renda			
Maior renda	75,0	1,00	-
Menor renda	73,5	0,98	0,92-1,04
Estado Civil			
Solteira	73,6	1,00	-
Casada/vive união	74,9	1,02	0,95-1,08
Separada/divorciada/viúva	74,5	1,01	0,92-1,11
Domínio			
Santiago Sul	78,3	1,00	-
São Vicente	70,2	0,90	0,80-1,01
Santiago Norte	71,8	0,92	0,83-1,01
Sal	68,4	0,87	0,78-0,98
Fogo	83,6	1,07	0,98-1,16
Santo Antão	71,2	0,91	0,80-1,03
Boavista	92,2	1,18	1,09-1,28
São Nicolau	59,1	0,75	0,65-0,87
Brava	68,0	0,86	0,75-1,01
Maio	82,4	1,05	0,94-1,18
Região			
Urbano	73,7	1,00	-
Rural	75,6	1,02	0,97-1,09
Número de filhos			
1	69,5	1,00	-
2	76,1	1,09	1,01-1,17
3 ou mais	79,0	1,14	1,06-1,22
Número de consultas pré natal			
Mais que 6 consultas	75,2	1,00	-
Menos que 6 consultas	74,5	0,99	0,93-1,05
Profissional de assistência no pós-parto imediato			
Médico (a)	71,7	1,00	-
Enfermeiro(a)	74,1	1,03	0,96-1,11
Outro profissional	81,8	1,14	0,86-1,52
Local de parto			
Hospital do governo	72,7	1,00	-
Centro de saúde	82,4	1,13	1,06-1,20
Casa da gestante e outros	65,0	0,89	0,71-1,13
Cesárea			
Não	80,2	1,00	-
Sim	54,2	0,68	0,61-0,74

†P: prevalência de amamentação na primeira hora de vida; ‡RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de 95% de confiança

Os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados à amamentação na primeira hora de vida: residentes na Ilha de Boavista (RP:1,12), com 2 filhos (RP:1,09) e 3 ou mais filhos (RP:1,09), e aquelas que o parto foi em centros de saúde (RP:1,11) estiveram positivamente associados. As associações negativas e significativas foram constatadas entre mulheres que residiam nas Ilhas de São Vicente (0,87), Santiago Norte (0,90), Sal (RP:0,85), Santo Antão (0,87), São Nicolau (RP:0,69) e Brava (0,76), e entre aquelas que passaram por cesárea (RP:0,68) (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em mulheres cabo-verdianas de acordo com modelo de regressão multivariada. IDSR - III. Cabo Verde, 2018.

Variáveis	RP*	IC95%†
Domínio		
Santiago Sul	1,00	-
São Vicente	0,87	0,77 - 0,97
Santiago Norte	0,90	0,81 - 0,99
Sal	0,85	0,76 - 0,95
Fogo	1,01	0,93 - 1,11
Santo Antão	0,87	0,77 - 0,98
Boavista	1,12	1,03 - 1,22
São Nicolau	0,69	0,59 - 0,80
Brava	0,76	0,66 - 0,89
Maio	0,97	0,86 - 1,09
Número de filhos		
1	1,00	-
2	1,09	1,02 - 1,16
3 ou mais	1,09	1,03 - 1,17
Local do parto		
Hospital do governo	1,00	-
Centro de saúde	1,11	1,04 - 1,18
Casa da gestante e outros	0,78	0,63 - 0,98
Cesárea		
Não	1,00	-
Sim	0,68	0,62 - 0,75

*RP: razão de prevalência ajustada; †IC95%: intervalo de 95% de confiança

Discussão

A amamentação na primeira hora de vida possui múltiplos benefícios comprovados cientificamente para a saúde materna e neonatal. Em Cabo Verde, observamos uma prevalência da amamentação na primeira hora de vida superior à prevalência observada em nível mundial (42%), contudo a prevalência de amamentação entre as mulheres cabo-verdianas variou conforme a região/ilha de residência¹¹.

