

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**RISCO DE MORBIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM  
FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA**

**MARILIA JOFFILY PEREIRA DA COSTA PARAHYBA**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2002**

**MARILIA JOFFILY PEREIRA DA COSTA PARAHYBA**

**RISCO DE MORBIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM  
FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

**ORIENTADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zenilda Vieira Bruno

Fortaleza – Ceará

2002

P239r Parahyba, Marilia Joffily Pereira da Costa

Risco de morbidade no primeiro ano de vida em filhos de mães adolescentes de baixa renda / Marilia Joffily Pereira da Costa Parahyba. – Fortaleza, 2002.

136f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zenilda Vieira Bruno.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina.

1. Lactente. 2. Morbidade-Lactente. 3. Gravidez na adolescência. 4. Doença do recém-nascido. I. Bruno, Zenilda Vieira (Orient.). II. Título.

CDD 618.92

MARILIA JOFFILY PEREIRA DA COSTA PARAHYBA

RISCO DE MORBIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM FILHOS DE  
MÃES ADOLESCENTES DE BAIXA RENDA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Data da aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Zenilda Vieira Bruno - Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Conceição Oliveira Costa

---

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

*Dedico este trabalho*

*Ao meu pai **Lélio**, exemplo de retidão, sabedoria e honradez, minha saudade*

*À minha mãe **Antonia**, conciliadora e incentivadora em todos os momentos, o meu carinho*

*Ao meu marido **Yvan** e aos meus filhos **Andrea, Yvan Neto e Claudia**, por compartilharem sempre os insucessos e as conquistas.*

## AGRADECIMENTOS

À professora Dra. **Zenilda Vieira Bruno**, com sua amabilidade e solicitude em todos os momentos, adversos ou não, da elaboração deste trabalho, a minha imensa gratidão.

À professora **Rosa Maria Salani Mota**, pela contribuição na análise estatística e sugestões, desde o início até o fim desta pesquisa.

Ao corpo docente do Mestrado em Saúde Pública, que, mesmo não participando de forma direta na elaboração deste estudo, se mostrou diligente durante todo o período de duração do curso.

À **Conceição** e **Zenaide**, que sempre nos atenderam com presteza, atenção e carinho, meu muito obrigada.

À professora **Rita de Cássia Moura Diniz**, pela compreensão e palavras de incentivo durante os percalços, do longo caminhar, da construção deste trabalho.

Às colegas de trabalho do **NAMI**, companheiras incansáveis que facilitaram o meu caminhar.

À **Márcia Pereira Sampaio**, que comigo compartilhou a difícil e extenuante tarefa da coleta dos dados.

À **Fernando Damasceno**, no esclarecimento da linguagem cibernética.

À **Fundação Edson Queiroz**, que viabilizou meu empenho no aperfeiçoamento das atribuições de educador e profissional, concretizando a realização de antigos sonhos.

À **Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa – FUNCAP**, pelo subsídio de dois anos de pesquisa, reconhecendo assim a minha modesta contribuição aos estudos de saúde infantil do Estado.

À direção do **Hospital Infantil Albert Sabin**, por disponibilizar suas instalações para a realização deste estudo.

A Deus, pelo dom da vida.

*“A natureza decretou que os bebês não possam escolher suas mães. Eles simplesmente aparecem, e as mães têm o tempo necessário para se reorientar e para descobrir que, durante alguns meses, seu oriente não estará localizado a leste, mas sim no centro (ou será que um pouco fora do centro?)”.*

D.W. WINNICOTT.

## RESUMO

**Introdução:** A literatura é ampla no conhecimento das repercussões imediatas da maternidade na adolescência, tanto para as mulheres como para os filhos. Entretanto, ainda não estão muito claros, os efeitos, em médio e longo prazo, sobre as crianças, de uma maternidade, entre mães adolescentes de baixa renda. O primeiro ano de vida, período mais vulnerável aos agravos de qualquer natureza, parece ser a fase mais crítica para os efeitos desta condição.

**Objetivos:** Verificar que fatores ou condições poderiam determinar maior risco de morbidade em crianças com menos de um ano, de mães adolescentes.

**Metodologia:** Estudo transversal, desenvolvido entre março de 2001 e março de 2002, no Núcleo de Atenção Médica Integrada, UNIFOR e no Hospital Infantil Albert Sabin. As variáveis do estudo contemplam as mães e as crianças abordando aspectos comportamentais, sociais, econômicos, demográficos e biológicos.

**Resultados:** Foram estudadas 296 mães com idades entre 14 e 19 anos e seus filhos menores de 12 meses, matriculados nos referidos serviços. A média de escolaridade das mães foi de 6,5 anos e 8,1% exerciam atividade trabalhista remunerada. Não houve associação significativa entre doença nas crianças e escolaridade da mãe ( $p > 0,05$ ). A renda familiar foi de 01SM, em 75,5% dos casos. Um número significativo de mães (65,2%) preferia ter esperado mais tempo para engravidar e 19,5% tentaram o aborto. Não houve associação significativa entre doença nas crianças e essas variáveis estudadas. Das mães com até 16 anos, 17,7% tiveram filhos com PN igual ou menor que 2500g e das maiores de 16, 13,0% também os tiveram ( $p > 0,05$ ). Analisadas isoladamente, mães mais jovens geraram filhos com peso menor que mães mais velhas, apesar de não ser baixo peso ( $p < 0,05$ ). Quase 60,0% das mães, cuidam sozinhas das crianças. As mais velhas ( $> 16$  anos) cuidam mais que as mais jovens (14-16 anos) ( $p < 0,05$ ) e as solteiras cuidam menos que as casadas

( $p < 0,05$ ). As que recebem ajuda financeira cuidam mais sozinhas do que as que não a recebem ( $p < 0,05$ ). Não houve associação entre doença e cuidados infantis ( $p > 0,05$ ). A idade média das crianças foi de 3,5 meses e 99,2% tinham Cartão da Criança. Foi considerada boa a cobertura vacinal. A duração média do aleitamento exclusivo foi de 117 dias e 180 dias para alimentação mista. Vê-se associação estatisticamente significativa entre não mamar e adoecer ( $p < 0,05$ ). As doenças mais frequentes foram as IRAs (44,8%), as afecções cutâneas (21,1%) e as diarreias (18,2%). O desejo ou não da mãe engravidar não influenciou na morbidade das crianças ( $p > 0,05$ ). O tempo gestacional, vitalidade e peso, ao nascer, não mostraram associação com doença nas crianças.

**Conclusão:** O fator determinante para doença nas crianças foi o menor tempo de amamentação. **Recomendação:** Os resultados do estudo mostram que mães adolescentes devem receber orientações sobre o manejo de doenças da infância, crescimento e desenvolvimento normal das crianças, além de se intensificar a proposta de orientação continuada para prevenir a gestação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The immediate repercussions of a teenage motherhood, both on the women and their children, are widely addressed in the literature. However, it is not clear which are the medium and long-term effects the teenage and low income status of the mothers have on their offspring. The first year of life, the most vulnerable period in life to aggressions of any kind, seems to be the most critical stage for the effects of such conditions to appear. **Objective:** Verify which factors or conditions could determine a higher morbidity risk in children under one year of age. **Methodology:** Transversal-type study, carried out between March 2001 and March 2002 at the Integrated Medical Care Center (Núcleo de Atenção Médica Integrada), Fortaleza University, and at the Albert Sabin Hospital for Children (Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS). The study variables contemplate the mothers and children approaching behaviors, social, economics, demographic and biological aspects. **Results:** 296 mothers were studied, with ages ranging between 14-19 years, and their not older than one year children, all of them registered at the above mentioned healthcare services. The mothers' average school-attending time was 6,5 years, and 8,1% of them performed a remunerated activity. There was no significant association between child disease and the mother's literacy level ( $p>0,05$ ). The family's income was one minimum wage in 75,5% of the cases. An important number of mothers (65,2%) would have preferred to wait longer before getting pregnant, and 19,5% of them tried an abortion. There was no significant association between child disease and these variables. Of the mothers under 16, 17,7% newborn weight were equal or less than 2500g, as from the more than 16, 13,0% newborn weight was the same ( $p>0,05$ ). Separately, youngest mothers procreated newborn weight lower than oldest mothers ( $p<0,05$ ). Almost 60,0% of the women do take care of their children. The oldest take care more than the youngest ( $p<0,05$ ) and

the single less than the married ( $p < 0,05$ ). Women that accept financial help take care more than that ones who do not accept ( $p < 0,05$ ). There was no significant association between child care and disease ( $p > 0,05$ ). The average age of the children was 3,5 months, and 99,2% of them had Child Card (Cartão da Criança). It was good the vaccination status. The average breast-feeding period was 117 days for exclusive breast-feeding, and 180 days for a mixed feeding. A statistically significant association was found between the breast-feeding period and the occurrence of child diseases ( $p < 0,05$ ). The most common pathologies were the IRAs (44,8%), skin affections (21,1%), and diarrhea (18,2%). The incidence of child morbidity was not influenced by the desire, or lack of desire, of the mother to get pregnant ( $p > 0,05$ ). The gestational age at birth, the newborn's vitality and birth weight did not show to be significant parameters affecting child morbidity. **Conclusion:** The main factor for children's sickness was the short period of breast-feeding. **Recommendation:** The results of the study suggests that teenage mothers should be oriented about how to manage child diseases, and be given information regarding the normal growth and development of their children as well to prevent new pregnancy.

## SUMÁRIO

### PARTE I – DISSERTAÇÃO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

1	INTRODUÇÃO .....	19
2	OBJETIVOS .....	23
2.1	Objetivo geral .....	24
2.2	Objetivos específicos .....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	25
3.1	Adolescência .....	26
3.1.1	Fecundidade na adolescência .....	28
3.1.2	Maternidade na adolescência: um fenômeno milenar ....	31
3.1.3	Panorama atual .....	33
3.2	Morbimortalidade infantil .....	35
3.2.1	Determinantes e tendências da morbimortalidade infantil .....	35
3.2.2	Doenças e agravos em crianças .....	38
3.2.2.1	Indicadores comportamentais, demográficos e socioeconômicos .....	39
3.2.2.2	Indicadores ambientais .....	43
3.2.2.3	Indicadores de saúde .....	43
3.2.3	Morbimortalidade em filhos de mães adolescentes .....	46
3.2.3.1	Aspectos psicossociais .....	48

3.2.3.2	Aspectos biológicos .....	52
4	METODOLOGIA .....	59
4.1	Delineamento do estudo .....	60
4.2	População estudada .....	60
4.3	Amostragem e tamanho da população.....	61
4.4	Critérios de inclusão .....	61
4.5	Critérios de exclusão .....	61
4.6	Variáveis estudadas .....	62
4.7	Coleta de dados .....	66
4.8	Processamento e análise dos dados .....	67
4.9	Locus do estudo .....	68
4.10	Aspectos éticos .....	69
4.11	Limitações do estudo .....	69
5	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	71
5.1	Resultados dos dados das mães.....	72
5.1.1	Condições psicossociais.....	72
5.1.2	Condições do processo reprodutivo .....	78
5.1.3	Condições sanitárias .....	81
5.1.4	Cuidados dispensados às crianças .....	81
5.2	Resultados dos dados das crianças.....	85
5.2.1	Estado vacinal .....	85
5.2.2	Aleitamento materno .....	86
5.2.3	Consultas médicas e de puericultura .....	88
5.2.4	Hospitalização .....	90
6	DISCUSSÃO .....	92

6.1	Variáveis relacionadas às mães .....	93
6.2	Variáveis relacionadas às crianças .....	96
7	CONCLUSÕES .....	99
8	RECOMENDAÇÕES.....	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	103
	APÊNDICES .....	117
	<b>PARTE II – ARTIGO</b>	

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AAP – Academia Americana de Pediatria
- AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
- BPN – Baixo peso ao nascer
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- d.C. – depois de Cristo
- HIAS – Hospital Infantil Albert Sabin
- MS – Ministério da Saúde
- NAMI – Núcleo de Atenção Médica Integrada
- NCHS – Centro Nacional de Estatística em Saúde
- NUEPI – Núcleo de Epidemiologia
- n.v. – nascidos vivos
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da criança
- PIG – Pequeno para a idade gestacional
- PN – Peso ao nascer
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
- PNI – Programa Nacional de Imunização
- PRB – Bureau de Referência Populacional
- PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente
- RCIU – Retardo de crescimento intra-uterino
- RN – Recém-nascido
- SAME – Serviço de Arquivo Médico

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

TGF – Taxa Global de Fecundidade

UNICAMP – Universidade de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

WHO – Organização Mundial de Saúde

**LISTA DE QUADROS**

1	Taxa de natalidade / 1.000 adolescentes de 15 – 19 anos em países desenvolvidos (1992) .....	30
2	Taxa de natalidade / 1.000 adolescentes de 15 – 19 anos em países da América Latina (1992) .....	30
3	Variáveis presentes no estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes .....	64
4	Calendário vacinal obrigatório para o primeiro ano de vida.....	66
5	Análise da associação tipo de alimento x doença nas crianças .....	88

## LISTA DE TABELAS

1	Caracterização demográfica das mães do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	72
2	Distribuição das mães quanto à idade, escolaridade e doença nas crianças, em face do risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	73
3	Caracterização socioeconômica das mães por idade do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.....	75
4	Distribuição das mães segundo planejamento ou não da gravidez, sentimentos maternos, faixa etária e escolaridade, com tentativa de aborto e o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	77
5	Caracterização das condições do processo reprodutivo por idade das mães do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.....	79
6	Distribuição das crianças conforme tempo gestacional, vitalidade, peso ao nascer e doenças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	80
7	Distribuição percentual das mães por idade quanto aos cuidados das crianças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	83
8	Distribuição percentual do conhecimento das mães quanto aos cuidados infantis do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.....	84

9	Distribuição das crianças por sexo e idade do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	85
10	Distribuição das crianças por idade e vacinas obrigatórias no 1º ano de vida do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	86
11	Frequência dos sintomas que motivaram as consultas das crianças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	89
12	Frequência dos sintomas nas crianças tratadas em domicílio do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	90
13	Distribuição percentual das crianças hospitalizadas por idade da mãe do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002 .....	91

## **INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO

A tendência temporal da maternidade, na adolescência, vem mostrando desenvoltura crescente no número de jovens que se tornam pais e mães, cada vez mais precocemente, suscitando assim amplas investigações sobre os múltiplos fatores que envolvem o fenômeno. Em decorrência da diversidade desses fatores, várias são as áreas da ciência que demonstram grande interesse no conhecimento e na elucidação de suas causas. Assim, inúmeros estudos, em diversas línguas, são encontrados na literatura, desde que a maternidade na adolescência passou a despertar o interesse não só da sociedade mas também do Estado. Entretanto, ainda são escassos os conhecimentos, em médio e longo prazo, sobre os aspectos de saúde do contingente populacional infantil, representado pelas crianças de mães deste grupo etário.

Considerando a magnitude da maternidade, na adolescência, e a vulnerabilidade aos agravos de saúde das mulheres e de suas crianças, entendemos tratar-se de uma questão de profunda complexidade, devido às potenciais conseqüências adversas resultantes dessa condição que podem afetar de forma direta ou indireta as próprias mães e os seus filhos. O aborto clandestino, a falta de cuidados pré-natais, a desestruturação pessoal e familiar, o abandono e adoção das crianças, além do maior número de doenças e mortes, durante o primeiro ano de vida, seriam os aspectos que caracterizam as possíveis adversidades a serem vivenciadas (SILVA, J.L.P., 1998).

Observa-se que, uma vez superados os riscos da gravidez precoce relacionados com o período gravídico, parto e período neonatal, surge a necessidade de enfrentar adequadamente o cuidado do filho, muitas vezes, nascido prematuramente ou com baixo peso para a idade gestacional, que irá enfrentar uma sociedade em que uma, em cada quatro crianças, vive em estado

de absoluta pobreza; seis, em cada cem, em domicílios sem água potável e catorze habitam moradias sem saneamento adequado (UNICEF, 2000).

Elementos subjetivos nos fazem crer que mães adolescentes têm limitada a sua capacidade para cuidar dos filhos, muitas vezes manifestados por sentimentos de insegurança e imaturidade emocional, quanto ao desenvolvimento dos cuidados a serem dispensados as suas crianças. Tal “limitação” pode vir a se tornar mais agravada, quando jovens mães são consideradas imaturas por seus familiares para cuidar dos próprios filhos. Outras vezes, a concretude dos problemas econômicos e sociais dificulta ainda mais o cuidar, especialmente quando se associa à condição de criança não desejada e/ou fora do matrimônio. Assim, a trilogia morbidade infantil, maternidade na adolescência e baixa renda são fatores que guardam íntima relação entre si e necessitam de atenção especial da Saúde Pública.

Sob esta ótica, frente aos inúmeros questionamentos, pudemos direcionar nosso olhar para os aspectos de saúde, do primeiro ano de vida da população infantil, período mais vulnerável aos agentes externos, quer localizados na sociedade, como a disponibilidade de serviços de saúde, trabalho renda e moradia, quer nas inter-relações familiares que determinam as redes de proteção social da criança.

O interesse teve sua origem na nossa prática diária como pediatra, na rede pública de saúde, na cidade de Fortaleza, Ceará, onde foi possível observar, nos últimos anos, significativo aumento no número de mães adolescentes que buscam assistência para os filhos. Nesse sentido, em virtude da escassez de literatura sobre o tema e do compromisso, como profissional de saúde, de buscar estratégias mais eficazes para a sobrevivência infantil, propôs-se este estudo para investigar a problemática do risco de morbidade entre filhos de

adolescentes e os principais mecanismos relacionados ao processo saúde/doença, nessas crianças.

Entendemos que ser mãe adolescente não parece tarefa fácil, por estar essas jovens ainda em crescimento, evoluindo para alcançar sua própria maturidade biopsicossocial e que, na maioria das vezes, não se encontram em condições de satisfazer as necessidades emocionais que demanda seu filho.

## **OBJETIVOS**

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Identificar as principais doenças e agravos prevalentes em crianças menores de um ano, filhas de adolescentes de baixa renda matriculadas nos Serviços de Pediatria do Núcleo de Atenção Médica Integrada e do Hospital Infantil Albert Sabin.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar as doenças existentes e pregressas da criança.
- Verificar alguns fatores que poderiam interferir no aumento dos agravos e doenças em filhos de adolescentes, tais como:
  - Condições comportamentais da mãe adolescente.
  - Condições de saúde do recém-nascido.
  - Condições sanitárias em que vivem as crianças.
  - Cuidados dispensados às crianças.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

---

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 Adolescência**

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 1996), a adolescência é o período da vida no qual os jovens experimentam rápido processo de crescimento físico e maturação emocional e intelectual, que tem início com as primeiras mudanças da puberdade e termina com a parada de crescimento e a inserção profissional e socioeconômica. Cronologicamente, a adolescência é definida como o período compreendido entre 10 e 19 anos, no qual vão ocorrer inúmeras transformações no eu físico e mental. Tiba (1986) considera uma fase de evolução do ser humano para atingir a maturidade biológica e psicossocial. Trata-se de período relativamente curto e delicado, tanto para a saúde como para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo, devido ao acúmulo de novas aquisições, além das muitas mudanças na esfera biopsicossocial. É nesse período, no qual ocorre a “Síndrome da Adolescência Normal”, que segundo Knobel (1992), caracteriza-se pela procura de si mesmo; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; evolução sexual, desde o auto-erotismo até o relacionamento sexual; contradições sucessivas; atitude social e reivindicatória que resultam na busca da identidade adulta.

Assim, o conjunto de transformações psicofisiológicas, ligadas à maturação sexual que traduz a passagem da infância para a adolescência, marcam o processo púbere. A adolescência, portanto, é vista como o somatório de etapas percorridas pelo indivíduo, durante a puberdade. Segundo Costa (1986), as transformações físicas da adolescência dão início à verdadeira revolução no desenvolvimento psicossocial, desencadeando o processo de elaboração da nova forma de pensar, ser e comportar, em busca da identidade

adulta. Mattos (1980), em estudo sobre adolescência, sugere a importância de se considerar o rápido desenvolvimento corpóreo apresentado, já que as relações, entre o funcionamento do desenvolvimento endócrino e o crescimento, ao lado das condições que favorecem o desenvolvimento psíquico equilibrado, determinam grande influência sobre a saúde.

Para alguns autores, é, no período da adolescência, que os indivíduos experienciam a crise de identidade própria do ciclo vital, que, uma vez resolvida, conduz o jovem ao comprometimento com conceituação social e política (KALINA, 1979; ABERASTURY; KNOBEL, 1981; PRETO, 1995).

Portanto a ciência aborda o período da adolescência sob os enfoques psíquico, social e biológico. Para Audíface (1991, p.49), esta fase do ciclo vital pode ser denominada sob três aspectos:

Puberdade é o lado orgânico. Juventude é o aspecto social e moral. Adolescência, mais geral, designa o conjunto de transformações corporais e psicológicas que se produzem entre a infância e a idade adulta.

Na história da civilização, a idéia da adolescência já era concebida no século II, por Aristóteles, na Grécia Antiga, que considerou os jovens “Apaixonados, irascíveis, capazes de serem arrebatados por seus impulsos,...[ainda que tenham] altas aspirações...” (KIELL, 1964). Somente no século XVII, em 1871, W.H.Burnham publicou o primeiro trabalho, que se tem conhecimento, sobre adolescência, denominado “The Study of Adolescence” (AUDÍFACE, 1991). Posteriormente, o de Comparé, que designou a adolescência como ciência da Hebeologia, em homenagem a Hebe, deusa da primavera, ou Medicina da Adolescência, hoje Hebeatría, atividade que se dedica ao atendimento dos pacientes nessa faixa de idade. Foi só recentemente, durante o período da revolução industrial, que a adolescência passou a ter forte representatividade na nossa cultura, após o surgimento da idéia, na Alemanha

wagneriana, para, só então mais tarde, ser difundida na França, em torno dos anos 1900. O século XX passou então a ser considerado o século da adolescência, não somente por sua conceituação, mas também pela reação da sociedade, diante da duração da vida, que expandiu o período de transição entre a infância e a idade adulta (ÁRIES, 1981). Os adolescentes passaram, então, a ser depositários de valores da família e da sociedade, e deles exigiram-se aptidões e qualificações específicas, para chegarem à idade adulta como indivíduos independentes e de sucesso. Assim, a sociedade moderna como que “traça” o *script* de vida desses jovens para que nada venha a ameaçar o *status quo*.

Desse modo, o fenômeno da maternidade, na adolescência, apesar de não se constituir ocorrência estranha à grande parte das culturas, tem sido visto por especialistas, já há algumas décadas, como uma das grandes ameaças ao futuro dos jovens, considerando as conseqüências sociais, físicas e emocionais decorrentes, cujos efeitos refletem, de forma direta, nos pequenos filhos.

### **3.1.1 Fecundidade na adolescência**

A fecundidade, na adolescência, tem sido, nos seus diversos aspectos, objeto de vários estudos e vem mostrando ascensão nos níveis de prevalência de maternidades precoces. Pesquisas recentes mostram que 1/3 da população mundial é constituída de adolescentes e jovens, na faixa de 10 a 24 anos, representando 1,6 bilhões de indivíduos, no ano de 1996, com uma Taxa Global de Fecundidade (TGF) de 2,9 filhos, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), 1998. No Brasil, atualmente, esse grupo representa aproximadamente 51 milhões de pessoas, ou seja, 30% da população brasileira.

Durante a adolescência, a sexualidade evolui para a capacidade de efetivação da prática sexual diferente da prática infantil, ganhando a feição do contexto cultural em que o jovem se insere. Nesse período, uma gama de experiências do repertório das práticas sexuais são vivenciadas pelos jovens, como parte de seu preparo para a vida adulta (CURRIER, 1984).

Vários são os fatores preditivos de atividade sexual, nos primeiros anos da adolescência. Dentre outros, as influências da mídia, fatores sociais e padrões culturais, a falta de orientação sexual nas escolas, ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, que tem sido apontada como um dos fatores de aumento da fecundidade (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA-AAP, 1999; SANTOS JUNIOR, 1999).

No Brasil, o momento da iniciação sexual está significativamente relacionado ao gênero, à idade dos jovens e a diferenciais regionais, sendo, na maioria das vezes, jovens do sexo masculino, residentes em áreas urbanas da região Norte, os primeiros a iniciarem a atividade sexual (FERRAZ; FERREIRA, 1998). Estudos recentes indicam que a idade da primeira relação sexual, entre adolescentes brasileiros, ocorre dos 12 aos 19 anos, com médias de idade variando de acordo com as regiões, sendo também observado variação nas médias de idade, de acordo com os grupos sociais estudados (FERRAZ; FERREIRA, 1998; SANTOS JUNIOR, 1999).

A literatura é ampla, no relato das conseqüências resultantes da atividade sexual precoce e aponta, como uma das principais, a gravidez na adolescência. Cerca de metade das gestações na adolescência, ocorre nos seis primeiros meses, após o início da atividade sexual. Mundialmente, o fenômeno da gravidez entre adolescentes, tem sido considerado, *a priori*, um dos grandes problemas de saúde pública sendo encarado até como epidemia social, face aos resultados psicossociais e biológicos indesejados para as mulheres e filhos.

A Academia Americana de Pediatria - AAP- (1999), mostrou as taxas de natalidade, durante o ano de 1992, entre os países desenvolvidos (Quadro 1).

### Quadro 1

Taxa de natalidade /1.000 adolescentes de 15-19 anos em países desenvolvidos (1992)

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	61
CANADÁ	41
REINO UNIDO	33
HOLANDA	08
JAPÃO	04

Para dimensionar o impacto da maternidade na adolescência, entre os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento da América Latina, o Population Reference Bureau-PRB (1992) apresentou os seguintes dados, como mostra o Quadro 2.

### Quadro 2

Taxa de natalidade/1.000 adolescentes de 15-19 anos em países da América Latina (1992)

AMÉRICA CENTRAL	99 – 139
CARIBE	84 – 104
AMÉRICA DO SUL	83 - 97

No Brasil, é possível observar a tendência de alta na incidência de gravidez adolescente. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD em 1995, mostram que, em todo o país, aproximadamente um milhão de mulheres (cerca de 13%), entre 15 e 19 anos, já tiveram filhos (IBGE, 1997). A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, revelou que, em 70% das adolescentes entrevistadas, a primeira maternidade ocorreu entre 15 e 17 anos (BENFAM, 1997). Silva (1998) constata que 15% a 25% dos nascimentos ocorridos nos hospitais públicos são de adolescentes de 15 a 19 anos. Dados do Ministério da Saúde/DATASUS, revelam que, durante o ano de 1997, de um total de 720.341 partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 33.435 foram de adolescentes, na faixa etária de 10 a 14 anos, enquanto que 686.906 ocorreram entre adolescentes de 15 a 19 anos (BRASIL, 1998). As taxas de maternidade, na adolescência, variam muito entre as regiões. Camarano (1998) aponta o Norte e o Nordeste como as regiões do país onde se encontram as maiores proporções das mulheres de 15 a 19 anos que já se tornaram mães. A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde-PNDS (BENFAM, 1996), revelou que, no estado do Ceará, 24% das adolescentes de 15 a 19 anos já haviam tido, pelo menos, um filho ou estavam grávidas na época da pesquisa. Em 1999, foi possível observar a ocorrência de 24.323 nascidos vivos (n.v.) para esta faixa etária e 1.037 para a faixa de 10 a 14 anos, no mesmo período, segundo dados da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA (CEARÁ, 2000).

### **3.1.2 Maternidade na adolescência: um fenômeno milenar**

Na História da Humanidade, a maternidade, em fases precoces da vida reprodutiva, não constitui fenômeno recente, sendo possível constatar, através de registros históricos, que contratos de casamento eram lavrados na

Antiguidade, quando as meninas se encontravam entre 13 e 14 anos. No século II d.C., em pleno apogeu do Império Romano, ante a baixa expectativa de vida do seu povo, inferior a 25 anos, jovens mulheres concebiam seus filhos logo após a menarca, em torno dos 14 anos (BROWN; FAN; CONSOLIN, 1991).

Na Europa renascentista, as jovens tornaram-se objeto central de inspiração dos poetas e artistas, sendo freqüentemente retratadas em figuras de madonas, com pequenas crianças ao colo, pondo em evidência a indissociabilidade entre os conceitos de maternidade e de mulher, e, provavelmente, retratando os costumes da época. Surge, após esse período, os primeiros relatos na literatura médica sobre gravidez precoce, sendo da autoria de Varbier, em 1900, o primeiro trabalho específico sobre gestação em adolescentes (PEREIRA, 1998). Os padrões culturais e os costumes vigentes no começo do século passado, ainda consideravam a maternidade precoce um acontecimento habitual (FELICE *et al.*, 1984).

Freire (1973), no clássico *Casa Grande e Senzala*, refere que, no Brasil colônia do século XVIII, as mães eram muito jovens e quase sempre impossibilitadas fisicamente de atender o que o autor chama de “primeiro dever da maternidade”. O período entre as gestações era muito curto e as jovens eram incapazes de exercerem o papel de mãe em sua plenitude, delegando o cuidado dos filhos às escravas negras, amas de leite, que cuidavam e criavam as crianças desde tenra idade.

Somente após a Primeira Grande Guerra, o governo e a sociedade começaram a se interessar pelas adolescentes grávidas, quando o mundo, após a crise de 1929, começava a se preparar para nova ordem econômica em que a mão de obra feminina passou a ser relevante para a renda familiar (REIS, 1993). O interesse pelo estudo da maternidade, na adolescência, veio a se consolidar nos Estados Unidos da América, em torno dos anos 60 e 70, com as mudanças

radicais ocorridas nos códigos puritanos e o estabelecimento da adolescência como uma categoria social particular de indivíduos (ARNEY; BERGEN, 1984; MORIN, 1986).

### **3.1.3 Panorama atual**

Na atualidade, a maternidade, no extremo inferior da vida reprodutiva, é considerada, *a priori*, por muitos especialistas, importante problema social e de saúde em vários países do mundo. Marques (1992) considera que, na maioria das vezes, a sociedade ignora a sexualidade dos jovens, com suas manifestações negadas e reprimidas, que, ao lado de uma educação sexual inadequada, pode levar a repercussões negativas, como uma gravidez precoce. A magnitude deste evento, durante a adolescência, considerando o complexo biopsicossocial que envolve o binômio mãe-filho, determinou a inclusão do fenômeno na categoria de risco para a mãe e o filho.

Para Ruchala e James (1997), os problemas, para as mães adolescentes, são os déficits de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança e a criação de expectativas irreais sobre as suas habilidades. Motta e Silva (1994) consideram que as condições sociais e psicológicas adversas deste grupo, ao lado do organismo possivelmente imaturo, seriam consideradas inadequadas á procriação, acarretando conseqüências desfavoráveis para a mãe e para a criança.

Quanto às repercussões psicossociais do fenômeno, Waters (1969) afirma que mães adolescentes estão sujeitas à “Síndrome da Falência” que engloba o fracasso, no cumprimento de suas funções e na permanência escolar,

no estabelecimento do relacionamento familiar estável, na limitação do número de filhos, além da dificuldade de assumir independência econômica.

O Programa Saúde do Adolescente – PROSAD (BRASIL, 1996), considera que a gravidez precoce seria, freqüentemente, a razão para o casamento entre adolescentes, podendo levar a uma maior probabilidade de desuniões futuras. Estudo realizado por Bruno *et al.* (2000) sugere possível pressão social para que casamentos se realizem quando a adolescente engravida. Revela também que, após o nascimento do filho, é significativo o aumento de união e casamento durante este período.

Maia Filho *et al.* (1998), concordam que a união da adolescente com o parceiro é de grande importância, para que haja divisão de tarefas, no cuidado com o filho, uma vez que a maioria dos rapazes não assume o compromisso da relação, elevando, assim, o número de mães adolescentes solteiras. Segundo afirmação de McGoldrick (1995), raramente, pais adolescentes são incluídos como parte integrante da estrutura doméstica e, freqüentemente, nenhum outro membro da família do sexo masculino desempenha papel primário no desenvolvimento da família. Deste modo, diante do crescente número de mães adolescentes solteiras e na ausência da figura do pai, a responsabilidade pelos filhos parece ser função das mães, avós e tias.

Sob esta perspectiva, após vários séculos de história em que conceitos foram criados e institucionalizados, investigar a temática do fenômeno milenar da maternidade, na adolescência, no contexto da sociedade moderna, significa discutir estereótipos e repensar a possibilidade da adoção de outros valores.

Com a premissa de que as ciências médicas são a área, cujos profissionais são incumbidos da responsabilidade de aplicar os conhecimentos para o benefício do homem, e que a produção científica é uma prática social, impõe-se uma reflexão, no sentido de despertar, como princípio ético, o

interesse dos especialistas por esta população rica em talento e potencialidades, os jovens, seres em formação e transformação e por suas crianças, cuja maior vulnerabilidade se revela numa morbimortalidade mais elevada que nos adultos e só ultrapassada pela da velhice extrema, quando morrem todos...

## **3.2 Morbimortalidade infantil**

### **3.2.1 Determinantes e tendências da morbimortalidade infantil**

As crianças representam, dentro do ciclo vital, o mais vulnerável grupo etário frente aos agravos de natureza ambiental, processos mórbidos e à falta de cuidados adequados. É da mesma concordância Yunes e Alcântara (1986), quando estabelecem a seqüência de causas *mutatis mutandi*, em que agiriam fatores diversos que entrariam em ação e seriam determinantes de moléstias ou mortes em crianças, dentro de um conjunto complexo e dinâmico de causas e efeitos.

O processo saúde/doença, na infância, envolve multiplicidade de etiologias morbígenas que estão relacionadas, de maneira mais ampla, com as condições biológicas, socioculturais, ambientais e comportamentais e não somente com aqueles fatores que o afetam de forma direta. Desse modo, muitos dos problemas de saúde da criança são conseqüências resultantes do rápido e intenso processo normal de transformação, inerente ao crescimento e desenvolvimento, do ambiente em que esse processo ocorre, além dos cuidados dispensados por outrem.

Alguns dos fatores determinantes de doenças, em crianças, não causam diretamente o desfecho, na realidade os desfechos nunca dependem de

causas únicas, mas podem levar à morbidade e mortalidade infantil, quando alguns desses fatores agem através de um número de determinantes proximais (MacMAHON; PUGH; IPISEN, 1969; FACHINI, 1995), corroborando o pensamento de que a essência das causas da morbidade infantil é bastante complexa.

Ao aplicar o método científico, de forma mais abrangente, aos problemas de doenças que ocorrem em nível coletivo, Leavel e Clarck (1976) fortalecem a compreensão anterior ao estabelecer dois períodos para a história natural da doença, o pré-patogênico e o patogênico. Os autores afirmam que o período pré-patogênico envolve tanto os fatores condicionantes sociais e ambientais, quanto os próprios fatores do suscetível, que, através de relações dinâmicas, evoluem acabando por chegar à configuração que favorece a instalação da doença.

As taxas de morbidade, na infância, guardam relação muito íntima com as taxas de mortalidade. Segundo McAuliffe, Lima e Guerrant (1996), em países em desenvolvimento como o Brasil, os padrões de morbidade se iniciam com os fatores pré-natais; quando gravidezes ocorrem desde idades muito precoces, na adolescência, até a fase final da vida reprodutiva, com mães apresentando sérias complicações, devido à anemia crônica, hipertensão e infecções durante o período gravídico. Muitos desses processos infecciosos advêm de doenças sexualmente transmissíveis, sem que a grande maioria das mulheres recebam, entretanto, cuidados adequados de saúde.

Esta configuração leva a uma maior proporção relativa de óbitos, por afecções originadas no período perinatal, que, segundo a última definição da Organização Mundial de Saúde - OMS (1977), começa a partir da vigésima segunda semana de gestação de fetos com mais de 500g e vai até a primeira semana de vida.

Em termos nacionais, as taxas de óbitos perinatais ficaram em torno de 45 por mil nascidos vivos (n.v.), durante o ano de 1997, segundo dados da OMS. Por outro lado, em nosso Estado, 16,0 óbitos por mil nascidos vivos (n.v.) ocorreram durante o ano de 1999, de acordo com dados do Núcleo de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - NUEPI-SESA (CEARÁ, 2000).

Após o nascimento, as crianças apresentam nítida predominância de enfermidades transmissíveis, respiratórias e gastrointestinais, além das enteroparasitoses que prevalecem, em nosso meio, de forma endêmica, diminuindo assim a sua resistência e predispondo-as a outras enfermidades, aumentando as taxas de morbidade (YUNES; ALCÂNTARA, 1986; McAULIFFE; LIMA; GUERRANT, 1996). Em decorrência dessas condições, também é possível observar o aumento nas taxas de mortalidade infantil, que, em nível nacional e estadual, atingiram a média de 35 óbitos por mil nascidos vivos (n.v.), no ano de 1999 (CEARÁ, 2000).

Sobre este aspecto Yunes e Alcântara (1986, p.39) comentam que:

A sobrevivência física representa, a curto prazo, a maior necessidade básica da criança, estando a sua saúde em maior perigo ao nascimento e nos dias que se seguem, principalmente até os 12 meses de idade (...). Se a criança sobreviver até o primeiro ano de vida, pode-se considerar que grande parte da batalha está ganha.

No Nordeste, a situação da grande maioria das crianças, no entanto, torna-se ainda mais dramática. A miséria, as péssimas condições sanitárias e habitacionais, a não disponibilidade de água de boa qualidade, além do baixo nível de escolaridade das mães, associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, agravam ainda mais a debilitada situação de saúde dessas crianças. Mas, apesar do panorama sombrio em que elas vivem, a tendência histórica dos processos mórbidos da infância tem revelado, em nosso país, profunda

transformação. Com a intensificação das medidas de promoção e proteção de saúde, e dos métodos de prevenção contra as doenças infecciosas, foi possível evidenciar o relevante impacto nos indicadores de saúde infantil.

No entanto, mesmo com os grandes avanços conseguidos, ainda convivemos com elevada morbidade resultante de doenças do subdesenvolvimento, como as diarreias, pneumonias e desnutrição (BRASIL, 1999). Observa-se que alguns trabalhos têm apontado, de maneira favorável, o papel da tecnologia médica, nas modificações dos padrões de mortalidade, no entanto, no que diz respeito à mortalidade infantil, estudos têm mostrado que a aplicação das técnicas de saúde pública, bem como das ações médicas apresentam efeito limitado quando mantidas as condições precárias de vida da população (BEHM; MARCHANT; MARIN, 1970). A teoria da transição epidemiológica serve como base para a melhor compreensão das mudanças, nos padrões de morbimortalidade, ultimamente observadas (BARRETO, 1993).

### **3.2.2 Doenças e agravos em crianças**

A vulnerabilidade da criança e o caráter unitário de seus modos de reação tornam os problemas que atingem esse grupo, específicos e peculiares. Assim, em estudos de saúde infantil, a utilização de indicadores de saúde é de fundamental importância, pois possibilita avaliar o nível de vida de uma coletividade humana. Pontes e Rouquayrol (1999, p.53) consideram os indicadores como

... parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos (...) permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades...