Este estudo evidenciou que as mulheres residentes nas Ilhas de São Vicente, Santo Antão, São Nicolau, Sal e Brava e região Santiago Norte tiveram menor prevalência de amamentação na primeira hora de vida do que as mulheres residentes em Santiago Sul, região

que se localiza a capital do país. Diante disso é necessário situar que em Cabo Verde existe uma disparidade entre as ilhas no que se refere a distribuição da população nos meios urbanos e rurais. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de Cabo Verde ¹², em 2015, as Ilhas de Maio, São Nicolau, Fogo, Santo Antão e Brava tinham uma população maioritariamente rural onde mais da metade dos habitantes viviam em áreas rurais. Já a Ilha de Santiago apresentava uma divisão marcante, visto que, a sua capital Praia localizada no domínio do estudo Santiago Sul é considerada 100% urbana, contrastando com os outros conselhos localizados na região da ilha conhecida como Santiago Norte que são majoritariamente rurais. Em contrapartida, as ilhas de São Vicente e Sal apresentam mais de 90% de urbanização ¹².

Essas diferenças de urbanização entre as ilhas cabo-verdianas estão correlacionadas com as condições de vida e acesso a serviços básicos. Nas áreas urbanas, há melhor acesso à educação e infraestrutura, enquanto as regiões rurais enfrentam maiores desafios. Condições essas que podem estar relacionadas, pelo menos em partes, com a menor prevalência da amamentação na primeira hora de vida nessas ilhas consideradas rurais, pois as mesmas apresentam menor acesso aos serviços de saúde ¹².

Essas distinções entre o acesso aos serviços de saúde entre populações rurais e urbanas também são observados em outros países. Arruda e colaboradores (2018)¹³ evidenciaram disparidades significativas no acesso à saúde entre as zonas rurais e urbanas do Brasil, analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 a 2008. A pesquisa apontou que a população rural tem maior dificuldade de acesso à saúde devido a fatores como menor poder aquisitivo e falta de serviços adequados, enquanto nas áreas urbanas, o acesso é facilitado por melhores infraestruturas e recursos financeiros¹³.

Outro estudo realizado também no Brasil com 588 mulheres grávida, retirada do universo amostral da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, corrobora com o estudo anterior, onde atesta que as mulheres gestantes pertencentes a população rural apresentam maior deficiência na atenção pré natal, em comparação com as mulheres residentes nas áreas urbanas ¹⁴.

Em um estudo realizado em unidades de saúde rurais da zona de Wolaita, sul da Etiópia com profissionais da saúde materna, atestou que os mesmos, lidam com inúmeras adversidades que variam desde: escassez de recursos humanos e materiais; distância das unidades de saúde, que culmina em partos de emergência em casa, número reduzido de consultas pré-natais; falta

de informações, causando assim uma desatualização dos profissionais, reduzindo a qualidade dos serviços prestados às parturientes; infraestrutura precária que resultam na diminuição da qualidade dos serviços prestados ¹⁵.

Contudo, apesar das Ilhas de São Vicente e Sal serem consideradas ilhas urbanas, observamos uma menor prevalência de amamentação na primeira hora de vida em comparação a Santiago Sul. Ressalta-se que o Plano de Desenvolvimento Sanitário de Cabo Verde 2017-2021, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, evidencia um aumento do fluxo de encaminhamentos para o Hospital Batista de Souza (HBS) na Ilha de São Vicente, o que pode influenciar na qualidade dos serviços prestados. A população das Ilhas de Maio, Fogo e Brava são majoritariamente encaminhadas para o Hospital Universitário Agostinho Neto (HUAN) em Santiago, enquanto as populações das Ilhas de Santo Antão e São Nicolau são, em sua maioria, encaminhadas para o Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) em São Vicente^{12,16}.