Para Barros e Victora (1991, p.19), “os indicadores de saúde constituem o núcleo dos diagnósticos de saúde infantil”, sendo prioritária a definição prévia dos mais apropriados ao estudo, a fim de se determinar, de modo preciso, algumas diretrizes importantes para o desenvolvimento da pesquisa e apurar as condições de saúde do grupo populacional estudado. A escolha dos indicadores vai depender também das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, no que se refere à saúde da criança. Assim, a partir de 1984, ocorreu uma intensificação na promoção da saúde da população menor de cinco anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Paralelas a essas atividades, foram implementadas ações como o Programa Nacional de Imunização (PNI), a Promoção do Aleitamento Materno, o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, a Orientação Alimentar e o Controle de Doenças Diarréicas e Infecções Respiratórias Agudas (BRASIL, 1999).

Desse modo, os indicadores mais freqüentemente utilizados que melhor contemplam os estudos de saúde materno-infantil, serão descritos.

### **3.2.2.1 Indicadores comportamentais, demográficos e socioeconômicos**

#### **✓ Perspectiva da gravidez (planejada x não planejada).**

Países em desenvolvimento vêm mostrando uma modificação no comportamento reprodutivo, com redução da fertilidade, desde meados dos anos sessenta. Observa-se, no entanto, que um em cada quatro nascimentos ocorre de forma não planejada, entre mulheres que já atingiram o tamanho familiar desejado (BONGAARTS, 1997).

A literatura sobre o fenômeno da gravidez não planejada, na adolescência, mostra que a grande maioria dos casos dá-se de modo inesperado e com frequência indesejada e que boa parte deles, quase metade, termina em aborto provocado. Para os casos em que as gestações são levadas a termo, grande parte das adolescentes permanecem solteiras. A gravidez continuada, provoca sérios problemas na organização familiar, podendo gerar conflitos, dúvidas e inquietações para as adolescentes, que muitas vezes, tem os efeitos refletidos no desenvolvimento e nos cuidados da criança. Souza (1998), em estudo sobre a maternidade entre mulheres de 15 a 19 anos, afirmou que “ a fecundidade indesejada entre as mais jovens não é tão maior do que entre as demais mulheres. Na verdade, a maternidade “indesejável” é muito maior entre mulheres mais velhas”. Entretanto, gestações não programadas não implicam, necessariamente, crianças não desejadas, e que, ao longo do processo gestacional, muitas são rapidamente aceitas e claramente desejadas (SILVA, J.L.P., 1998). Bruno *et al.* (2000), no estudo *Impacto da gravidez na adolescência*, consideram engano a impressão de que toda gravidez adolescente é indesejada. As autoras revelam que algumas são planejadas, e muitas vezes, desejadas.

#### ✓ **Idade da mãe**

A idade da mãe tem sido uma das variáveis mais amplamente utilizadas em estudos de saúde materno-infantil. Estudos apontam que a idade materna, tanto no limite inferior como no superior da vida reprodutiva, apresenta implicações biológicas de significativo valor para a saúde da criança. A literatura mostra que filhos de mães muito jovens, consideradas abaixo da faixa etária recomendada para uma gestação saudável, apresentam alta incidência de prematuridade e baixo peso, ao nascer, além de índices de morbidade e mortalidade mais elevados que os filhos de mães maiores de 20 anos

(BALDWIN; CAIN, 1980; PIZARRO; ATALAH; CUMSILLE, 1992; RIBEIRO *et al.*, 2000). Quanto às implicações psicológicas, pesquisas concluem que mães muito jovens não estão familiarizadas com os padrões de desenvolvimento de bebês e crianças (RUCHALA; JAMES, 1997).

### ✓ **Escolaridade**

Existe o consenso entre pesquisas realizadas, em vários países do mundo, afirmando que o nível de escolaridade dos pais, em especial o da mãe, mostra forte associação com a morbidade e mortalidade infantil, como também com a utilização dos serviços de saúde (BARROS; VICTORA, 1991).

Estudos do UNICEF (1995) confirmam que a educação materna, independente muitas vezes de outras variáveis sociais, apresenta forte efeito sobre a saúde da criança. Dados da PNDS de 1996 (BENFAM, 1997), mostram que, entre mulheres de 15 a 19 anos, sem escolaridade, aproximadamente 51% já haviam se tornado mãe, e quase 4%, estavam grávidas do primeiro filho. Gonzalez (1998) documenta, em comunidades de baixa renda, nas cidades de Recife e Olinda, em Pernambuco, a associação de falta de trabalho materno e baixa escolaridade entre mães adolescentes com cuidados deficientes aos filhos. No estudo *Evolução da saúde da criança no Ceará*, o autor destaca a associação entre mortalidade infantil e baixa escolaridade materna, quando revela risco de morrer 2,48 vezes maior, entre crianças cearenses, cujas mães não sabem ler nem escrever, quando comparadas com crianças filhas de mães alfabetizadas (SILVA, A.C., 1998).

✓ **Status civil**

A instabilidade marital de pais adolescentes é uma condição que repercute, sobremaneira, na vida das crianças. Estudos constatam que um possível fator mediador entre a baixa idade materna e o impacto, na criança, é a estrutura familiar, ou seja, existe maior probabilidade da ocorrência de efeitos adversos quando a mãe adolescente educa seu filho sem a ajuda do pai ou de seus próprios parentes. Observa-se também relatos de que o desenvolvimento emocional, cognitivo e social dessas crianças poderia melhorar, se fossem criadas com ambos os pais (BALDWIN; CAIN, 1980). Segundo Souza (1998), a geração de um filho, entre jovens solteiras, pressionaria para a constituição de uma união, sendo essas chances, cerca de 22 vezes maiores aos 15 anos de idade, declinando progressivamente com a idade.

✓ **Atividade trabalhista**

A ausência nos lares, de mães adolescentes ou adultas, por força de fatores socioeconômicos, faz com que os cuidados às crianças sejam delegados a familiares ou terceiros. Por outro lado, estudos mostram fortes evidências de que a inserção, no mercado de trabalho, dos pais da criança exerce decisiva influência nos padrões de saúde e sobrevivência infantil e que a saúde da criança será melhor, se o dinheiro de que a família dispõe puder ser utilizado pela mãe e não pelo pai (MORLEY; LOVEL, 1986; UNICEF, 1995). Segundo Souza (1998), filhos, afetam a participação das mulheres, em todas as idades, no mercado de trabalho, e que o impacto é especialmente forte entre as mulheres muito jovens.

### 3.2.2.2 Indicadores ambientais

#### ✓ **Habitação, água e saneamento**

A ausência de saneamento e água corrente, nos domicílios, e as más condições de higiene são fatores que se relacionam causalmente com a morbimortalidade, no período neonatal e, principalmente, no pós-neonatal. Considerados importantes indicadores para a mensuração do nível social e econômico da população, tais condições estão diretamente relacionadas com o maior risco de contrair diarreia, do mesmo modo que uma maior aglomeração intradomiciliar também está relacionada com maior incidência de infecções respiratórias (BARROS; VICTORA, 1991).

### 3.2.2.3 Indicadores de saúde

#### ✓ **Idade gestacional**

O tempo de gestação é fator de significativa importância como determinante de morbidade e mortalidade na criança, sendo considerado bom índice para avaliação do risco a que se encontra exposto o recém-nascido. Estudo de Maranhão *et al.* (1999), confirma que, entre crianças recém nascidas brasileiras, as principais causas de óbitos são, a prematuridade, nascimentos que ocorrem com menos de trinta e sete semanas completas de gestação (BATTAGLIA; LUBCHENCO, 1967) e o baixo peso ao nascer -BPN- recém nascidos, ao nascer, com peso igual ou menor que 2500g, segundo definição da Organização Mundial de Saúde-OMS- (1961).

### ✓ **Peso ao nascer**

Sabe-se que o baixo peso ao nascer é um dos fatores determinantes de óbitos neonatais. Em Recife, Pernambuco, Rocha (1991) investigou, entre 5940 nascidos vivos, a associação de baixo peso ao nascer com algumas variáveis maternas, e concluiu que o baixo peso, ao nascer, foi mais freqüente entre mulheres com peso pré-gestacional abaixo de 50Kg. O peso ao nascer e as freqüências de peso adequado aumentam, na medida em que a idade da mãe se eleva. Estudos realizados na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, revelam que crianças, com peso inferior a 2500 gramas ao nascer, apresentam chance 18 vezes maior de morrer no primeiro ano de vida, quando comparadas a crianças com peso superior a 2500 gramas (MARANHÃO; JOAQUIM; SIU, 1999).

### ✓ **Aleitamento materno**

A lactância materna tem sido, ao longo da história, o modo de alimentação que tem garantido a sobrevivência do gênero humano até os dias de hoje. Durante os seis primeiros meses de vida, o leite humano, constitui-se o alimento mais desejável para o bebê, e o mais completo. Existe consenso universal de que a prática do aleitamento natural é de fundamental importância para o crescimento saudável da criança, constituindo-se importante indicador, em todos os diagnósticos de saúde infantil. Do ponto de vista emocional, imunológico e preventivo da morbidade e mortalidade, a lactância materna é a melhor opção de alimentação infantil, em especial, para menores de um ano (BURROWS; CARRASCO; MUZZO, 1985). De acordo com Victora e Chandra (1992), o risco de morte, em menores de 6 meses, não alimentados ao seio, chega a ser 16 vezes maior, quando comparado com crianças em aleitamento materno exclusivo.

### ✓ **Introdução de outros alimentos**

A introdução de outros alimentos que não o leite materno, é de extrema importância, à medida em que ocorre a evolução do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, visando atender a eventuais necessidades nutricionais. A repercussão da desnutrição protéico calórica, em relação ao desenvolvimento mental, torna-se mais complicada, em razão da diferente vulnerabilidade do sistema nervoso em diferentes idades. Um aporte nutricional inadequado, durante fases críticas do desenvolvimento cerebral, que varia desde a décima terceira semana de gestação até, pelo menos, o final do segundo ano de vida, pode resultar em modificações estruturais e/ou funcionais permanentes, mesmo diante de restrições nutricionais moderadas, com prejuízo da função cerebral e retardamento mental (ADAMS; VICTOR; ROPPER, 1998).

### ✓ **Cobertura vacinal**

Um dos principais objetivos do cuidado infantil, no primeiro ano de vida é o combate às doenças infecciosas através da imunização passiva. No Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI), que torna obrigatória a vacinação de todos os menores de 05 anos, tem obtido resultados significativos, com a manutenção permanente de coberturas vacinais e conseqüente diminuição das doenças imunopreveníveis.

### ✓ **Cuidados com o bebê**

Quase cegos e surdos, os bebês, ao nascerem, apresentam dependência total e completa dos cuidados de outras pessoas para satisfazerem as suas necessidades. Segundo Marcondes (1994), tanto as necessidades físicas e

fisiológicas, quanto as de proteção contra os agravos ambientais estão diretamente relacionadas com a sobrevivência infantil.

#### ✓ **Monitoramento do crescimento**

O acompanhamento sistemático das crianças, no primeiro ano de vida, e nos seguintes, possibilita a detecção precoce dos desvios do crescimento e a descoberta das que apresentam maior risco de desnutrição (BARROS; VICTORA, 1991). É também uma forma de manter as mães em contato com os serviços de saúde, propiciando, assim, maior interação entre as famílias, os profissionais e as unidades de saúde.

#### ✓ **Doenças existentes e pregressas**

Os indicadores de morbidade têm importância prevaiente no controle de doenças, devido a sua ampla abrangência, que inclui “todos os campos nos quais a variável saúde seja o foco de interesse” (PONTES; ROUQUAYROL, 1999, p. 44). Na infância, os indicadores de morbidade mais freqüentemente utilizados são: prevalência de infecções respiratórias agudas, prevalência de anemia e deficiência de vitamina A, prevalência de desnutrição e prevalência e incidência de diarreia (BARROS; VICTORA, 1991).

### **3.2.3 Morbimortalidade em filhos de mães adolescentes**

Os filhos de mães adolescentes constituem, dentro da dinâmica demográfica, contingente específico da população infantil, com significativa

representatividade neste começo de século. O acréscimo populacional desse grupo reflete as mudanças do comportamento sexual dos jovens, já observadas há vários anos, cuja principal consequência é a gravidez/maternidade na adolescência. Uma morbimortalidade aumentada imputada aos filhos de adolescentes é discutida, sendo alvo de estudos conflitantes (COLLI; DELUQUE, 1978; DONAS, 1992; DUARTE, 1997). Seriam as doenças, agravos e mortes nessas crianças resultado somente de um fator causal, a idade da mãe? No Brasil, pesquisas enfocando a morbimortalidade a partir do primeiro ano de vida, desse grupo populacional, ainda são escassas, apesar de a medicina e outros setores afins já dispensarem, desde algum tempo, atenção crescente às repercussões que envolvem a maternidade na adolescência. O que se apreende da literatura nacional é amplo material disponível, em diversas disciplinas que contemplam fatores biológicos, sociais e psíquicos da mãe adolescente e neonatais da criança. O aspecto ainda pouco pesquisado diz respeito ao seguimento, em médio e longo prazo, dos filhos de adolescentes que apontem as características gerais dessas crianças, envolvendo o crescimento e o desenvolvimento, além dos principais processos mórbidos desta população específica.

Autores como Yunes e Alcântara (1986) afirmam que, dentre as causas determinantes de agravos em crianças, encontram-se as “predisponentes indiretas”, que se exteriorizam sob diversos aspectos. A escassez de maturidade mental revelaria um desses aspectos. Ainda que considerem, pouco imprecisa, a denominação de maturidade mental, os autores afirmam que esta reuniria atributos, como bom senso, intuição, compreensão das coisas, atividade, disciplina, revelando, assim, desenvolvimento ou amadurecimento mental, o que permite ou determina ações favoráveis à saúde da criança. Assim é factível supor que jovens, em pleno processo de adolecer, se encontrem ainda

desprovidas dos conhecimentos necessários, relacionados aos cuidados a serem dispensados aos filhos.

Os efeitos, na criança, resultantes da gravidez adolescente, podem envolver os seguintes aspectos: físico/saúde, cognitivo, comportamental e emocional.

### **3.2.3.1 Aspectos psicossociais**

A literatura especializada mostra que a maternidade/paternidade, na adolescência, está quase sempre associada a conseqüências socioeconômicas adversas e persistentes para os jovens pais, afetando o ambiente no qual seus filhos se desenvolvem. Tal condição leva a supor que as chances de vida dessas crianças também poderão ser adversamente afetadas.

Thompson *et al.* (1979) utilizaram, em estudo realizado nos Estados Unidos da América, a escala Brazelton, considerada bom indicador de funções motoras tardias e sensível a disfunções moderadas do sistema nervoso central. Comparando dois grupos de 30 crianças de mães adolescentes e de mães com mais idade, o estudo revela que, embora não haja nenhuma diferença significativa predominante entre os dois grupos, os filhos de adolescentes diferiram das crianças de mães adultas, nos processos motores e de interação. Já nos processos organizacionais (estádios padrões e resposta psicológica ao stress), as diferenças foram menos marcantes. Entretanto, mantida a qualidade da assistência médica pré-natal, bebês de adolescentes tiveram comportamento semelhante aos bebês de mães adultas.

Baldwin e Cain (1980), em análise de vários estudos sobre desenvolvimento cognitivo de filhos de adolescentes, concluíram existir uma

relação entre a idade da mãe e o desenvolvimento cognitivo das crianças, permanecendo efeito significativo, mesmo quando características secundárias são controladas. As autoras afirmam, entretanto, que, apesar de estatisticamente significativa, o efeito, na dimensão das aptidões, é pequeno e pode ser trivial em termos de aquisições futuras. Revelam, ainda, que os efeitos da idade materna, no desenvolvimento emocional e social das crianças, não são tão claros como no desenvolvimento cognitivo.

McAnarney *et al.* (1984) analisaram o comportamento maternal de 75 mães adolescentes, em estudo de seguimento, durante três dias após o nascimento de seus filhos. Foram criadas oito categorias do comportamento maternal que incluíam toque, proximidade, comportamentos visuais e vocalização da mãe e três do comportamento infantil envolvendo o choro, vocalização (que não o choro) e tempo de olhos abertos da criança. Os autores concluíram não haver correlação significativa entre a idade da mãe e a contagem de algum dos oito principais comportamentos maternais ou a contagem do principal comportamento infantil categorizado. Afirmam também que a idade materna, *per si*, não é a variável crítica nos achados de que a maternidade, na adolescência, tenha impacto negativo sobre o desenvolvimento intelectual e cognitivo das crianças. O *status* socioeconômico baixo, muito mais do que a idade da mãe, foi considerado fator determinante, no desenvolvimento psicomotor e social da criança, associado ao modelo causal em que estão envolvidos o estado de pobreza, a desorganização e as experiências familiares, e os padrões da criança.

Embasados nos relatos da literatura de que a qualidade da interação mãe/filho afeta o desenvolvimento cognitivo tardio das crianças, McAnarney *et al.* (1986) desenvolveram estudo com o objetivo de esclarecer por que essas crianças têm problemas e quando, durante suas vidas, eles se desenvolvem. Os autores observaram que mães adolescentes, em via de se tornarem

independentes dos seus próprios pais, podem experimentar mais dificuldades na maternação<sup>1</sup> de bebês de 9 a 12 meses, que se encontram em um estágio de crescimento e independência de suas jovens mães e que a maioria das adolescentes gostam de cuidar dos seus bebês enquanto dependentes. À medida em que essas crianças adquirem a capacidade de locomoção, as jovens mães tornam-se menos pacientes e, freqüentemente, limitam as brincadeiras e a liberdade para explorar o ambiente em que vivem. Os autores especulam que os possíveis problemas cognitivos e comportamentais de escolares, filhos de adolescentes, podem ter origem na interação comportamental mãe/filho, particularmente no final do primeiro ano de vida. No Canadá, Hechtman (1989) comenta que a idade da mãe pode não ser a variável crítica para os efeitos cognitivos e intelectuais nos filhos.

Tem sido mostrado que variáveis demográficas, como *status* socioeconômico, raça, qualidade da assistência pré e pós-natal, em adição à idade da mãe, produzem efeito importante na habilidade cognitiva e nas aptidões acadêmicas.

Estudo prospectivo, realizado no Chile por Griffiths *et al.* (1997), utilizou o teste Tepsi de screening, em 77 pré-escolares, filhos de mães adolescentes, para conhecer o desenvolvimento psíquico nas áreas da linguagem, coordenação e motricidade. A análise mostrou que, tanto para o perfil total de desenvolvimento psicomotor como para cada área do desenvolvimento psíquico, quase um terço das crianças estavam em risco e/ou com retardo de desenvolvimento.

Williams e Decouflé (1999) fizeram estudo de base populacional, com crianças de 10 anos da cidade de Atlanta, EUA. Tomando, como fator de risco, a idade da mãe, objetivaram estudar a prevalência de retardo mental,

---

<sup>1</sup> Maternação – da palavra inglesa *mothering*, que significa cuidados maternos

paralisia cerebral, epilepsia e danos auditivos e visuais isolados ou associados. Os autores concluíram que filhos de mães adolescentes não apresentaram risco aumentado para nenhuma forma de retardo ou deficiência. A literatura norte-americana mostra que, em investigações realizadas entre os anos de 1987 e 1992, é consenso, entre autores, a convicção de que crianças de mães adolescentes, sob a perspectiva psicossocial, têm mais problemas que as de mães adultas. Essas crianças apresentariam maior risco de atraso de desenvolvimento, perturbações comportamentais e dificuldades acadêmicas, além de chance aumentada de se tornarem pais ou mães durante a adolescência (AAP, 1999).

Altmeier *et al.* (1982), em estudo prospectivo, procuraram antecedentes de abuso infantil, em grandes populações de baixa renda. Nesse estudo, a idade materna não foi fator determinante de abuso por parte dos pais. Fatores outros, como a relação da adolescente com seus próprios pais, tendência da mãe adolescente em apresentar comportamento agressivo e a ocorrência de gravidez indesejada, foram antecedentes mais importantes para abuso infantil do que a idade da mãe.