A área de ginecologia e obstetrícia é uma das mais afetadas com encaminhamentos de urgência para o HBS, mantendo desse modo, uma concentração de serviços urgentes o que culmina em sobrecarga dos serviços hospitalares e conseqüentemente na amamentação na primeira hora de vida tardia, uma vez que, com a sobrecarga a equipe de saúde tem pouco tempo para garantir que as mães inicie a amamentação na primeira hora de vida imediatamente ¹⁶.

Ademais, as mulheres que residiam nas Ilhas de São Vicente, Santo Antão, São Nicolau, Santiago Norte, Sal e Brava apresentaram menores taxas de amamentação precoce, discordando desse modo, com o selo de Hospital Amigo da Criança que os hospitais das Ilhas de São Vicente (Hospital Dr. Baptista de Souza), Santo Antão (Hospital Regional Jorge Morais) e região de Santiago Norte (Hospital Regional Santa Rita Vieira) possuem^{17,18,19}. No entanto, é fundamental considerar que o selo do Hospital Regional Santa Rita Vieira foi conquistado em 2019, um período posterior à coleta de dados do presente estudo^{18,23,24}. Em São Vicente (Hospital Dr. Baptista de Sousa), desde que receberam a creditação no ano de 1996²⁰, não houve um acompanhamento sistemático ou relatórios consistentes que comprovassem a continuidade das boas práticas associadas a IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança). Isso sugere que tais práticas possivelmente foram enfraquecidas ao longo do tempo, uma vez que, o Hospital Dr. Baptista de Sousa, em agosto de 2015 passou por uma reavaliação onde enfrentou dificuldades para atender aos critérios exigidos e posteriormente

em novembro de 2017, obteve o mesmo desfecho que veio a tornar diferente somente em julho de 2018. Essa lacuna temporal sem cumprir os requisitos necessários para o hospital ser acreditado pode justificar a baixa prevalência de amamentação na primeira hora de vida identificada nesta ilha ^{17,21,22}. Assim como, na Ilha de Santo Antão, que apesar de possuir o selo de Hospital Amigo da Criança desde agosto de 2015. Sendo o selo HAC um indicativo de boas práticas no que tange ao aleitamento materno, os resultados mostraram uma baixa prevalência de amamentação na primeira hora, sugerindo desse modo, que mesmo com a acreditação, possivelmente, pode ter havido enfraquecimento na manutenção dessas práticas¹⁹.

Todavia, este estudo evidenciou que as mulheres residentes na Ilha de Boavista tiveram maior prevalência de amamentação na primeira hora do que as mulheres residentes em Santiago Sul. Na Ilha de Boavista, essa prevalência pode ser atribuída ao padrão de migração interna em Cabo Verde, que segundo os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2010, houve um fluxo de migração expressivo de mulheres provenientes da Ilha de Santiago, mais concretamente da cidade da Praia, onde localiza-se o sul da Ilha de Santiago para Boavista, visto que, a Ilha de Boavista tem se consolidado como um polo de desenvolvimento turístico e econômico, impulsionando a geração de empregos, conseqüentemente, atraindo mulheres de outras regiões do país. Diante disso, frisamos que Santiago Sul, Praia, onde situa a capital do país, núcleo de desenvolvimento socioeconômico devido a oferta de formações educacionais e de saúde, empregos e oportunidades de negócios o que culmina, conseqüentemente, em práticas de saúde positivas quanto à amamentação. Assim, com a chegada das mulheres migrantes na Ilha de Boavista, oportuniza a transmissão de conhecimentos e práticas relacionadas à saúde materno-infantil arraigadas na cidade da Praia, o que pode ter contribuído para a manutenção e o fortalecimento do aleitamento materno na primeira hora de vida na Ilha de Boa Vista ²⁵.