Seguimento de uma coorte de crianças, realizado por Stier *et al.* (1993), na cidade de New Haven, EUA, mostrou que, ao final do 5º ano de vida, conseqüências adversas, como maus tratos, retardo no crescimento ou trocas do cuidador primário, verificaram-se em 27% das crianças de mães com idade igual ou inferior a 18 anos, na época do nascimento. Essa taxa foi 2,4 vezes mais elevada do que para o grupo demograficamente similar de mães mais maduras. Abuso físico ou sexual e negligência deram-se em 13% das crianças de mães adolescentes da amostra, duas vezes mais do que o observado no grupo comparativo.

Autores afirmam que mães adolescentes são mais negligentes com seus filhos do que as mães adultas, apesar de não existir provas confirmatórias

de que, no grupo de mães adolescentes, aconteça maior probabilidade de abuso (OPAS, 1995; SILVA, 1998; AAP, 1999). No Brasil, para Silva (1998), há maior risco de as crianças de adolescentes serem dadas em adoção, se comparadas com filhos de mães de maior idade.

Ser pai ou mãe é, portanto, ter comportamentos e atitudes que se expressam na preocupação de criar e guiar os filhos até a maturidade, tarefa considerada difícil por estudiosos, para os pais em processo de maturação. Torna-se ainda mais dificultosa, se não se conta com a cooperação de companheiro estável ou se este é outro adolescente que também enfrenta os problemas próprios da etapa (ROMERO *et al.*, 1984).

### **3.2.3.2 Aspectos biológicos**

Nos últimos anos, têm surgido, na literatura, numerosos estudos que destacam o risco na saúde dos filhos de mães adolescentes, na medida em que se tem focalizado a atenção no fenômeno que constitui a maternidade, neste grupo etário. A literatura mundial é ampla, na exposição dos aspectos biológicos relacionados aos processos mórbidos do período perinatal e neonatal das crianças. Do mesmo modo, também é vasto o número de estudos específicos em língua portuguesa. No entanto, poucos são os de seguimento deste grupo populacional, em nosso país.

#### **✓ Baixo peso ao nascer**

Dentre os inúmeros agravos à saúde perinatal, o baixo peso ao nascer -BPN-, que a Organização Mundial de Saúde -OMS- define como peso de

nascimento abaixo de 2500g, é considerado fator de risco para este grupo de recém nascidos, devido à maior morbidade e mortalidade neonatal a eles associadas. O propósito de se estabelecer uma relação, entre peso e idade gestacional, permite estimar, com maior precisão, possíveis riscos de morrer, da população neonatal, que, para o grupo em estudo, são de 2 a 6 vezes mais comuns do que em recém-nascidos (RN) de mães maiores de 20 anos (DAVIS, 1988; HECHTMAN, 1989; RIBEIRO *et al.*, 2000). A literatura sugere que 85% dessas crianças com BPN são prematuras e 15%, pequenas para a idade gestacional (PIG), além de guardarem relação com inúmeros problemas do desenvolvimento, como Apgar baixo, hipóxia e doença da membrana hialina, paralisia cerebral, epilepsia e retardo mental.

Segundo McAnarney *et al.* (1986), em estudo entre adolescentes, dos Estados Unidos da América, o BPN estava associado com o consumo de álcool e cigarros, infecções cervicais ou do trato urinário não tratadas e com a baixa estatura materna.

Hechtman (1989) relata que o BPN e o aumento da mortalidade e morbidade infantil estão fortemente associados com o baixo nível socioeconômico, alcoolismo, uso de drogas, nutrição pobre e cuidado pré-natal inadequado. No Brasil, é possível observar variações regionais de 10% a 23,3% de BPN entre filhos de mães com idade inferior a 20 anos (BARROS; VICTORA; GRANZOTO, 1984; COSTA *et al.*, 2001). A pesquisa DHS de 1996 mostra que 8,7% das crianças nascidas de mulheres com menos de 20 anos apresentavam peso inferior a 2500g enquanto que 3,8% dos filhos de mães de 20 a 34 anos tinham peso menor que 2500g. Mariotoni e Barros Filho (1998) desenvolveram estudo de 354 casos e controles cujo objetivo era averiguar fatores de risco para o BPN. Pela não realização de análise multivariada, não foi possível a constatação, pelos autores, de risco aumentado para a ocorrência de baixo peso ao nascer, pré-termo de baixo peso ou retardo de crescimento intra-

uterino (RCIU), associados significativamente à gestação na adolescência. Neves Filho (2002), em estudo da idade materna/BPN constata a existência de associação entre idade materna abaixo de vinte anos e baixo peso ao nascer, quando presentes condições desfavoráveis, como analfabetismo e desnutrição materna.

Observa-se, portanto, ser ainda controverso o resultado das pesquisas nacionais e internacionais sobre o baixo peso, ao nascer, de filhos de mães adolescentes. Discute-se se a prevalência do BPN seria atribuída a fatores externos que poderiam estar atuando de forma negativa sobre os resultados gestacionais ou se diretamente atribuídos à imaturidade biológica na qual o crescimento materno ainda está acontecendo. Apesar das ressalvas referidas, alguns trabalhos têm identificado risco aumentado para prematuridade entre filhos de mães adolescentes e a tendência, entre vários autores, em aceitar maior proporção de recém-nascidos (RN) de baixo peso para esta faixa etária. Número significativo de estudos sugere que a ocorrência de partos prematuros está fortemente relacionada à gestação na adolescência, mesmo quando isolados outros fatores que poderiam estar influenciando a duração da gestação (COSTA, 1983; SILVA, 1984).

Para Chavez *et al.* (1995), os problemas, em curto prazo, com os filhos de mães adolescentes, seriam a desnutrição *in útero* e uma maior porcentagem de prematuridade, o que levaria, conseqüentemente, à diminuição da média do peso ao nascer, por encurtamento do tempo gestacional.

### ✓ **Lactância**

Do ponto de vista emocional, nutricional e preventivo da morbidade e mortalidade infantil, a lactância materna tem sido durante milhões de anos, a

melhor opção para alimentar a criança com menos de um ano e garantir a sobrevivência do gênero humano.

Estudo sobre aleitamento materno, entre crianças pobres da região Sul do Brasil (MARTINES; ASHWORTH; KIRKWOOD, 1989), revela que o tempo de duração da amamentação está significativamente associado com o sexo da criança, a cor da mãe, o tipo de alimento primeiramente ofertado ao recém-nascido (RN), além do uso de contraceptivos pela mãe. Entretanto, ao comparar a duração da lactância natural entre mães adultas e adolescentes, a literatura confirma ser significativamente menor o tempo de duração entre as jovens mães, o que deverá ter impacto na saúde e no estado de nutrição dos filhos (CUNNINGHAM; JELLIFE; JELLIFE, 1991; AGUIRRE *et al.*, 1995). Amador *et al.* (1992) relatam que, imediatamente após o parto, não existem diferenças significativas quanto ao aleitamento materno entre mães adolescentes e mães adultas. As diferenças tornam-se significativas depois do 30º dia de vida das crianças.

Adolescentes amamentam menos freqüentemente e abandonam a prática mais precocemente. Aguirre *et al.* (1995), em estudo prospectivo de duas coortes de mães adolescentes e seus filhos, observaram que, na coorte exposta à intervenção de promoção do aleitamento natural e cuidados com o bebê, a duração do período de aleitamento materno foi significativamente maior, tendo sido observada também diferença significativa no estado nutricional dos dois grupos, ao final do primeiro ano de vida. Estudo transversal, entre mães adolescentes e adultas de mesma condição socioeconômica, de uma comunidade rural do estado de Minas Gerais, evidencia, menor tempo de aleitamento materno exclusivo, no grupo das mulheres mais jovens, entre 13 e 19 anos (FABRÍCIO *et al.*, 2001). Portanto a lactância, entre mães adolescentes, é um aspecto que apresenta especial importância na redução do risco, que sofrem potencialmente, os filhos.

## ✓ **Crescimento e desenvolvimento**

Relatos da literatura sugerem que filhos de mães adolescentes sofrem, com maior frequência, deterioração do crescimento e desenvolvimento na vida pré e pós-natal precoce, o que incide em maiores taxas de mortalidade infantil, neste grupo de crianças, especialmente quando associada ao nível socioeconômico baixo.

Estudo de seguimento longitudinal do crescimento e desenvolvimento de filhos de adolescentes de classe média baixa, realizado na cidade de Santiago do Chile, por Burrows, Carrasco e Muzzo (1985), constatou maior déficit de estatura sem maior déficit de peso para as crianças, nos primeiros 18 meses de vida, em comparação com filhos de mães adultas de mesmo nível socioeconômico. No ano seguinte, dando continuidade ao estudo, até os 30 meses, os autores afirmam que a diminuição do crescimento continua após os 18 meses, apresentando estatura média e um ritmo de crescimento significativamente menor do que o dos filhos de mães adultas. O estudo conclui que a deterioração do nível socioeconômico na família dos adolescentes, levaria ao aumento da prevalência da desnutrição, o que produz importante retardo de crescimento nas crianças cujas famílias sofrem este impacto.

Jopia e Muñoz (1987), em estudo para verificar a relação entre gravidez precoce e desnutrição infantil, destacam a importância dos fatores sócio-culturais e econômicos, desfavoráveis e deteriorantes do estado nutricional das crianças, durante o primeiro ano. Pesquisa desenvolvida por Leiva *et al.* (1989) conclui que os fatores etiológicos para os déficits de crescimento tanto, para os filhos de mães adolescentes como para os filhos de mães adultas, foram similares, no que se refere aos parâmetros analisados no estudo.

Achados encontrados por Pizarro, Atalah e Cumsille (1992) revelam que os principais fatores de risco da desnutrição, em filhos de mães

adolescentes, foram o baixo peso ao nascer, o aleitamento materno inadequado, o menor cumprimento dos controles de vacinações, e especificamente, a convivência sem vínculo matrimonial, o que duplica a taxa de desnutrição infantil.

### ✓ **Morbidade e mortalidade**

A literatura sugere, há algum tempo, que os partos de natimortos são duas vezes mais freqüentes em gravidezes adolescentes, assim como as taxas de mortalidade infantil são significativamente mais elevadas entre as crianças deste grupo etário, já que prematuridade e baixo peso ao nascer são fatores cruciais para a morbimortalidade infantil. Observa-se que esse grupo populacional mostra tendência, duas a três vezes mais elevada, de morrer no primeiro ano, porque está mais sujeito a sofrer o impacto das causas exógenas.

Silva (1984), estudando 2367 recém-nascidos, na maternidade escola da Universidade de Campinas – UNICAMP, observou não existir qualquer tendência particular entre as crianças das mães adolescentes que as diferencie dos filhos de mulheres com idade de 20 a 29 anos. Davis (1988), em estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, sobre gravidez adolescente e mortalidade infantil, isolando o efeito da raça, concluiu que esta aumenta os riscos de mortalidade, principalmente pelo efeito direto da pobreza. A raça aumenta os níveis de pobreza que, por sua vez, aumenta os índices de gravidez adolescente e prematuridade. Hechtman (1989), em revisão sobre riscos e problemas dos filhos de mães adolescentes, declara que a síndrome da morte súbita infantil, nestes bebês, é seis vezes maior que em filhos de mães, dez anos mais velhas. O autor revela ainda que outras causas de morte incluem as infecções, acidentes e violência, além do fato de que filhos de mães adolescentes

apresentam maior tendência de serem menos imunizados e receberem menos cuidados médicos regulares.

Assim, a literatura é unânime em afirmar que ter filho, em idade tão precoce da vida reprodutiva, certamente acarretará repercussões futuras, tanto para a vida da mãe quanto para a da criança. Diante deste quadro, a população infantil dos filhos de mães adolescentes constitui grupo específico da população infantil geral, com características e peculiaridades inerentes à condição, havendo, portanto, a necessidade de se disponibilizar atenção especializada, na tentativa de minimizar os efeitos da maternidade precoce.

Cabe, ainda, a colocação de alguns questionamentos que basicamente constituíram os pontos norteadores para a delimitação do tema desta pesquisa. Como estas jovens estariam desenvolvendo os cuidados aos seus pequenos filhos, quando suas próprias necessidades ainda estão por ser atendidas, e que, somadas às dificuldades enfrentadas pelo difícil acesso aos serviços de saúde e a ambientes muitas vezes de intensa pobreza, propiciam ao desenvolvimento de práticas não favoráveis a saúde da criança?

## **METODOLOGIA**

---

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

A opção por uma prática metodológica, que mostrasse a fundamentação para o conhecimento dos agravos e processos mórbidos em crianças, e contemplasse os objetivos propostos, nos levou à abordagem quantitativa, como meio para analisar e registrar a realidade. Este estudo foi delineado como transversal, desenvolvido no período de março de 2001 a março de 2002, no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Em virtude da proximidade do término do prazo previsto para a coleta dos dados e não tendo sido atingida a casuística esperada, a coleta dos dados foi também realizada no Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS, pertencente à rede estadual de saúde, cuja população apresenta as mesmas características da população atendida no NAMI, local inicialmente escolhido para a coleta de todos os dados.

### **4.2 População estudada**

A população estudada consistiu de crianças com idade inferior a 12 meses, de ambos os sexos, filhas de adolescentes com até 19 anos, que se encontravam regularmente matriculadas no Serviço de Arquivo Médico – SAME, atendidas nos ambulatórios dos referidos serviços.

### **4.3 Amostragem e tamanho da população**

Foi realizado o levantamento de atendimentos a mães adolescentes, na faixa etária de 13 a 19 anos, no Serviço de Obstetrícia do NAMI, no ano 2000, sob os códigos Z34.0 (Supervisão de Primeira Gravidez Normal), Z34.8 (Supervisão de Outra Gravidez Normal) e Z34.9 (Supervisão de Gravidez Normal, não Especificada), segundo Classificação Internacional de Doenças – CID 10, perfazendo uma população de 298 mulheres adolescentes, com filhos. Com base neste número, considerando erro de amostragem de 5,7%, coeficiente de confiança para as estimativas igual a 95%, calculou-se o tamanho da amostra que resultou em 296 crianças de mães adolescentes, ou seja, 99,33% do total de atendimentos pré-natais/ano, realizados nesse serviço.

### **4.4 Critérios de inclusão**

Os requisitos necessários para a inclusão, na amostra, foi o fato de as crianças serem de menos de um ano, filhas de adolescentes com idade até 19 anos, se encontrarem regularmente matriculadas no SAME das instituições, e suas mães concordarem em participar da pesquisa.

### **4.5 Critérios de exclusão**

As crianças nascidas de parto gemelar não foram incluídas na amostra, por se supor maior risco de morbimortalidade para as mesmas.

## 4.6 Variáveis estudadas

A seleção das variáveis pertinentes ao estudo contemplam as mães e os filhos, abordando aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais, ambientais e biológicos, além do conhecimento de alguns cuidados infantis e das condições gerais relativas à criança, conforme apresentação no Quadro 3.

Na variável idade materna, considerou-se a idade, em anos completos relatada pelas adolescentes, utilizando-se como artifício para facilitação do estudo um ponto de corte, permitindo assim a formação de dois grupos de mães:

- ≤ 16 anos (adolescente precoce e intermediária),
- > 16 anos (adolescente não precoce ou tardia).

O nível de escolaridade foi considerado de acordo com os anos de estudo ou permanência na escola:

- ≤ 4 anos (nenhuma escolaridade),
- > 4 anos (média escolaridade).

Para a variável estado civil, foi possível a formação de dois grupos:

- mães casadas ou em união consensual (informal)
- mães solteiras.

A atividade trabalhista foi definida, segundo modelos econômicos, em duas categorias:

- ativa (exerce atividade econômica remunerada),
- inativa (não exerce atividade econômica remunerada).

Na variável renda, foram utilizados os valores do salário mínimo (SM) e da renda familiar:

$\leq 1 \text{ SM}$ ,

$1 < \text{SM} < 4$ ,

$> 4 \text{ SM}$ .

Quanto a percepção do processo da maternidade, foram consideradas duas categorias:

- sentimentos positivos (boa aceitação da maternidade)
- sentimentos negativos (má aceitação da maternidade).

Na variável cuidados, considerou-se:

- o ato de alimentar o bebê,
- a decisão do tipo de alimento a ser dado à criança,
- o ato de banhar,
- levar ao médico,
- levar para vacinar.

No manejo de doenças comuns e situações de risco na criança, foi considerado: afecções cutâneas, afecções digestivas, febre, infecções respiratórias agudas (IRA), engasgo, queda e queimadura.

A variável condições sanitárias inclui pelo menos um ponto de água encanada no interior da residência e o tipo de água, para beber, utilizado pela criança como filtrada, fervida e não filtrada e/ou não fervida.

### Quadro 3

Variáveis presentes no estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes.

#### **Dados da mãe:**

- Idade, em anos completos;
- Nível de escolaridade;
- Estado civil;
- Atividade trabalhista;
- Renda familiar;
- Condições do processo reprodutivo;
- Percepção do processo da maternidade;
- Cuidados desenvolvidos na criança;
- Manejo de doenças comuns da infância;
- Condições sanitárias.

#### **Dados da criança:**

- Idade, em dias ou meses;
- Sexo;
- Estado vacinal;
- Tempo de aleitamento natural;
- Introdução de outros alimentos;
- Assistência médica/morbididade;
- Peso ao nascer e atual;
- Estatura (comprimento) atual;
- Condições gerais da criança.

NAMI-HIAS, 2002.

As condições do processo reprodutivo, baseado em critério internacional estabelecido pela OMS (1961) , inclui:

**Tempo gestacional:**

Segundo Rezende (1995):

- a termo (nascimentos, que ocorrem com mais de 37 semanas completas de gestação)
- pré-termo (nascimentos, que ocorrem com tempo menor que 37 semanas, incompletas, de gestação).

**Vitalidade da criança ao nascer:**

- ativo (chorou logo que nasceu)
- baixa atividade (demorou a chorar).

**Peso ao nascer:**

- ≤ 2500g (baixo peso)
- 2501 - 3000 (peso insuficiente)
- >3000 (peso adequado)

Quanto a variável peso, foi considerado:

- peso ao nascer
- peso atual, no dia da entrevista.

Para a estatura, levou-se em consideração, a obtida, no dia da entrevista.

Cobertura vacinal completa, significa esquema de vacinação para o primeiro ano de vida, de acordo com recomendação do Ministério da Saúde – MS / Departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, 2001, conforme apresentação no Quadro 4.

### Quadro 4

Calendário vacinal obrigatório para o primeiro ano de vida.

Ao nascer BCG intradérmico <sup>1</sup> + Hep B <sup>2</sup>
1 mês Hep B
2 meses DTP <sup>3</sup> + Pólio <sup>4</sup> + Hib <sup>5</sup>
4 meses DTP + Pólio + Hib
6 meses DTP + Pólio + Hib + Hep B
9 meses Sarampo <sup>6</sup> + F. A. <sup>7</sup>
12 a 15 meses Tríplice Viral <sup>8</sup> + Varicela

MS/SBP, 2001.

- 1- BCG – Bacilo de Calmery Guering (contra tuberculose)
- 2- Hep B – Hepatite B
- 3- DTP – Difteria, Tétano e Pertussis
- 4- Pólio – Poliomielite
- 5- Hib – Haemophilus influenzae tipo B
- 6- Sarampo
- 7- F.A. – Febre Amarela
- 8- Tríplice Viral (SCR) (contra sarampo, catapora e rubéola).