As mulheres cabo-verdianas com dois ou mais filhos tiveram maior prevalência de amamentação na primeira hora de vida, corroborando com achados de estudos anteriores entre mulheres brasileiras. Lucchesse e colaboradores (2021)²⁶, ao analisarem os dados dos prontuários das puérperas do hospital municipal localizado na baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro, observaram maior prevalência do contato pele a pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida em tempos de COVID foi maior para as mulheres multíparas ²⁶. Outro estudo, em uma maternidade pública, também no Rio de Janeiro, baseado em uma amostra de 2700 partos, apontaram que a multiparidade é um fator benéfico para a

amamentação na primeira hora de vida, e isso pode ser justificado pela experiência prévia dessas mães, tornando-as mais confiantes e com menos dúvidas sobre essa prática²⁷.

Ademais, evidenciamos no presente estudo que as mulheres cabo-verdianas em que o parto ocorreu nos centros de saúde, tiveram maior prevalência de amamentação na primeira hora de vida do que hospitais. Fato que pode ser justificado pela ausência de intercorrências nos partos em centro de saúde, tendo em vista que, em centros de saúde realizam somente partos de baixo risco, com menos probabilidade de intercorrências, e que consoante a amamentação na primeira hora de vida é incomum entre os recém nascidos que apresentaram complicações imediatas após o parto²⁸.

Neste estudo foi evidenciado também que, o tipo de de parto é um ponto determinante para o aleitamento na primeira hora de vida, onde verificou-se que mulheres que tiverem filhos pelo tipo de parto cesárea têm menor probabilidade de amamentação na primeira hora de vida, sugerindo a hipótese desse fator, a separação mãe-bebê, devido a fatores médicos e logísticos, pois na maioria das vezes os bebês nascidos de parto cesárea são oriundos de alguma complicação, o que requer mais cuidado logo após o nascimento. E essa separação culmina no atraso do contato pele a pele, que segundo a literatura é uma variável preditiva para a amamentação na primeira hora de vida, dado que, esse contato estimula a sucção que libera hormônios que regulam a frequência cardíaca, temperatura corporal e respiração do bebê^{26,27}. Esse desfecho também foi observado numa pesquisa quanti-qualitativa que analisou 10 artigos, bem como, em outro estudo de caráter observacional, descritivo, transversal, e quantitativo realizado em uma maternidade do município de Caxias-Maranhão^{29,30}.

O presente estudo apresentou algumas limitações. A escassez de estudos prévios com a população cabo-verdiana limitaram a comparação e discussão ampliada dos resultados empíricos apresentados, contudo reforça a relevância do presente estudo. Além disso, o estudo foi baseado em um inquérito realizado no ano de 2018, o que pode acarretar modificações nos resultados caso fosse replicado no presente ano, contudo, nesse espaço de tempo não houve muitas mudanças nas políticas de saúde em Cabo Verde, o que nos levar a supor que não haveria grandes modificações nos resultados observados. A disponibilidade de dados apenas de mulheres limita a generalização desses resultados para outras pessoas que amamentam.

Conclusão

O estudo apontou disparidades entre as ilhas no que tange às taxas de amamentação na primeira hora de vida, o que pode estar associado a fatores sociais, geográficos, maternos e de acesso a serviços de saúde. E ainda distinções relacionadas a número de filhos, local e tipo de parto. A amamentação na primeira hora de vida é de extrema importância para a saúde neonatal e materna, sendo também um momento único para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e promover o aleitamento materno exclusivo. Face a essa situação, vê-se a necessidade de implementação de políticas e estratégias públicas voltadas à promoção da amamentação na primeira hora de vida, principalmente em regiões com maior vulnerabilidade, bem como, a capacitação dos profissionais de saúde. Para a ciência, este estudo preenche uma lacuna importante ao analisar dados de um país arquipélago.

Referências

1. de Jesus Santos A, Lopes IMD. Golden Hour e Fatores Relacionados no Brasil entre os Anos de 2021-2023: Uma Revisão Integrativa . Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]. 1º de outubro de 2023 [citado 13 de janeiro de 2025];5(5):58-79. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/602>
2. Sousa EKB de, Borges LP, Veloso HMA, Nogueira VOC, Lima MM, Oliveira J de C, Borges JAB, Medeiros HM, Siqueira LB de, Júnior JL de O, Lopes PH de S, Santos SR, Jesus MLM de, Reis TAB. O Papel Crucial da Amamentação na Primeira Hora De Vida: Impacto na Saúde e Desenvolvimento Neonatal. Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]. 21 de março de 2024 [citado 13 de janeiro de 2025];6(3):2001-7. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1683>
3. Barreiros CA de MC, Gomes ALM, Machado MED, Magesti BN, Rodrigues E da C, Christoffel MM. Contato pele a pele e amamentação no nascimento: interfaces com aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar [Skin-to-skin contact and breastfeeding at birth: interfaces with exclusive breastfeeding at hospital discharge] [Contacto piel a piel y lactancia materna al nacer: interfaces con lactancia materna exclusiva en el alta hospitalaria]. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 10 de outubro de 2022 [citado 13 de janeiro de 2025];30(1):e63381. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/63381>

4. Costa LKO, Queiroz LLC, Queiroz RCC da S, Ribeiro TSF, Fonseca M do SS. Importância do Aleitamento Materno Exclusivo: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Cien. Saúde [Internet]. 20 de janeiro de 2014 [citado 13 de janeiro de 2025];15(1). Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1920>
5. Silva CPV da, Fettermann FA, Assumpção PK de, Rosa AB da, Fernandes MN da S, Donaduzzi DS da S. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido. Saúde (Sta. Maria) [Internet]. 28 de abril de 2020 [citado 21 de janeiro de 2025];46(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41745>
6. UNICEF. Amamentação. 2023. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>
7. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Cabo Verde tem uma taxa de aleitamento materno exclusivo de 42%. 2023. Disponível em: <https://minsaude.gov.cv/noticias/cabo-verde-tem-uma-taxa-de-aleitamento-materno-exclusivo-de-42/>. Acesso em: 12 jan 2025.
8. Cabo Verde. Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde e da Segurança Social, e Utica. 2020. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, IDSR-III, Cabo Verde 2018. Praia, Cabo Verde e Columbia, Maryland, USA. Disponível em: <https://ine.cv/publicacoes/inquerito-demografico-saude-reprodutiva-isdr-iii-2018/>. Acesso em: 12 jan 2025.
9. Cabo Verde. *Wikipédia: a enciclopédia livre*. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Cabo_Verde. Acesso em: 13 jan. 2025.
10. Cabo Verde. Ministério da Saúde. (2022, abril 20). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021 (PNDS 2017-2021 -VOL I Definitivo 1)[Internet]. 2022 [citado 22 de janeiro de 2025]. Disponível em: <https://minsaude.gov.cv/documentos/>, <https://minsaude.gov.cv/documentos/>
11. UNICEF, OMS. Capture o Momento – Início precoce da amamentação: O melhor começo para cada recém-nascido. Nova Iorque: UNICEF; 2018. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/early-initiation-of-breastfeeding-the-best-start-for-every-newborn/>

12. Cabo Verde. Instituto Nacional de Estatística (INE). Perfil da Pobreza Absoluta em Cabo Verde: evolução da pobreza monetária absoluta 2001/02, 2007 e 2015. Praia: INE; 2018.
13. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018;34(6):e00213816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>. Acesso em: 12 jan. 2025.
14. Cardoso LSM, Cardoso TS, Almeida MAS, et al. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 1º de março de 2013 [citado 14 de janeiro de 2025];17(1). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50255>
15. Milku ND, Abose DW, Gelaw KA, et al. Challenges and coping strategies for providing maternal health services among healthcare professionals in rural health facilities in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:903. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11389-y>. Acesso em: 12 jan. 2025.
16. Cabo Verde MS. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021.
17. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório de Reavaliação da IHAC – Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS). Cabo Verde; 2018.
18. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório de Reavaliação da IHAC – Hospital Regional Santiago Norte (HRSN). Cabo Verde; 2019.
19. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório de Avaliação para Acreditação/Credenciamento à IHAC – Hospital Regional de Santo Antão - Dr. João Morais. Cabo Verde; 2015.