#### 4.7 Coleta de dados

Neste estudo, utilizou-se, como instrumento para coleta de dados, questionário estruturado com perguntas fechadas, anteriormente testado para validação e aplicado às mães das crianças, após consentimento prévio. O questionário foi dividido em duas partes. A primeira constando das variáveis relacionadas à mãe e a segunda, das variáveis relacionadas à criança. Os dados

para o estudo foram obtidos pela pesquisadora e por uma auxiliar técnica previamente treinada, por meio de demanda espontânea nos ambulatórios de pediatria e puericultura do NAMI -HIAS.

A aferição do peso das crianças despidas foi realizada em balança de mesa calibrada, da marca Filizola<sup>®</sup>, modelo 30, com capacidade de 15 Kg e precisão de 100 gramas. Para a mensuração da altura, comprimento das menores de um ano e estatura para as crianças maiores de um, utilizou-se antropômetro de fabricação local, segundo recomendação de Barros (1991), construído com régua de madeira (metro), com aproximação de 0,1 cm e com as crianças deitadas sobre uma superfície firme, segundo especificações do UNICEF (1988).

As crianças que apresentaram alguma intercorrência no dia da entrevista, foram examinadas e medicadas especificamente. Para aquelas que necessitavam de orientação e/ou atendimento em clínicas especializadas, realizaram-se os procedimentos e encaminhamentos devidos.

#### **4.8 Processamento e análise dos dados**

Os dados obtidos foram codificados e digitados através do programa de software EpiInfo 6.0. Após consolidação, foram analisados utilizando-se aplicativos EpiInfo e Stata 7.0 do Center of Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, EUA (1994).

Inicialmente fez-se a varredura de todos os dados coletados, em seguida, por meio de análise descritiva, foi possível a detecção dos achados mais relevantes possibilitando a construção de novas variáveis para análises subsequentes. Posteriormente, através de análise estratificada, foram testadas

possíveis associações encontradas. A partir das questões originalmente pesquisadas quanto aos cuidados desenvolvidos na criança, foi composta a nova variável **cuidados básicos**, distribuídos em três categorias: a mãe participando de todos os cuidados; participando, mas não de todos eles e; não participando. A variável cuidados básicos engloba: a) quem alimenta o bebê; b) quem decide o que o bebê vai comer; c) quem banha; d) quem leva o bebê ao médico e, e) quem leva o bebê para vacinar. Outra variável, **alimentação básica**, engloba o uso do leite materno e chá e/ou água, pela criança. A variável denominada **doença** engloba: a) as doenças que as crianças apresentaram no dia da entrevista; b) as doenças tratadas em casa sem intervenção médica; c) as doenças que motivaram a internação da criança e, d) as consultas médicas, cujo motivo alegado foram as doenças, referentes ao mês anterior à data da entrevista. Tosse, sem outro sintoma e coriza, sem outro sintoma, não foram consideradas doença.

#### **4.9 Locus do estudo**

A escolha do cenário, decorreu da relativa facilidade logística para o desenvolvimento da pesquisa. O Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, constitui um serviço de extensão universitária e pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, que integra o Sistema Único de Saúde – SUS, prestando assistência primária, de forma integrada, aos seus usuários. No âmbito da Secretaria Regional VI (SER VI), representa serviço de referência para atividades médicas afins, com atendimento total médio de 17.000 pacientes/mês e 980 crianças/mês, no serviço de Pediatria e Puericultura. A população que demanda ao serviço é oriunda, na sua grande maioria, da comunidade do Dendê, localizada nas proximidades do campus universitário e da Baixada do Aratu, na

margem do rio Cocó, consideradas áreas de baixo nível socioeconômico dentro da área urbana do município.

O Hospital Infantil Albert Sabin, referência, no estado, em assistência à saúde da criança e do adolescente, mantém ambulatório especializado no atendimento a crianças de até três anos, de mães adolescentes, com atendimento médio/dia de 11 crianças. Desenvolve atividade primária, secundária e terciária junto à população de baixa renda da área metropolitana de Fortaleza e de cidades do interior do Estado, como também assiste crianças oriundas de outras regiões do país, além da região Nordeste. Integraliza atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

#### **4.10 Aspectos éticos**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará concedeu aprovação do projeto após a devida avaliação. Os questionários foram aplicados após esclarecimento dos objetivos do estudo e consentimento prévio das mães adolescentes, com a assinatura do termo. Importante observar que nenhuma das mães se recusou a participar do estudo, mesmo após ser esclarecido que não havia obrigatoriedade em responder os questionários.

#### **4.11 Limitações do estudo**

Um dos critérios utilizados para a participação no estudo era que as crianças fossem regularmente matriculadas nos serviços. Por excluir as adolescentes que não procuram os serviços de saúde, a amostra voltou-se para

uma população que se encontrava sob controle médico-assistencial. Assim, a população do estudo não é representativa da população dos filhos de mães adolescentes de baixa renda do município ou do bairro. A pequena casuística de mães com idade igual ou menor que 16 anos, não foi suficiente para validar inferências estatísticas quanto a um maior risco de morbidade para as crianças quando comparado com o grupo de mães maiores de dezesseis anos.

## **RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS**

---

## 5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1 Resultados dos dados das mães

#### 5.1.1 Condições psicossociais

Foram estudadas 296 mulheres, com idade variando entre 14 e 19 anos, sendo 96 (32,4%) com 16 anos ou menos e 200 (67,6%) maiores de 16, que levaram os filhos para consultar no NAMI - UNIFOR e HIAS, no período de março de 2001 a março de 2002. O grupo apresentou média de idade de 17,2 anos situando-se na faixa mais tardia da adolescência. Quanto à escolaridade, baseada em anos de estudo ou de permanência na escola, 53 mulheres (17,9%) estudaram até quatro anos, o que inclui nenhuma escolaridade, sendo considerado grupo de risco para maior incidência de morbidade infantil. Duzentas e quarenta e três mulheres (82,1%) permaneceram mais de quatro anos na escola. O grupo apresentou uma média de 6,5 anos de estudo, indicativo de média escolaridade (Tabela 1).

**Tabela 1**

Caracterização demográfica das mães do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<b><i>Faixa etária</i></b>		
14 a 16 anos	96	32,4
17 a 19 anos	200	67,6
<b><i>Escolaridade</i></b>		
Até 4 anos	53	17,9
5 a 8 anos	180	60,8
Mais de 8 anos	63	21,3

Quando se relaciona a idade da mãe com a variável doença nas crianças, verifica-se que das 188 que adoeceram, 61 (32,4%) eram de mães com até 16 anos e 127 (67,6%), de mães com mais de 16. Das 108 que não tiveram enfermidades, 35 (32,4%) tinham mães com até 16 anos e 73 (67,6%) eram de mães com mais de 16 ( $p=1,0$ ). A mesma porcentagem foi observada nos dois grupos.

Relacionando ainda, doença com escolaridade da mãe, vê-se que daquelas 188 crianças que adoeceram, 35 (18,6%) eram de mães com até 4 anos de permanência na escola e 153 (81,4%), de mães que freqüentaram a escola por tempo superior a quatro anos. Para as mães, cujas crianças não tiveram doença, 18 (16,7%) estudaram até 4 anos e 90 (83,3%) estudaram mais que 4 anos ( $p=0,910$ ). Neste estudo não houve associação estatisticamente significativa entre faixa etária e escolaridade das mães com doença nas crianças (Dados ilustrados na Tabela 2).

**Tabela 2**

Distribuição das mães quanto à idade, escolaridade e doença nas crianças em face do risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Doença</i>				<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>				
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
<b><i>Faixa etária</i></b>							
16 anos ou menos	61	32,4	35	32,4	96	32,4	1,0
Mais de 16 anos	127	67,6	73	67,6	200	67,6	
<b><i>Escolaridade</i></b>							
Até 4 anos	35	18,6	18	16,7	53	17,9	0,910
4 a 8 anos	113	60,1	67	62,0	180	60,8	
> 8 anos	40	21,3	23	21,3	63	21,3	

Quando se analisa os cuidados básicos da criança com a idade da mãe, vê-se que das 96 mães com até 16 anos, 71 (74,0%), participam de todos os cuidados da criança, 24 (25%) participam, mas não de todos eles, e, apenas uma (1,0%) não mostra nenhuma participação nos cuidados da criança. Quanto as 200, maiores de 16 anos, 163 (81,5%) participam de todos os cuidados, 36 (18,0%) mostram participação, mas não de todos eles e uma (0,5%), não participa de nenhum tipo de cuidado. Vê-se que as mães mais velhas (maiores de 16) participam mais dos cuidados aos seus filhos que as mães mais jovens. Relacionando ainda, os cuidados básicos da criança com a escolaridade da mãe, observa-se que, daquelas 53 mães que tiveram até quatro anos de estudo, 52 (98,1%) participam dos cuidados à criança e das 243 que estudaram mais que 4 anos, 242 (99,5%) também participaram dos cuidados ( $p=0,814$ ). Vê-se que a escolaridade não influencia na participação dos cuidados da criança.

A análise dos dados socioeconômicos das mulheres mostra que 24 (8,1%) eram ativas, ou seja, desenvolviam atividade trabalhista remunerada, sendo 16 (8,0%) maiores de 16 anos. Destas, 21 (91,3%) apresentavam renda de até um SM e 02 (8,7%) mostravam renda de dois a quatro SM. Apenas uma mãe não soube referir o valor da sua renda pessoal. Na amostra, 262 mulheres informaram a renda familiar, sendo 197 (75,2%) com renda de até um SM, 64 (24,4%) com renda familiar de 2 a 4 SM e uma (0,4%) com renda de 5 a 10 SM. De um total de 296 mães participantes, 34 não souberam informar o valor da renda familiar. Em relação ao estado civil, grande parte das mulheres da amostra, 70,3% (208) se encontravam casadas ou em união consensual, sendo que destas, 146 (73,0%) eram maiores de 16 anos. Oitenta e oito mulheres (29,7%) estavam solteiras sendo 54 (27,0%), maiores de 16 anos (Tabela 3).

**Tabela 3**

Caracterização socioeconômica das mães por idade do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Idade da mãe</i>				<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>≤16 anos</i>		<i>&gt;16 anos</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>			
<b><i>Atividade trabalhista</i></b>							
Ativa	8	8,3	16	8,0	24	8,1	0,922
Inativa	88	91,7	184	92,0	272	91,9	
<b><i>Renda Pessoal(SM)</i></b>							
≤1 SM	7	87,5	14	93,3	21	91,3	0,636
2 a 4 SM	1	12,5	1	6,7	2	8,7	
<b><i>Renda Familiar (SM)</i></b>							
≤1 SM	60	74,1	137	75,7	197	75,2	0,750
2 a 4 SM	21	25,9	43	23,8	64	24,4	
5 a 10 SM	0	0,0	1	0,5	1	0,4	
<b><i>Estado civil</i></b>							
Casada/consensual	62	64,6	146	73,0	208	70,3	0,138
Solteira	34	35,4	54	27,0	88	29,7	

Quando se faz a relação entre doença nas crianças e estado civil das mães, vê-se que, das 188 crianças que adoeceram, 130 (69,1%) eram de mães casadas ou em união consensual e 58 (30,9%), de mães solteiras. Para o grupo de crianças que não tiveram patologia, 30 (27,8%) eram de mães solteiras e 78 (72,2%) de casadas ou em união consensual ( $p=0,6$ ). Estabelecendo relação entre estado civil das mães e cuidados básicos da criança, observa-se que, entre as 208 mães casadas, 138 (66,3%) participam de todos os cuidados do filho e 70 (33,7%), compartilham os cuidados com outras pessoas. Entre o grupo das 88 solteiras, 38 (43,1%) estão envolvidas em todos os cuidados e 50 (56,9%) divide

os cuidados com terceiros. Vê-se que as mães casadas cuidam mais sozinhas dos filhos que as mães solteiras (62/88) ( $p=0,028$ ).

Quanto ao fato da gravidez ter sido desejada/planejada ou não, observa-se que 103 mulheres (34,8%) do grupo, queriam engravidar naquele momento, sendo 79 (39,5%), maiores de 16 anos e 24 (25,0%), menores de 16. Cento e noventa e três (65,2%), preferiam ter esperado mais tempo para engravidar. Destas, 121 (60,5%) tinham mais que 16 anos e 72 (75,0%), menos que 16 ( $p=0,014$ ). Do total das entrevistadas, 58 (19,6%) referiram tentativa de aborto ao saberem da ocorrência da gravidez, sendo 36 (18,0%) com mais de 16 anos e 22 (22,9%) com menos de 16 ( $p=0,349$ ). Relacionando o fato da gravidez ser desejada/planejada ou não, com a tentativa de aborto, observa-se que das 58 mulheres que tentaram abortar, 55 (94,8%) preferiam ter esperado mais tempo para engravidar ( $p<0,01$ ). Três mulheres (5,2%), desejosas de engravidar, tentaram o aborto, depois de abandonadas pelo companheiro. Duzentas e trinta e oito mulheres não tentaram o aborto, mesmo aquelas 138 (71,5%) que preferiam ter esperado mais tempo para engravidar. A grande maioria das mulheres entrevistadas, 88,5% (262) referiu sentimentos positivos por serem mães, quando indagadas a respeito da percepção do processo da maternidade. Destas, 178 (89,0%) tinham mais que 16 anos e 84 (87,5%) tinham menos que 16. Trinta e quatro (11,5%) revelaram sentimentos negativos após vivenciarem a maternidade ( $p=0,704$ ).

Estabelecendo associação entre as tentativas de aborto com o sentimento de ser mãe, observa-se que das 58 mulheres que tentaram abortar, 36 (62,1%) mostraram sentimentos positivos em relação à maternidade. Para aquelas 34 (11,5%) que mostraram sentimentos negativos, 22 (37,9%) tentaram abortar, proporcionalmente maior que as 12 mulheres (5,0%) que também mostraram sentimentos negativos e não tentaram o aborto ( $p<0,01$ ). Neste

estudo, a faixa etária e a escolaridade da mãe não mostraram associação significativa com a tentativa de aborto (Tabela 4).

**Tabela 4**

Distribuição das mães segundo planejamento ou não da gravidez, sentimentos maternos, faixa etária e escolaridade, com tentativa de aborto e o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Tentou abortar</i>				<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>			
<b><i>Desejo de engravidar</i></b>							
Querida no momento	3	5,2	100	42,0	103	34,8	0,000
Preferia esperar	55	94,8	138	58,0	193	65,2	
<b><i>Sentimentos maternos</i></b>							
Positivos	36	62,1	226	95,0	262	88,5	0,000
Negativos	22	37,9	12	5,0	34	11,5	
<b><i>Faixa etária da mãe</i></b>							
16 anos ou menos	22	37,9	74	31,1	96	32,4	0,318
Mais de 16 anos	36	62,1	164	68,9	200	67,6	
<b><i>Escolaridade</i></b>							
Até 4 anos	9	15,5	44	18,5	53	17,9	0,529
4 a 8 anos	39	67,2	141	59,2	180	60,8	
> 8 anos	10	17,3	53	22,3	63	21,3	

Quando se faz uma relação entre o fato de a gravidez ter sido desejada/planejada ou não, com o sentimento de ser mãe, observa-se que, das 193 adolescentes (65,2%), que preferiam ter esperado mais tempo para engravidar, 161 (83,4%) mostraram sentimentos positivos quanto ao processo da maternidade, revelando, assim, a não influência da gravidez ser desejada ou não para a boa aceitabilidade do filho. Quanto ao número de filhos das adolescentes,

observa-se que 255 (86,1%) têm apenas um filho; 37 (12,5%), dois e 4 (1,4%) têm três filhos. Confrontando-se a idade da mãe com o número de filhos, constata-se que as mães maiores de 16 anos têm maior número de filhos que as adolescentes com idade igual ou menor ( $p=0,026$ ). Seis adolescentes (16,2%), com 16 anos ou menos, tinham dois filhos. Não foi constada associação significativa entre número de filhos das mães e doença nas crianças ( $p=0,320$ ).

### **5.1.2 Condições do processo reprodutivo**

As condições do processo reprodutivo contemplam o tempo gestacional, a vitalidade da criança ao nascer e o peso, ao nascer, do recém-nascido (PRN). Para o tempo gestacional, observa-se que 265 mães (89,5%) cursaram a gravidez com tempo maior ou igual a 37 semanas (a termo) sendo 178 (89,0%), maiores de 16 anos e 87 (90,6%), menores de 16. Trinta e uma mães (10,5%) tiveram gestações com tempo menor que 37 semanas (pré-termo). Destas, 22 (11,0%) tinham mais que 16 anos, e 9 (9,4%), tinham menos que 16. Quanto à vitalidade da criança ao nascer, 247 bebês (84,9%) choraram no momento do nascimento (bebê ativo), segundo informação das mães, enquanto 44 bebês (15,1%) demoraram a chorar (baixa atividade). Cinco mães não souberam informar a vitalidade das crianças ao nascer. Em relação ao PRN agrupado, observa-se que 43 crianças (14,5%) apresentaram peso ao nascer igual ou menor que 2500g, ou seja, baixo peso ao nascer, sendo 26 (13,0%) de mães maiores de 16 anos e, 17 (17,7%), de menores de 16. Setenta e seis crianças (25,7%) apresentaram peso entre 2501 e 3000g, ao nascer, peso insuficiente. Destas, 48 (24,0%), tinham mães com mais de 16 anos e 28 (29,2%) com menos de 16. Cento e setenta e sete crianças (59,8%), mostraram peso maior que 3001g, peso adequado. Estes dados estão apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5**

Caracterização das condições do processo reprodutivo por idade das mães do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Idade da mãe</i>				<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>≤16 anos</i>		<i>&gt;16 anos</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>			
<b><i>Tempo gestacional</i></b>							
A termo	87	90,6	178	89,0	265	89,5	0,669
Pré-termo	9	9,4	22	11,0	31	10,5	
<b><i>Chorou ao nascer</i></b>							
Sim	85	89,5	162	82,6	247	84,9	0,163
Não	10	10,5	34	17,4	44	15,1	
<b><i>Peso ao nascer</i></b>							
≤ 2500g	17	17,7	26	13,0	43	14,5	0,256
2501g – 3000g	28	29,2	48	24,0	76	25,7	
>3000g	51	53,1	126	63,0	177	59,8	

A média de idade das mães, cujas crianças nasceram com menos de 2500g, foi 16,9 anos. Para as que nasceram com peso entre 2501 e 3000g, a média de idade das mães foi 17,1 anos, e 17,3 anos, para as nascidas com mais de 3000g. Vê-se que, o peso das crianças, ao nascer, aumenta, na medida em que a idade da mãe se eleva. Ao fazer a relação entre a variável tempo gestacional (pré-termo/a termo) e doença, constata-se que, das 265 crianças que nasceram a termo, 98 (90,7%) não adoeceram, e 167 (88,8%) tiveram doença no mês anterior a entrevista. Entre as 31 que nasceram pré-termo, 21 (11,2%) adoeceram, e 10 (9,3%) não tiveram doença ( $p=0,785$ ). A associação foi estatisticamente não significativa. Quando se relaciona a vitalidade da criança ao nascer com a variável doença, excluindo as 5 crianças, cujas mães não souberam informar a vitalidade, vê-se que, daquelas 183 crianças que estiveram enfermas,

151 (82,5%) mostraram boa atividade ao nascer e 32 (17,5%) tiveram baixa atividade ( $p=0,240$ ). Fazendo associação entre peso ao nascer e doença, constata-se que, das 43 crianças que nasceram com peso igual ou menor a 2500g, 28 (14,9%) tiveram doença, e 15 (13,9%), não a tiveram ( $p=0,526$ ). (Tabela 6).