20. Hospital Dr. Baptista de Sousa. Reconhecimento como Hospital Amigo da Criança por cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno [imagem]. São Vicente, Cabo Verde; 1996.
21. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório de Reavaliação da IHAC – Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS). Cabo Verde; 2015.
22. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório de Avaliação da IHAC – Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS). Cabo Verde; 2017.
23. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório Final de Reavaliação da IHAC – Hospital Regional Santiago Norte. Cabo Verde; 2018.
24. Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada às Crianças e Adolescentes, Programa Nacional de Nutrição. Relatório de Reavaliação da IHAC – Hospital Regional Santiago Norte (HRSN). Cabo Verde; 2015.
25. Instituto Nacional de Estatística (INE). Recenseamento Geral da População e Habitação 2010 - Migração. Praia: INE; 2016.
26. Lucchese I, Góes FGB, Santos NF dos, Pereira-Ávila FMV, Silva ACSS da, Terra NO. Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em tempos de COVID-19 [Skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour of life during COVID-19] [Contacto piel a piel y lactancia materna en la primera hora de vida en tiempos de COVID-19]. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 15 de dezembro de 2021 [citado 14 de janeiro de 2025];29(1):e61623. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/61623>
27. Pereira CRVR, Fonseca V de M, Oliveira MIC de, Souza IE de O, Mello RR de. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. Rev bras epidemiol [Internet].2013Jun;16(2):525–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>
28. Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira MIC de, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saúde Pública [Internet].

2011Feb;45(1):69–78. Available from:
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>

29. Medeiros ACLL, da Silva GSV, Gomes NF, Silva JSLG, Souza AS, da Silva EA. A influência do tipo de parto no desmame precoce. *Rev Pró-UniverSUS*. 2021 Jul-Dec;12(2)Suppl:72-8. Disponível em:
<https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2655>. Acesso em: 12 nov. 2024.

30. Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, et al. Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. *Rev Fund Care Online*. 2019.11(n. esp):425-431. DOI:
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.425-431>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo servirá de referência para pesquisas futuras sobre a saúde materno-infantil, principalmente, em contexto insulares e de países em desenvolvimento. Além disso, a aquisição de conhecimentos e habilidades relacionadas às práticas de amamentação na primeira hora de vida não apenas contribui para a formação acadêmica da autora, mas também para a compreensão mais ampla dessa realidade no contexto de Cabo Verde. Sendo uma mulher cabo-verdiana que estuda em outro país, este estudo proporciona uma perspectiva valiosa sobre a situação do país de origem, permitindo-me qualificar ainda mais para futura atuação e contribuir para o fortalecimento da rede de recursos humanos em Cabo Verde.

REFERÊNCIAS

ABDALA, L. G.; DA CUNHA, M. L. C. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical and Biomedical Research*, [S. l.], v. 38, n. 4, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/82178>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BARREIROS, Camila Aparecida de Mello Chaves; GOMES, Ana Leticia Monteiro; MACHADO, Maria Estela Diniz; MAGESTI, Bruna Nunes; RODRIGUES, Elisa da Conceição; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Contato pele a pele e amamentação no nascimento: interfaces com aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar [Skin-to-skin contact and breastfeeding at birth: interfaces with exclusive breastfeeding at hospital discharge] [Contacto piel a piel y lactancia materna al nacer: interfaces con lactancia materna exclusiva en el alta hospitalaria]. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e63381, 2022. DOI: 10.12957/reuerj.2022.63381. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/63381>. Acesso em: 6 dez. 2024.

DE JESUS SANTOS, A.; LOPES, I. M. D. Golden Hour E Fatores Relacionados No Brasil Entre Os Anos De 2021-2023: Uma Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 58–79, 2023. DOI:10.36557/2674-8169.2023v5n5p58-79. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/602>. Acesso em: 12 jan. 2025.

MACHADO, M. C. M. et al.. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 6, p. 985–994, dez. 2014. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005340. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/55dRNGkwmQdRsJvrqnrBJpw/?lang=en>. Acesso em: 04 Jun 2024

CABO VERDE. Ministério da Saúde. Cabo Verde tem uma taxa de aleitamento materno exclusivo de 42%. 2023. Disponível em: <https://minsaude.gov.cv/noticias/cabo-verde-tem-uma-taxa-de-aleitamento-materno-exclusivo-de-42/>. Acesso em : 12/01/2025

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Amamentação. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab-3>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SILVA, C. P. V. da; FETTERMANN, F. A.; ASSUMPÇÃO, P. K. de; ROSA, A. B. da; FERNANDES, M. N. da S.; DONADUZZI, D. S. da S. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido. *Saúde (Santa Maria), [S. l.]*, v. 46, n. 1, 2020. DOI: 10.5902/2236583441745. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41745>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SOUSA, E. K. B. de; BORGES, L. P.; VELOSO, H. M. A.; NOGUEIRA, V. O. C.; LIMA, M. M.; OLIVEIRA, J. de C.; BORGES, J. A. B.; MEDEIROS, H. M.; SIQUEIRA, L. B. de; JÚNIOR, J. L. de O.; LOPES, P. H. de S.; SANTOS, S. R.; JESUS, M. L. M. de; REIS, T. A. B. O Papel Crucial Da Amamentação Na Primeira Hora De Vida: Impacto Na Saúde E Desenvolvimento Neonatal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.]*, v. 6, n. 3, p. 2001–2007, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n3p2001-2007. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1683>. Acesso em: 12 jan. 2025

UNICEF. Amamentação. 2023. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>. Acesso em: 14/01/2025

UNICEF, OMS. Indicador global de amamentação 2023. 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>. Acesso em: 14/01/2025

ANEXO A - Instruções para autores da Cadernos de Saúde Pública (CSP)

A CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para Saúde Coletiva (máximo de 2.200 caracteres);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês 1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras;

1.6. Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários

políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o [Editorial 37\(10\)](#).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: [Editorial 29\(11\)](#), [Editorial 32\(1\)](#) e [Editorial 32\(3\)](#).

2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12 (Passo a Passo).

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de *preprint*, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de *preprint* de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
Centro das Ciências Biológicas e da Saúde
Curso de Medicina

ANEXO IV

ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 05 dias do mês de fevereiro de 2025, às 11 horas, em sessão pública por videoconferência no Google Meet, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professora Doutora Etna Kaliane Pereira da Silva e composta pelos examinadoras: Coorientadora Professora Doutora Gisseila Andrea Ferreira Garcia Andrade (Instituto Nacional de Saúde Pública do Cabo Verde), Professora Doutora Marly Augusto Cardoso (Universidade de São Paulo) e Mestre Delisa Soraia Monteiro Vera-Cruz Martins (Universidade Nova de Lisboa), a discente Jadira Liss dos Santos Correia apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Pio leti mama”: Amamentação na primeira hora de vida em Cabo Verde como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela aprovação do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente a discente e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadoras.

Prof^ª Dr^ª Etna Kaliane Pereira da Silva
(Presidente e Orientadora)

Prof^ª Dr^ª Gisseila Andrea Ferreira Garcia Andrade
(Coorientadora)

Prof^ª Dr^ª Marly Augusto Cardoso
(Examinadora 01)

Delisa

Mrs Delisa Soraia Monteiro Vera-Cruz Martins
(Examinadora 02)