**Tabela 6**

Distribuição das crianças conforme tempo gestacional, vitalidade, peso ao nascer e doenças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Doença</i>				<i>Odds Ratio</i>	<i>IC 95%</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>			
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
<i>Tempo de gravidez</i>						
Pré-termo	21	11,2	10	9,3		0,52<OR<2,96
A termo	167	88,8	98	90,7	1,23	
<i>Chorou ao nascer</i>						
Não	32	17,5	12	11,1		0,79<OR<3,70
Sim	151	82,5	96	88,9	1,70	
<i>Peso ao nascer</i>						
≤ 2500g	28	14,9	15	13,9		0,52<OR<2,27
> 2500g	160	85,1	93	86,1	1,08	
<i>Amamenta</i>						
Não	63	33,5	12	11,1		1,96<OR<8,43
Sim	125	66,5	96	88,9	4,03	

Comparando o PRN com a idade da mãe, do grupo de 96 mães, com idade igual ou menor que 16 anos, 17 (17,7%) tiveram filhos com peso menor ou igual a 2500g e das 200 maiores de 16 anos, 26 (13,0%) também os tiveram, com peso igual ou inferior a 2500g ( $p=0,256$ ). A média de peso dos RNs, das menores de 16 anos foi 3013g e para o grupo das maiores de 16, a média de peso foi 3154g. Analisadas isoladamente, as mães mais jovens (adolescentes precoces) geraram filhos com peso inferior ao grupo de mães com mais idade (adolescentes tardias), ( $p<0,05$ ), apesar de não ser considerado baixo peso.

### **5.1.3 Condições sanitárias**

A maioria do grupo apresentou boa condição sanitária, com 251 mães (84,8%) revelando que as crianças fazem uso de água filtrada para beber, 34 (11,5%) utilizam apenas água fervida e 11 (3,7%) usam água não filtrada e não fervida. Duzentas e cinquenta e quatro mães (85,8%) referiram, pelo menos, um ponto de água encanada dentro de casa. Não foi constatada associação significativa entre ponto de água da rede pública no interior das residências e doença nas crianças ( $p=0,592$ ).

### **5.1.4 Cuidados dispensados às crianças**

Na amostra, 176 (59,5%) mães adolescentes cuidam dos seus filhos sozinhas e 120 (40,5%) recebem ajuda de terceiros. Das 96 mães com até 16 anos, 48 (50%) estão envolvidas nos cuidados da criança, e das 200, maiores de 16, 128 (64%) também cuidam das crianças ( $p=0,023$ ). Vê-se que, a mãe sendo mais velha, tem maior participação nos cuidados, sozinha ou com ajuda. Quanto

à variável cuidados básicos relacionado com a escolaridade da mãe, observa-se que, das 53 mães que estudaram até 4 anos, 31 (58,5%) somente elas, participam dos cuidados da criança, e das 243 que estudaram mais que 4 anos, 145 (59,6%) também participam, sozinhas, dos cuidados da criança ( $p=0,763$ ). Constata-se portanto que a escolaridade não influencia na participação dos cuidados. Relacionando cuidados básicos com estado civil das mães, observa-se que, das 88 mães solteiras, 62 (70,5%) estão envolvidas em todos os cuidados da criança, e das 208 casadas, 172 (82,7%) participam de todos os cuidados ( $p=0,028$ ). Vê-se que as solteiras, participam menos dos cuidados que as casadas.

Quando se relaciona os cuidados de higiene da criança com a idade da mãe, observa-se que, das 102 crianças que não apresentavam boa higiene, 39 (38,2%) eram cuidadas por mães com 16 anos ou menos e 63 (61,8%) recebiam cuidados de mães maiores de 16 anos ( $p=0,122$ ).

Quanto aos cuidados de alimentação, 76,7% das mães (227), alimentam, elas próprias, os seus bebês. A decisão, do tipo de alimento a ser administrado a criança, é tomada, em 77,0% dos casos (228), pelas próprias mães. Para o ato de banhar, 68,2% (202), desenvolvem esse tipo de cuidado, sendo a atividade, onde se observa a menor participação das mesmas, com diferenças estatísticas significantes, quando se relaciona com a idade da mãe ( $p=0,012$ ). Para levar a criança ao médico, 82,4% (244) se responsabilizam por esse tipo de cuidado e 85,8% (254) levam as crianças para vacinar. Observa-se associação estatisticamente significativa, quando se relaciona, somente a mãe participando dos cuidados, com a idade das mesmas ( $p=0,021$ ). A pessoa que mais frequentemente ajuda a adolescente nos cuidados da criança é a avó materna. Esses dados estão apresentados na Tabela 7.

**Tabela 7**

Distribuição percentual das mães por idade quanto aos cuidados das crianças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Idade da mãe</i>				<i>Total</i>		<i>P</i>
	<i>≤16 anos</i>		<i>&gt;16 anos</i>				
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
<b><i>Quem alimenta o bebê</i></b>							
A mãe	69	71,9	158	79,0	227	76,7	0,3265
A mãe e outros	25	26,0	37	18,5	62	20,9	
Só outros	2	2,1	5	2,5	7	2,4	
<b><i>Quem decide o que o bebê vai comer</i></b>							
A mãe	71	74,0	157	78,5	228	77,0	0,6849
A mãe e outros	21	21,9	36	18,0	57	19,3	
Só outros	4	4,2	7	3,5	11	3,7	
<b><i>Quem banha</i></b>							
A mãe	55	57,3	147	73,5	202	68,2	0,0126
A mãe e outros	31	32,3	44	22,0	75	25,3	
Só outros	10	10,4	9	4,5	19	6,4	
<b><i>Quem leva ao médico</i></b>							
A mãe	75	78,1	169	84,5	244	82,4	0,1230
A mãe e outros	18	18,8	30	15,0	48	16,2	
Só outros	3	3,1	1	0,5	4	1,4	
<b><i>Quem leva para vacinar</i></b>							
A mãe	79	82,3	175	87,5	254	85,8	0,1459
A mãe e outros	14	14,6	24	12,0	38	12,8	
Só outros	3	3,1	1	0,5	4	1,4	
<b><i>Cuidado geral</i></b>							
A mãe em todos acima	48	50,0	128	64,0	176	59,5	0,0216
Restante	48	50,0	72	36,0	120	40,5	

Em face das variáveis cuidados básicos e doença, vê-se que, das 188 crianças que adoeceram, 106 (56,4%) recebem cuidados exclusivos da mãe, e das 108 que não adoeceram, 70 (64%), também recebem cuidados exclusivos da

mãe ( $p=0,177$ ). Neste estudo, não houve associação entre doença nas crianças e cuidados desenvolvidos pelas próprias mães ou por terceiros.

A análise revela que um número significativo de mães, 75,3% (223), recebe ajuda financeira de outras pessoas para a manutenção das crianças. Das 223 mães que recebem ajuda financeira, 122 (54,7%), somente a mãe participa dos cuidados da criança e 101 (45,3%) recebem ajuda de outras pessoas no desenvolvimento dos cuidados. Das 73 que não recebem ajuda financeira, 54 (74,0%) cuidam sozinhas e 19 (26%) não cuidam sozinhas dos filhos ( $p=0,004$ ). Vê-se que a independência monetária faz com que ela cuide mais sozinha.

A grande maioria das mães entrevistadas mostra pouco conhecimento no manejo de algumas doenças passíveis de tratamento domiciliar ou de situações que necessitem de intervenção imediata. Vê-se que, as mães tem um melhor conhecimento de como proceder diante de um quadro febril e diarréico nos seus filhos, mas, mesmo assim, ainda é considerado pouco significativo. O conhecimento do manejo de outros quadros patológicos ou de risco imediato para a criança, também é escasso (Tabela 8).

**Tabela 8**

Distribuição percentual do conhecimento das mães quanto aos cuidados infantis do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Febre</i>	129	38,0
<i>Diarreia</i>	123	36,3
<i>Tosse</i>	46	13,6
<i>Engasgo</i>	12	3,5
<i>Queda</i>	12	3,5
<i>Queimadura</i>	9	2,7
<i>Vômito</i>	8	2,4

## 5.2 Resultados dos dados das crianças

As 296 crianças ficaram assim distribuídas: 151 (51,0%) do sexo masculino e 145 (49,0%) do feminino, com idades que variavam de dois dias de vida até 12 meses completos, sendo 61 (20,6%) maiores de seis meses e 235 (79,4%), com idade igual ou menor a seis meses. A média de idade do grupo foi de 3,5 meses (Tabela 9).

**Tabela 9**

Distribuição das crianças por sexo e idade do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

Sexo	<i>Idade da criança</i>				<i>Total</i>	
	<i>≤ 6 meses</i>		<i>&gt; 6 meses</i>		<i>Nº</i>	<i>%</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
Masculino	118	50,2	33	54,1	151	51,0
Feminino	117	49,8	28	45,9	145	49,0
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>

### 5.2.1 Estado vacinal

Quase cem por cento das crianças (294/296) tinham cartão de vacina (Cartão da Criança), pois 281 (95,0%) mães o apresentaram no momento da entrevista; 13 (4,3%) disseram possuí-lo, entretanto não o apresentaram e apenas 02 (0,7%) mães referiram que as crianças não tinham cartão de vacina. Foi considerado o calendário vacinal obrigatório para o primeiro ano de vida e

estabelecida a relação com a idade das crianças do estudo. Os resultados desta pesquisa apontam que as crianças apresentavam boa cobertura vacinal. (Tabela 10).

**Tabela 10**

Distribuição das crianças por idade e vacinas obrigatórias no 1º ano de vida do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002

<i>Vacinas</i>	<i>Idade atual (na data da entrevista)</i>					
	<i>Até 1 mês (n=139)</i>	<i>1 -  2 meses (n=32)</i>	<i>2 -  4 meses (n=33)</i>	<i>4 -  6 meses (n=31)</i>	<i>6 -  9 meses (n=30)</i>	<i>9 -  12 meses (n=31)</i>
<i>BCG</i>	118(85%)	31(97%)	33(100%)	31(100%)	30(100%)	31(100%)
<i>Hepatite B</i>	114(82%)	32(100%)	33(100%)	30(97%)	28(93%)	31(100%)
<i>DPT</i>	-	30(94%)	32(97%)	30(97%)	29(97%)	31(100%)
<i>HIB</i>	-	26(81%)	29(88%)	29(94%)	26(87%)	30(97%)
<i>Sabin</i>	-	31(97%)	31(94%)	31(100%)	30(100%)	31(100%)
<i>Sarampo</i>	-	-	-	-	9(30%)	30(97%)

### 5.2.2 Aleitamento materno

O aleitamento materno informado evidenciou que 221 crianças (74,7%) eram alimentadas ao seio, sendo 32 (14,4%) em aleitamento materno exclusivo e 189 (85,6%) em alimentação mista. Das crianças que mamavam, 198 (89,6%) tinham menos de seis meses de idade, e 23 (10,4%) tinham mais que seis meses. A média de dias de duração do grupo de crianças com aleitamento materno exclusivo foi de, no mínimo, 117 dias e do grupo com alimentação mista, a média foi de, no mínimo, 180 dias. Isolando as 75 crianças que não mais eram alimentadas ao seio, 17 (22,8%) deixaram de mamar antes de

completarem um mês de vida; 8 (10,7%) mamaram somente durante um mês; 12 (16,0%) mamaram por 2 meses; 14 (18,7%), por 3 meses, enquanto 6 (8,0%) mamaram durante 4 meses. O restante do grupo (23,8%) mamou 4 meses ou mais.

Considerando a variável doença com o tipo de alimentação das crianças, vê-se que, das 188 crianças que adoeceram, 54 (28,7%) recebiam alimentação básica, 71 (37,8%), leite materno e outros tipos de alimentos e 63 (33,5%) só outros alimentos. Entre as 108 que não adoeceram, 67 (62,0%) recebia alimentação básica, 29 (26,9%) leite materno e outros alimentos e 12 (11,1%), somente outros alimentos ( $p < 0,05$ ).

Vê-se que os bebês adoeceram bem menos quando em aleitamento materno e/ou alimentação básica, do que quando se introduz outro tipo de alimento. Considerando que a associação entre a utilização de outros alimentos e doença nos bebês apresenta significado estatístico, tomou-se a variável dependente doença e a variável independente tipos de alimentos, para análise estratificada.

No ajuste do modelo para análise de regressão logística, com sensibilidade de 72,3% e especificidade de 62%, observa-se uma vez maior chance das crianças adoecerem quando em alimentação básica, ou seja, chances de um para um de adoecerem, quando em aleitamento materno exclusivo ou alimentação básica. Três vezes maior chance de adoecerem, quando em uso de leite materno e outro alimento, e seis vezes maior chance de adoecerem quando fazem uso somente de outro alimento, que não o leite materno.

O risco para a incidência de doença nos bebês aumenta, na medida em que, outros alimentos, que não o leite materno, são introduzidos na dieta da criança. Esses dados estão representados no Quadro 5.

### Quadro 5

Análise da associação tipo de alimento x doença nas crianças

LEITE MATERNO – LM	P	ODDS RATIO	INTERVALO
ALIMENTAÇÃO BÁSICA	0,9000	1,05	0,46 - 2,36
LM+ OUTRO ALIMENTO	0,0062	3,15	1,38 - 7,15
SÓ OUTRO ALIMENTO	0,0001	6,75	2,65 – 17,4

Em comparando a idade da mãe com a introdução de outros alimentos, mães maiores de 16 anos introduzem outros alimentos que não o leite materno, mais precocemente que as mães com até 16 anos ou menos. Porém, não foi observada associação estatisticamente significativa entre idade da mãe e introdução de outros alimentos ( $p=0,880$ ). O chá foi o alimento mais freqüentemente ofertado (60,8%) às crianças com menos de um mês de vida, seguido da água, em 36,1% dos casos. Dezesesseis por cento das crianças, com menos de um mês de vida, já faziam uso de leite artificial. A média de idade das crianças que não mais mamavam foi de 7,6 meses, desvio padrão 3,6.

#### 5.2.3 Consultas médicas e de puericultura

Quanto ao número de consultas médicas ou de enfermagem a que as crianças se submeteram, no mês anterior à entrevista, 170 (57,4%) haviam feito consulta pelo menos uma vez. Ao relacionar a idade da mãe com a realização de consultas, no último mês anterior à data da entrevista, observa-se que as mães, com idade superior a 16 anos, levaram os filhos para consultas com maior freqüência que as mães com idade inferior a 16. Das 170 crianças consultadas,

97 (57,1%) o foram por motivo de doença e 73 (42,9%) para acompanhamento ou controle normal. Das consultadas por doenças, o motivo mais freqüentemente alegado pelas mães foi a IRA, seguido das afecções cutâneas e das diarréias (Tabela 11).

**Tabela 11**

Freqüência dos sintomas que motivaram as consultas das crianças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>N<sup>o</sup></i>	<i>%</i>
<i>IRAs</i>	61	44,8
<i>Afecções cutâneas</i>	29	21,1
<i>Diarréias</i>	25	19,3
<i>Outros sintomas</i>	30	14,8

Estabelecendo a relação entre a idade da mãe e as causas das consultas, conclui-se que, para os dois grupos de mães, com 16 anos ou menos, e com mais de 16, o motivo mais freqüentemente alegado foi a doença ( $p=0,356$ ).

Quarenta mães (13,5%) referiram ter tratado algum tipo de doença nos filhos, sem levá-los ao médico, com algumas crianças com mais de um sintoma, sendo 21 mães (52,5%) maiores de 16 anos e 19 (47,5%) com até 16 anos. Das 40 crianças que tiveram alguma doença e foram tratadas em casa, 25 (62,5%) eram cuidadas somente pelas mães e 15 (37,5%) outras pessoas também cuidavam da criança ( $p=0,731$ ). Vê-se que, cuidar sozinha ou com ajuda não influencia na decisão de levar o bebê ao médico ou tratá-lo em casa. Das 176 mães que cuidam sozinhas das crianças, 25 (14,2%) trataram algum tipo de doença nos filhos, sem os levarem ao médico.

As infecções respiratórias agudas (IRAs), as afecções cutâneas e as diarreias foram as doenças mais citadas, por ordem de frequência, conforme apresentação dos dados, na Tabela 12.

**Tabela 12**

Frequência dos sintomas nas crianças tratadas em domicílio do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>IRAs</i>	26	49,0
<i>Afecções cutâneas</i>	17	32,0
<i>Diarreias</i>	10	19,0

Algumas crianças apresentaram mais de um tipo de sintoma

#### **5.2.4 Hospitalizações**

Do total das crianças estudadas, 17 (5,7%), foram hospitalizadas no mês anterior à entrevista, sendo a diarreia, a causa mais frequentemente referida, como motivo de internação, seguido das pneumonias e da asma. Relacionando a idade da mãe com o grupo de crianças internadas, 5 mães (29,4%) que tiveram os filhos internados, tinham 16 anos ou menos e 12 (70,6%) eram maiores de 16 anos ( $p=0,784$ ). Não foi observado, no estudo, associação estatisticamente significativa entre hospitalização da criança e idade da mãe (Tabela 13).

**Tabela 13**

Distribuição percentual das crianças hospitalizadas por idade da mãe do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de adolescentes. NAMI-HIAS,2002.

<i>Variável</i>	<i>Hospitalização</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>16 anos ou menos</i>	5	29,4
<i>Mais de 16 anos</i>	12	70,6

O fato de as crianças serem cuidadas por suas próprias mães ou por terceiros não aumentou ou diminuiu a incidência de internações, quando se relaciona cuidados básicos da criança com hospitalização ( $p=0,573$ ).

## **DISCUSSÃO**

---

## **6 DISCUSSÃO**

Embora este estudo transversal tenha sido, em parte, desenvolvido em serviço de referência, no Estado, para a assistência ao filho de mãe adolescente, não podemos considera-lo como representativo da população dos filhos de mães adolescentes de baixa renda, do município de Fortaleza, pelo fato de se ter estudado apenas aquelas crianças que se encontravam sob controle médico assistencial. Uma outra limitação foi o pequeno contingente de mães com idade igual ou menor que 16 anos. Talvez, se houvesse maior casuística para esta faixa etária, tivéssemos um resultado diferente. A falta de um grupo controle de mães maiores de 19 anos, não nos permite afirmar se os filhos de mães adolescentes mostram maior risco de morbidade, que os filhos de mães com mais idade. As 139 crianças com menos de um mês de vida, não tiveram tempo de adoecer. A heterogeneidade da amostra, subestimou os resultados.

Após esclarecimento prévio dos objetivos do estudo, não houve recusa por parte de nenhuma das mães em participar do mesmo, com solicitação inclusive de novas avaliações nas crianças e esclarecimento de dúvidas, em ocasiões posteriores. Risco de morbidade entre filhos de mães adolescentes e de baixa renda tem sido demonstrado. Os resultados desta investigação podem ajudar a esclarecer a natureza da relação entre ser filho de mãe adolescente de baixa renda e probabilidade de adoecer. A seguir, serão discutidos os dados de maior relevância do estudo.

### **6.1 Variáveis relacionadas às mães**

As características pessoais e demográficas das mães se assemelham à grande maioria das mães adolescentes brasileiras de baixa renda, mostrando

tendência de média a baixa escolaridade do grupo. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS - (BENFAM, 1997) já mostrava uma correlação negativa entre fecundidade e escolaridade entre as mulheres jovens do Brasil, permitindo até a hipótese da existência de causalidade ambivalente da relação entre educação e maternidade. Santos Junior (1999) relata o grande número de abandono escolar das adolescentes por conta da gravidez, sendo a 6ª série o marco desse abandono. A média de anos de escolaridade do grupo foi de 6,5 anos, se assemelhando, portanto, aos achados da literatura. Silva e Duran (1990), em pesquisa realizada no continente americano, incluindo o Brasil, mostram que a educação das mães e a redução da fecundidade são as variáveis mais fortemente relacionadas com o risco de morte, no primeiro ano. Neste estudo, não houve relação estatisticamente significativa entre a escolaridade da mãe e um maior risco de morbidade nas crianças. Se tivéssemos maior casuística de mães com escolaridade igual ou menor que 4 anos, talvez fosse possível a associação exibir maior poder estatístico.

O estado civil das mães apresenta o mesmo padrão do citado na literatura (PROSAD, 1996; BRUNO *et al.*, 2000), com predomínio de mães em uniões consensuais e casadas após o nascimento do filho. A literatura faz referência à importância da figura paterna, no desenvolvimento dos cuidados do filho, compartilhado com a mãe (BALDWIN; CAIN, 1980; MAIA FILHO *et al.*, 1998; LIMA, 2002). No grupo, não foi observada nenhuma relação quanto ao maior ou menor risco de morbidade nas crianças, quer as mães estivessem casadas ou em uniões consensuais, quer solteiras. Da mesma forma, o fato de a gravidez ser desejada ou não também não determinou nenhuma influência quanto ao risco aumentado de morbidade entre as crianças.

As condições do processo reprodutivo de mães adolescentes têm sido amplamente discutidas na literatura (COSTA, 1983; BARROS *et al.*, 1984; SILVA, 1984; DAVIS, 1988; HECHTMAN, 1989; MARIOTONI; BARROS

FILHO, 1998; RIBEIRO *et al.*, 2000; COSTA *et al.*, 2001; NEVES FILHO, 2002). É inquestionável a relação existente entre tempo gestacional e risco aumentado de morbidade e mortalidade entre as crianças. Neste estudo, não foi observada maior incidência de doenças entre as crianças que nasceram pré-termo, provavelmente em decorrência da pequena casuística de gestações, com tempo menor que 38 semanas. A prevalência de baixo peso ao nascer, entre filhos de mães adolescentes, tem sido reportada (LEITE, 1996; COSTA *et al.*, 2001). Apesar de não ser considerado baixo peso, a média de peso dos RN dos dois grupos de mães, mostram diferenças significativas, quando analisadas isoladamente. Assim, neste estudo, estatisticamente, não existe nenhuma relação entre ser mãe mais jovem e os filhos adoecerem, e gerar filhos com menos peso. As crianças que nasceram com baixo peso adoeceram, na mesma proporção das que apresentaram peso igual ou maior que 2500g.

As condições sanitárias em que vive a população é fator determinante para uma maior incidência de morbidade e mortalidade, especialmente entre as crianças menores de cinco anos (BEHN; MARCHANT; MARIN, 1970; BARROS; VICTORA, 1991; BRASIL, 1999). Não houve diferenças na incidência de morbidade entre os dois grupos de crianças que tinham suprimento de água da rede pública, no interior das residências, das que não o tinham. Este fato, provavelmente, foi influenciado pelo baixo número de residências (42/296) que não possuíam ponto de água, no interior dos domicílios.

A sobrevivência infantil, em países em desenvolvimento, continua sendo um dos maiores desafios de Saúde Pública, mesmo neste início de século. Extremamente influenciada por fatores sociais, econômicos e políticos, está também diretamente relacionada com os cuidados que são dispensados às crianças, em especial, no primeiro ano de vida (MARCONDES, 1986; YUNES; ALCÂNTARA, 1986). Em quase 60% dos casos, os cuidados com as crianças são desenvolvidos pelas próprias mães, sendo, no ato específico de banhar,

observada a menor participação das mesmas. Entretanto, mais da metade dessas mães, não tem conhecimento de algumas doenças na criança ou de situações que necessitem de intervenção imediata. Como as idas aos Serviços de Saúde para consultas e vacinações são realizadas, em sua grande maioria (mais de 80%) pelas próprias mães, talvez seja este o momento ideal para intervenções, no sentido de planejar outras gravidezes e orientar quanto aos cuidados com o filho, já que quase 90% das mães mostram pouco ou quase nenhum conhecimento e habilidade no manejo de algumas doenças da infância ou de situações de risco. O estudo não apresenta relação estatisticamente significativa entre risco aumentado de morbidade e cuidados desenvolvidos com as crianças pelas mães exclusivamente ou com ajuda de terceiros.

## **5.2 Variáveis relacionadas às crianças**

Uma das estratégias de sobrevivência infantil é o combate às doenças evitáveis, por vacina. O Programa Nacional de Imunização (PNI), desenvolvido no país, nos últimos vinte anos, vem produzindo grande impacto, na redução das doenças infecciosas imunopreveníveis. Segundo Hechtman (1989), filhos de mães adolescentes tendem a receber menos doses de vacinas e serem menos imunizados. Smolen *et al.* (1984) não encontraram diferenças no cumprimento do calendário vacinal, entre crianças de mães adolescentes e adultas. Valenzuela *et al.* (1987) revelam uma percentagem de vacinação, ao fim do primeiro ano, de 74% para os filhos de mães adolescentes e de 83,8% para os de mães com mais idade. Chavez *et al.* (1995) não encontraram diferenças significativas quanto ao cumprimento do calendário vacinal entre filhos de mães adolescentes e adultas. A grande maioria das crianças estudadas, quase 100%, possuíam Cartão da Criança demonstrando, assim, a importante conotação que o mesmo vem

apresentando, entre os familiares da criança, no monitoramento da saúde infantil. A cobertura vacinal foi considerada boa, sendo os percentuais da vacina BCG, Hepatite b, DPT e Sabin, os maiores, entre todas as vacinas.

Nas nações mais pobres, a lactância materna é o único recurso que tem garantido a sobrevivência infantil. Teoricamente, são conhecidas suas inúmeras vantagens por ser leite humano, mais balanceado e estéril, com temperatura adequada, além de determinar maior proteção às crianças contra doenças diarréicas, respiratórias e infecciosas. Entretanto, em vários países do mundo, a prática do aleitamento tem duração curta e prevalência baixa, apesar de todos os esforços despendidos na promoção desta prática (WHO, 1982). Em áreas urbanas do Brasil, essa prática é relativamente curta, por conta de fatores culturais, stress emocional, local de trabalho da mãe distante de casa, dentre outras causas (MARTINEZ; ASHWORTH; KIRKWOOD, 1989). Esses autores, acompanharam uma coorte de 536 crianças pobres da cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, e constataram que a média de duração do aleitamento materno foi de 18 semanas (135 dias). Favareto e Thomson (1991), acompanhando crianças em ambulatório de Puericultura no norte do Paraná, encontraram uma média de 24 semanas (180 dias). Nos estudos de Aguirre *et al.* (1995), no Chile, a média de duração do aleitamento exclusivo, entre mães adolescentes de nível socioeconômico baixo, foi de 16,7 semanas (125 dias). Em Cuba, Diaz, Herrera e Muñoz (1990) encontraram uma média de tempo de lactância, entre adolescentes, de 8 semanas (60 dias).

Entre as crianças do estudo, a média de dias de duração, em aleitamento materno exclusivo, foi, aproximadamente 15,6 semanas (117 a 120 dias) e, em alimentação mista, 24 semanas (180 dias). Vê-se que os dados estão de acordo com os encontrados na literatura. Apesar de se tratar de população sob controle médico assistencial, a prevalência se encontra abaixo do recomendado pela OMS. A incidência de morbidade entre as crianças que não mamavam, na

época da entrevista ou que nunca mamaram, é significativamente maior do que nas crianças que mamavam ou mamaram, indicando, portanto, forte associação entre não mamar e adoecer.

Para se acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, é necessária a assistência global, de maneira evolutiva. O caráter vigilante da assistência à criança se dá por conta de sua maior vulnerabilidade aos agravos de qualquer natureza, em especial, no primeiro ano, cujo objetivo é prevenir fatores morbígenos que costumam ocorrer.

Estudo desenvolvido por Romero *et al.* (1984) mostra a porcentagem de 97,9% de crianças de mães adolescentes, com mais de oito controles, no primeiro ano de vida. Jalil *et al.* (1986) revelam que 67,2% das crianças de mães adolescentes cumpriram adequadamente o programa de dez ou mais controles, no primeiro ano de vida. Neste estudo, 42,9% das crianças haviam se submetido a uma consulta de controle, no mês anterior à data da entrevista. As mães, com mais idade, levaram os filhos para consultas de controle ou por doença, com mais frequência que mães mais jovens. Estudo de Smolen *et al.* (1984) revela que os filhos de mães adolescentes, com mais idade, tiveram mais visitas às clínicas, por problemas médicos, que os filhos de mães mais jovens.

Não foi possível a análise da variável estado geral, por considerarmos uma avaliação bastante subjetiva.

Embora possa parecer clara a relação existente entre baixa renda, maternidade na adolescência e morbidade infantil, estudos subseqüentes, com grupos controles tornam-se necessários, na tentativa de melhor conhecer a complexa rede de causalidades, para que medidas efetivas se estabeleçam, na prevenção e no controle de doenças dos filhos de mães adolescentes.

## **CONCLUSÕES**

---

## 7 CONCLUSÕES

1. O curto período de amamentação entre as crianças foi fator determinante de doença.
2. Este estudo mostra que crianças filhas de mães adolescentes de baixa renda apresentam, como principais patologias, as Infecções Respiratórias Agudas (IRAs), seguidas das afecções cutâneas e das diarréias.
3. O estado psíquico e social das mães, não foram fatores determinantes de morbidade em suas crianças, apesar dos resultados apontarem maior número de tentativas de aborto entre mães que preferiam ter esperado mais tempo para engravidar e nas que mostraram sentimentos negativos ao vivenciarem a maternidade.
4. As condições do processo reprodutivo, envolvendo o tempo gestacional, vitalidade e peso ao nascer, não foram significativos, suficientemente, para determinar morbidade nas crianças. Embora sem diferença estatística, os RN das mães mais jovens ( $\leq 16$  anos) mostraram PN inferior ao das mães mais velhas (17-19 anos), apesar de não ser baixo peso.
5. O grupo de crianças apresentou boa condição sanitária, o que não determinou aumento na incidência de morbidade.
6. As adolescentes mostram pouco ou quase nenhum conhecimento a respeito das doenças próprias da infância ou de situações que necessitem de intervenção imediata. Mães mais velhas cuidam mais que as mais jovens e as casadas cuidam mais que as solteiras.
7. As crianças, filhas de adolescentes, dos Serviços de Pediatria do Núcleo de Atenção Médica Integrada e do Hospital Infantil Albert Sabin mostraram bom nível de saúde, no que se refere as condições de nascimento, sendo vacinadas e aleitadas muito bem, sem diferenças entre as mais jovens e as mais velhas.

## **RECOMENDAÇÕES**

---

## 8 RECOMENDAÇÕES

1. Os serviços de saúde deveriam aproveitar o momento da vacinação, puericultura e consultas para promover orientações sistemáticas sobre cuidados básicos de doenças mais frequentes, na infância, prevenção de acidentes e primeiros socorros.
2. Serviços especializados no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, deveriam orientar e incentivar as adolescentes para uma prática mais prolongada do aleitamento materno.
3. Grande proporção de mulheres não desejaram engravidar e tentaram o aborto, o que sugere intensificar a proposta de orientação continuada nos Serviços e Escolas, para prevenir gestações.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Tradução: Susana Maria Garagoray Ballve. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA-AAP. Gravidez na adolescência-tendências e questões atuais: 1998. **Pediatrics (Edição brasileira)**, v. 3, n. 6, p. 439-444, jul. 1999.

ADAMS, R. D.; VICTOR, M.; ROPPER, A. **Neurologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

AGUIRRE, M. L. C.; MADDALENO, M. H.; GÓMEZ, A. M. C. *et al.* Fomento y vigilancia de lactancia materna en hijos de madres adolescentes. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 66, n. 5, p. 270-275, 1995.

ALTEMEIER, W.; O'CONNOR, S.; VIETZE, P. *et al.* Antecedents of child abuse. **J. Pediatr.**, v. 100, n. 5, p. 823-829, 1982.

AMADOR, M.; HERMELO, M. P.; CANETTI, J. E. *et al.* Adolescent mothers: do they breast feed less? **Acta Paediatrica Hungarica**, v. 32, n. 3, p. 269-285, 1992.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução: Lora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARNEY, W. R.; BERGEN, B. J. Power and visibility: the invention of teenage pregnancy. **Sci. Med.**, v. 18, p. 11-19, 1984.

AUDÍFACE, E. O Adolescente de ontem e de hoje. *In*: MAAKAROUN, M. F.; SOUSA, R. P.; CRUZ, A. R. *et al.* **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

BALDWIN, W.; CAIN, V. S. The children of teenage parents. **Fam. Plann. Perspect.**, v. 12, n. 1, p. 34-43, 1980.

BARRETO, M. L.; CARMO E. H.; NORONHA, C. V. *et al.* Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 127-146, 1993.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. **Epidemiologia da saúde infantil**: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec/Unicef, 1991.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; GRANZOTO J. A. *et al.* Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil – fatores sociais e biológicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 18, p. 301–312, 1984.

BATTAGLIA, F. C.; LUBCHENCO, L. A. A practical classification of newborns infants by weight and gestational age. **J. Pediat.**, v. 71, p. 159, 1967.

BEHM, H.; MARCHANT, L; MARIN, M. *et al.* Mortalidad infantil en Chile: tendencias recientes. **Cuad. Méd. Soc.**, v. 1, n. 3, p. 5 – 13, 1970.

BENFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) 1996. Final Report**. Calverton (MD), 1997.

BONGAARTS, J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. **Studies Fam. Plann.**, v. 28, n. 4 , p. 267–277, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI – 1999**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi.htm>>. Acesso em: 8 ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**: bases programáticas. 2. ed. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília, 1998.

BROWN, H. L.; FAN, Y.; CONSOLIN, W. J. Obstetric complications in young teenagers. **South Med. J.**, v. 84, p. 46-64, 1991.

BRUNO, Z. V.; OLIVEIRA, C. M.; BEZERRA, M. F. *et al.* Impacto da gravidez na adolescência: avaliação um ano após o parto ou aborto. **Rev. Med. UFC.**, v. 40, n. 1/2, p. 31-40, 2000.

BURROWS, R. A.; CARRASCO, D. D.; MUZZO, S. B. Crecimiento y desarrollo en hijos de adolescentes de clase media. Parte I. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 56, n. 3, p. 199-204, 1985.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. *In*: VIEIRA, E. M. *et al.* **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. p. 35-46.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Núcleo de Epidemiologia. **Relatório dos nascidos vivos**. Fortaleza, 2000. Mimeografado.

CHÁVEZ, E. E.; ZEPEDA, J. A. F.; LÓPEZ, V. V. *et al.* Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.**, v. 52, n. 7, p. 415-419, 1995.

COLLI, A. S.; DELUQUE, C. G. Adolescência. *In*: MARCONDES, E. (Coord.) **Pediatria básica**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 1978.

COSTA, C. F. F. **Primiparidade precoce na maternidade Prof. Monteiro de Morais: 1977 – 1979**. Aspectos obstétricos e neonatológicos. 1983. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, Recife, 1983.

COSTA, M. C. O. *et al.* Indicadores materno infantis na adolescência e juventude: sócio demográfico, pré natal, parto e nascidos vivos. **J. Pediatr.**, v. 77, n. 3, p. 235-242, 2001.

COSTA, M. **Sexualidade na adolescência**: dilemas e crescimento. São Paulo: LPM, 1986.

CUNNINGHAM, A.; JELLIFE, D.; JELLIFE, P. Breast-feeding and health in the 1980: a global epidemiological review. **J Pediatr.**, v. 118, p. 659-664, 1991.

CURRIER, R. L. Perspectiva da sexualidade dos jovens. *In*: CONSTANTINE, L. L.; MARTINSON, F. M. **Sexualidade infantil**: novos conceitos novas perspectivas. São Paulo: Roca, 1984.

DAVIS, R. A. Adolescent pregnancy and infant mortality: isolating the effects of race. **Adolescence**, v. 23, n. 92, p. 899-908, 1988.

DIAZ, J. V.; HERRERA, E.; MUÑOZ, J. R. Lactancia materna e madre adolescente. **Rev. Cubana Pediatr.**, v. 62, n. 4, p. 560-565, 1990.

DONAS, S. **Marco epidemiológico-conceitual da saúde integral do adolescente**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, 1992.

DUARTE, A. Gravidez na adolescência: o desafio. *In*: \_\_\_\_\_. **Gravidez na adolescência**: ai, como eu sofri por te amar. 2. ed. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 1997.

FABRÍCIO, S. C.; COSTA, L. N.; SARETTA, R.; SANT ANNA, M. J. C. Incidência de aleitamento materno entre mães adolescentes em uma comunidade predominantemente rural. Tema livre. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL, 7.; III CONGRESSO DA ASBRA, 3.; VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 8., 2001, Salvador. **Anais...** Salvador, 2001.

FACHINI, L. A. **Trabalho materno e ganho infantil**. Pelotas: Universitária, 1995.

FAVARETO, J.; THOMSON, R. Avaliação do programa de estímulo ao aleitamento do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná-Londrina. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, p. 388-392, 1991.

FELICE, M. E.; JAMES, M.; SHRAGG, P. *et al.* Observation related to chronological and gynecologic age in pregnant adolescents. **Yale J. Biol. Med.**, v. 57, p. 777-785, 1984.

FERRAZ, E. A.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. *In: VIEIRA, E. M. et al. Seminário gravidez na adolescência.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. p. 47-54.

FREIRE, G. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 16. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.

GONZALEZ, E. S. C. **Cuidados para crianças menores de 2 anos e características maternas em comunidades de baixa renda de Olinda e Recife.** 1998, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

GRIFFIN, D. K.; MATHENGE, C.; ANDERSON, N. L. R. *et al.* An early intervention program for adolescent mothers: a nursing demonstration project. **Jognn J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 28, n. 1, p. 51-59, 1999.

GRIFFITHS, E. A.; DÍAZ, C. M.; UARAC, M. U. *et al.* Maternidad en adolescentes: desarrollo psicomotor del preescolar. **Cuad. Méd. Soc.**, v. 38, n. 4, p. 58-66, 1997.

HECHTMAN, L. Teenage mothers and their children: risks and problems: a review. **Can. J. Psychiatr.**, v. 34, n. 6, p. 569-575, 1989.

IBGE. **Censo demográfico 2000.** Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1995**. Rio de Janeiro, 1997. Microdados.

JALIL, M. R.; GODOY, J. I.; JALIL, M. M. C. *et al.* El hijo de madre adolescente. Curacavi 1983. **Bol. Hosp. São José de Dios**, v. 33, p. 202, 1986.

JOPIA, M. R.; MUÑOZ, Y. L. Desnutrición en hijos de madres adolescentes. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 58, n. 6, p. 446-449, 1987.

KALINA, E. **Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

KIELL, N. **The universal experience of adolescence**. New York: International University Press, 1964.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. *In*: ABERASTURY, A. **Adolescência normal**. Tradução: Susana Maria Garagoray Ballve. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LEAVEL, H. R.; CLARK E. G. **Medicina Preventiva**. Tradução: Maria Cecília Ferro Donnangelo. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1976.

LEITE, A. J. M. **Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde no município de Fortaleza**. 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

LEIVA, L. B.; BURROWS, R. A.; MACHO, L. F. *et al.* Etiología del retraso estatural en hijos de adolescentes. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 60, n. 2, p. 88-92, 1989.

LIMA, I. C. **Gravidez na adolescência: atividades e responsabilidades paterna**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2002.

MacMAHON, B.; PUGH, T. F.; IPSEN, J. **Métodos de epidemiología**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.

MAIA FILHO, N. L.; NEDER, V. M.; MAIORAL, V. F. S. *et al.*. Gravidez na adolescência. Três décadas de um problema social crescente. **GO Atual**, v. 7, n. 8, p. 28-35, 1998.

MARANHÃO, A. G. K.; JOAQUIM, M. M. C.; SIU, C. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **Tema**, v. 17, p. 6-17, 1999.

MARCONDES, E. (Coord.). **Pediatria básica**. 7. ed. São Paulo: Sarvier, 1986. 2v.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J. Pediatr.**, v. 74, n. 2, p. 107-113, 1998.

MARQUES, S. M. B. Gravidez na adolescência. **Pediatr. Mod.**, v. 28, n. 7, p. 584-590, 1992.

MARTINES, J. C.; ASHWORTH, A.; KIRKWOOD, B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. **Bull. World Health Organ.**, v. 67, n. 2, p. 151-161, 1989.

MATTOS, E. **Infância e adolescência**: uma abordagem médico-social. São Paulo: Atheneu, 1980.

McANARNEY, E. R.; GREYDANUS, D. E. Adolescência. *In*: Adolescência. *In*: KEMPE, C. H.; SILVER, H. K.; O'BRIEN, D. **Pediatria**: diagnóstico e tratamento. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.

McANARNEY, E. R.; LAWRENCE, R. A.; ATEN, M. J. *et al.*. Adolescent mothers and their infants. **Pediatrics**, v. 73, n. 3, p. 358-362, 1984.

McANARNEY, E. R.; LAWRENCE, R. A.; RICCIUTI, H. N. *et al.* Interactions of adolescent mothers and their 1-year-old children. **Pediatrics**, v. 78, n. 4, p. 585-589, 1986.

McAULIFFE, J.; LIMA, N.; GUERRANT, R. L. Patterns of morbidity in childhood in Northeastern Brazil. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUSA, M. A.; NATIONS, M. K. **At the edge of development. Health crisis in a traditional society**. Durham: Carolina Academic Press, 1996.

McGOLDRICK, M. As mulheres e o ciclo de vida familiar. *In*: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronesi. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MORIN, E. **Cultura de massa no século XX. O espírito do tempo II: necrose**. Tradução: Agenor Soares Santos. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

MORLEY, D.; LOVEL, H. **My name is today: an illustrated discussion of child health, society and poverty in less developed countries**. London: Macmillan, 1986.

MOTTA, M. L.; SILVA, J. L. P. Gravidez entre adolescentes muito jovens. **Femina**, v. 22, n. 5, p. 348-354, 1994.

NEVES FILHO, A. C. **Perfil das gestantes atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand e associação entre idade materna e baixo peso ao nascer**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

OMS. Who: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 56, p. 247-253, 1977.

OMS/OPAS. **Manual para la educación en salud integral del adolescente.** Washington (DC), 1996.

ONU. **La juventud del mundo 1996.** New York: PRB, 1998.

OPAS. **La salud dos adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro.** Washington (DC), 1995. (Comunicación para la salud, 6 ).

PEREIRA, J. L. Histórico da gravidez na adolescência. *In:* MOTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; BASTOS, A. C. **Gravidez na adolescência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

PIZARRO, A. R.; ATALAH, E. S.; CUMSILLE, F. G. Factores de riesgo en el crecimiento del hijo de madre adolescente en Punta Arenas. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 63, n. 3, p. 153-158, 1992.

PONTES, L. R. S. K.; ROUQUAYROL, M. Z. A medida da saúde coletiva. *In:* ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). **La actividad sexual y la maternidade entre los adolescents en América Latina y el Caribe: riesgos e Consecuencias.** El Proyecto de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) de Macro International y la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de las enfermedades (CDC). Washington (DC), 1992.

PRETO, N. G. Transformação do sistema familiar na adolescência. *In:* CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar.** Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

REIS, A. O. A. **O discurso da saúde pública sobre adolescentes grávidas: Avatares.** 1993. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

RIBEIRO, E. R. O.; BARBIERI, M. A.; BETTIOL, H. *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 136-142, 2000.

ROCHA, J. A. Baixo peso, peso insuficiente e peso adequado ao nascer em 5940 nascidos vivos na cidade de Recife. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, p. 297-294, 1991.

ROMERO, M. I.; YETZEN, G. M.; MOLINA, R. *et al.* Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes: un estudio descriptivo de seguimiento. **Cuad. Méd. Soc.**, v. 25, n. 3, p. 124-129, 1984.

ROOSA, M. W.; FITZGERALD, H. E. *et al.* Teenage parenting and child development: a literature review. **Infant Mental Health J.**, v. 3, p. 4-18, 1982.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

RUCHALA, P. L.; JAMES, D. C. Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. **JOGNN J. Obstetr. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 26, n. 6, p. 685-689, 1997.

SANTOS JUNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. *In*: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. v.1.

SILVA, A. L. C.; DURAN, M. E. Mortalidad infantil y condiciones higienico-sociales en las amélicas. Un estudio de correlación. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 473-480, 1990.

SILVA, A.C. **Evolução da saúde da criança no Ceará**: um retrato de dois momentos, 1987 e 1994. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

SILVA, J. L. P. Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência. **J. Bras. Ginecol.**, v. 94, n. 8, p. 319-326, 1984.

SILVA, J. L. P. Gravidez na Adolescência: desejada x não desejada. **Femina**, v. 26, n. 10, p. 825-830, 1998.

SMOLEN, P.; MILLER, C.; O'NEAL, R.; LAWLESS, M. R. Health problems during the first year of life in infants born to adolescent mothers. **Southern Med. J.**, v. 77, n. 1, p. 17-20, 1984.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. *In*: VIEIRA, E. M. *et al.* **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. p. 74-91.

STIER, D. M.; LEVENTHAL, J. M.; BERG, A. T. *et al.* Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? **Pediatrics**, v. 91, n. 3, p. 642-648, 1993.

THOMPSON JR., R. J.; CAPPLEMAN, M. W.; ZEITSCHER, K. A. *et al.* Neonatal behavior of infants of adolescent mothers. **Develop. Med. Child. Neurol.**, v. 21, p. 474-482, 1979.

TIBA, I. **Puberdade e adolescência**: desenvolvimento biopsicossocial. 5. ed. São Paulo: Agora, 1986.

UNICEF. **Como pesar e medir niños**. Brasília, 1998.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Brasília, 1995.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Brasília, 2000.

VALENZUELA, S.; ABARCA, C. B.; AILLACH, B. E. *et al.* Primer año de vida en hijos de adolescentes. **Bol. Hosp San Juan de Dios**, v. 34, n. 81, 1987.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; TOMASI, E. *et al.* A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 218-225, 1991.

VICTORA, C. G.; CHANDRA, R. K. **Breast feeding, morbidity and mortality**. Canada: Newfoundland, 1992.

WATERS, J. L. Pregnancy in young adolescents: a syndrome of failure. **Southern Med. J.**, v. 62, p. 655-658, 1969.

WHO. Indicators for assessing breast-feeding practices. **Update**, v. 10, p. 1-4, 1992.

WHO. The prevalence and duration of breast feeding: a critical review of available information. **World Health Statist. Quat.**, n. 2, p. 92-116, 1982.

WILLIAMS, L. O.; DECOUFLÉ, P. Is maternal age a risk factor for mental retardation among children? **Am. J. Epidemiol.**, v. 149, n. 9, p. 814-823, 1999.

YUNES, J.; ALCÂNTARA, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. *In*: MARCONDES, E. (Coord.). **Pediatria básica**. 7. ed. São Paulo: Sarvier, 1986. p. 27-40

YUNES, J.; CAMPOS, O.; CARVALHO, V. S. S. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. **Bol. Sanit Panam.**, v. 103, n. 1, p. 33-42, 1987.

ZEIGER, M. **Essentials of writing biomedical research papers**. New York: McGraw-Hill, 1991.

**APÊNDICE**

---

**APÊNDICE A – Formulário****FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES EM PESQUISA**

Estou informada que a pesquisa realizada por Marilia Joffily Pereira da Costa Parahyba para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, tem como objetivo estudar as principais doenças que ocorrem em crianças, filhas de mães adolescentes. Entendo que a minha participação é voluntária, não tendo a obrigação de responder a qualquer pergunta que me incomode. Não há nenhum impedimento em cancelar a entrevista a qualquer momento, o que não afetará a qualidade do atendimento médico do qual eu, ou minha criança necessitemos. Estou ciente do que consta na pesquisa e concordo com a minha participação.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da mãe adolescente

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B – Questionário

### ENTREVISTA COM A MÃE

AS PERGUNTAS DEVERÃO SER COMPLETADAS PELO (A) ENTREVISTADOR (A)		
1)	Questionário nº. : _____	Quest _____
2)	Código do (a) entrevistador (a): _____	Codent _____
3)	Nome da mãe participante: _____	Iniciais _____
4)	Qual a sua idade: _____ anos	Idmae _____
5)	Data da entrevista:     /     /	Dataen ___/___/___
6)	Qual série você está cursando ou cursou? _____ grau _____ série <b>(00 = NUNCA ESTUDOU)</b>	Grauseri _____
7)	Você está trabalhando atualmente ? 1 - (    ) Sim     2 - (    ) Não     5 - (    ) Nunca trabalhou	Trabhoje _____
7a)	Se sim, qual a sua renda? a - (    ) ≤ 01 salário b - (    ) ≤ 02 – 05 salários c - (    ) ≤ 05 – 10 salários d - (    ) > 10 salários e - (    ) não sabe	Rendamae _____
8)	Qual a renda da família? a - (    ) ≤ 01 salário b - (    ) ≤ 02 – 05 salários c - (    ) ≤ 05 – 10 salários d - (    ) > 10 salários e - (    ) não sabe	Renfam _____
9)	No momento, você está: <b>( LEIA AS ALTERNATIVAS )</b> a - (    ) Casada b - (    ) Mora com o companheiro c - (    ) Solteira com companheiro d - (    ) Solteira sem companheiro 8 - (    ) Outro, especificar: _____	Situaciv _____
10)	Quando você engravidou, você estava querendo ficar grávida naquele momento ou preferia esperar ? 1 - (    ) Queria naquele momento     2 - (    ) Preferia esperar	Quergrav _____
11)	Você tentou abortar a criança? 1 - (    ) Sim     2 - (    ) Não	Aborto _____

12)	Como você se sente em ser mãe? a – ( ) sentimentos positivos b – ( ) sentimentos negativos	Sermãe _____
13)	A sua gravidez foi de nove meses ou o bebê nasceu antes do tempo? 1 – ( ) Nove meses 2 – ( ) Oito meses 3 – ( ) Sete meses 4 – ( ) Seis meses 5 – ( ) Não sabe	Tempgrav _____
14)	Qual o peso do RN ao nascer? _____ g ( <b>999 = IGNORADO</b> )	PRN _____
15)	Seu bebê chorou logo que nasceu? 1 – ( ) Sim                    2 – ( ) Não                    3 – ( ) Não sabe	Chorou _____
16)	Na maioria das vezes, quem alimenta o bebê? 1 – ( ) Eu 2 – ( ) Minha mãe 3 – ( ) Minha sogra 4 – ( ) Minha irmã 5 – ( ) O pai 6 – ( ) Outro, especificar: _____	Alimenta _____
17)	Quem decide o que o bebê vai comer? 1 – ( ) Eu 2 – ( ) Minha mãe 3 – ( ) Minha sogra 4 – ( ) Minha irmã 5 – ( ) O pai 6 – ( ) Outro, especificar: _____	Decideal _____
18)	Quem banha? 1 – ( ) Eu 2 – ( ) Minha mãe 3 – ( ) Minha sogra 4 – ( ) Minha irmã 5 – ( ) O pai 6 – ( ) Outro, especificar: _____	Banha _____
19)	Quem leva ao médico? 1 – ( ) Eu 2 – ( ) Minha mãe 3 – ( ) Minha sogra 4 – ( ) Minha irmã 5 – ( ) O pai 6 – ( ) Outro, especificar: _____	Medico _____



30)	<b>ENTREVISTADOR(A), ANOTE AS DOSES DE VACINAS (SOME TODAS AS DOSES, INCLUSIVE AS DAS CAMPANHAS)</b> a - ( ) BCG (ver cicatriz no braço) ___ dose(s) b - ( ) Anti-sarampo (injeção no braço) ___ doses c - ( ) DPT (injeção na bundinha) ___ doses d - ( ) Hepatite B (injeção na perna) ___ doses e - ( ) Hib (injeção na perna) ___ doses f - ( ) Sabin (gotinha na boca) ___ doses	BCG _____ Sarampo _____ DPT _____ Hepatite _____ Hib _____ Sabin _____
31)	☺ mama no peito? 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não <b>(00 = NUNCA MAMOU)</b>	Mama _____
32)	<b>SE NÃO</b> , com que idade deixou de mamar? ___ meses <b>(88 = ainda mama; 33 = não sabe; 00 se &lt; 1 mês)</b>	Desmame _____
33)	Com que idade ☺ começou a receber a - Água ___ meses b - Chá ___ meses c - Leite em pó ___ meses d - Leite de vaca ___ meses e - Sopinha ___ meses f - Arroz com feijão ___ meses g - Outros, especificar: _____ <b>(00 = com menos de um mês; 88= nunca recebeu regularmente)</b>	Idagua _____ Idcha _____ Idpo _____ Idvaca _____ Idsopa _____ Idfeijao _____ Idoutro _____
34)	Você levou ☺ alguma vez para consultar no último mês? 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não 3 - ( ) Não sabe <b>(SE NÃO OU NÃO SABE, VÁ PARA 37)</b>	Consult _____
34a)	<b>SE SIM</b> quantas vezes? _____ vezes	Consultn _____
35)	Por qual motivo você levou ☺ para consultar? Foi por doença ou para controle normal? 1 - ( ) Doença 2 - ( ) Controle normal <b>(SE 02 VÁ PARA 37)</b>	Causa _____
36)	Qual doença que ☺ apresentou? <b>(O ENTREVISTADOR (A) DEVE SABER DIFERENCIAR A PATOLOGIA)</b> a - Gripe 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não b - Febre (sem outro sintoma) 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não c - Tosse 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não d - Coriza 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não e - Respiração difícil (asma) 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não f - Pneumonia 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não g - Problema de ouvido 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não h - Problema de pele 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não	Gripe _____ Febre _____ Tosse _____ Coriza _____ Respdif _____ Pneumo _____ Ouvido _____ Pele _____

	i – Diarréia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não j – Vômitos 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não 8 – Outros, especificar: _____	Diarre _____ Vômitos _____ Outrdoen _____
37)	☺ foi hospitalizada no último mês? 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não 3 – ( ) Não sabe <b>(SE NÃO OU NÃO SABE, VÁ PARA 39)</b>	Hospital _____
38)	Por qual doença ☺ foi hospitalizada? a – Diarréia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não b – Pneumonia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não c – Asma 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não 4 – Outro, especificar: _____	Hospdiar _____ Hospneum _____ Hospasma _____ Hospoutr _____
39)	E no último mês ☺ teve alguma doença que tratou sem levar ao médico? 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não 3 – ( ) Não sabe <b>(SE NÃO OU NÃO SABE VÁ PARA 40)</b>  a – Gripe 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não b – Febre (sem outro sintoma) 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não c – Tosse 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não d – Coriza 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não e – Respiração difícil (asma) 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não f – Pneumonia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não g – Problema de ouvido 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não h – Problema de pele 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não i – Diarréia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não j – Vômitos 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não 8 – Outros, especificar: _____	Casadoe _____  Casagrip _____ Casafebr _____ Casatos _____ Casacori _____ Casasma _____ Casapneu _____ Casaouvi _____ Casapele _____ Casadiar _____ Casavomi _____ Casaoutr _____
40)	<b>ENTREVISTADOR (A) OBSERVAR SE CRIANÇA APRESENTA ALGUMAS DESSAS CARACTERÍSTICAS NO DIA DE HOJE</b>  a – Gripe 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não b – Febre (sem outro sintoma) 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não c – Tosse 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não d – Coriza 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não e – Respiração difícil (asma) 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não f – Pneumonia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não g – Problema de ouvido 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não h – Problema de pele 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não i – Diarréia 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não i – Desidratação 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não j – Vômitos 1 – ( ) Sim 2 – ( ) Não	Gripehoj _____ Febrehoj _____ Tossehoj _____ Corizhoj _____ Asmahoje _____ Pneuhoje _____ Ouvihoje _____ Pelehoje _____ Diarhoje _____ Desihoje _____ Vomihoy _____

	8 – Outros, especificar: _____	Outcarac _____
41)	<b>ENTREVISTRADOR (A) PESAR E MEDIR A CRIANÇA</b> Peso atual da criança ____ ____, ____ Kg	Pesoat _____
42)	Comprimento: ____ ____, ____ cm	Comp _____
43)	<b>ENTREVISTADOR(A) OBSERVAR ESTADO GERAL DA CRIANÇA E ALGUM PROBLEMA FACILMENTE NOTADO</b> a – Estado geral 1 – ( ) Bom      2 – ( ) Regular      3 – ( ) Péssimo b – Deformidade                      1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não c – Mal formação                      1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não d – Cegueira                              1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não e – Surdez                                  1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não f – Paralisia                                1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não g – Maus tratos                          1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não (Equimoses, queimaduras) h – Descuido com a higiene          1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não i – Desnutrição                            1 – ( ) Sim      2 – ( ) Não 8 – Outro, especificar: _____	Estado _____ Deform _____ Malform _____ Cego _____ Surdez _____ Paralis _____ Mautra _____ Higiene _____ Desnutr _____ Outprobl _____

**ARTIGO**

---

**RISCO DE MORBIDADE NO 1º ANO DE VIDA EM FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES  
DE BAIXA RENDA**

**MORBIDITY RISK IN THE FIRST YEAR OF LIFE OF CHILDREN FROM LOW INCOME  
TEENAGE MOTHERS**

**MARILIA J.P.C. PARAHYBA, ZENILDA V. BRUNO, ROSA M. S. MOTA**

**Resumo**

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo verificar quais fatores poderiam contribuir para maior risco de doenças e agravos em crianças com menos de um ano, filhas de adolescentes de baixa renda.

**Métodos:** Estudo transversal, desenvolvido no período de março de 2001 a março de 2002, com 296 mulheres, com até 19 anos, e seus filhos, menores de 12 meses, de ambos os sexos, atendidos no ambulatório de pediatria do Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, da Universidade de Fortaleza e no ambulatório para filhos de mães adolescentes, do Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS.

**Resultados:** As mulheres tinham idade entre 14 e 19 anos, sendo 96 (32,4%) com até 16 anos e 200 (67,5%) com mais de 16. Não houve associação estatisticamente significativa entre idade materna e doença nas crianças. Cento e noventa e três (65,2%) mulheres, não planejaram a gravidez. Destas, 83,4% mostraram sentimentos positivos quanto à maternidade. O desejo ou não de engravidar e os sentimentos quanto à maternidade não foram determinantes de doença nas crianças, ( $p>0,05$ ). Não observou-se associação entre doença nas crianças e tempo gestacional ( $p>0,05$ ), vitalidade ao nascer ( $p>0,05$ ) e peso ao nascer ( $p>0,05$ ). A média de duração do aleitamento materno foi de 117 dias para alimentação exclusiva e 180, para a mista. Vê-se associação significativa entre duração do aleitamento materno e doença nas crianças ( $p<0,05$ ). Foi considerada boa, a cobertura vacinal para o primeiro ano de vida.

**Conclusões:** A baixa média de duração da amamentação foi considerada importante agravo à saúde das crianças de mães adolescentes.

**Descritores:** Lactente, Morbidade-Lactente, Gravidez na adolescência..

**Abstract**

**Objective:** This study is aimed to assess which factors will contribute to a bigger risk of illnesses and injuries affecting children of low income teenage mothers, in their first year of age.

**Methods:** A transversal-cut study was developed between the months of March 2001 and March 2002, including 296 mothers of 19 years old or younger and their children of both sexes, all of them in their first year of age. The children were treated at the Ambulatory Pediatrics and Childcare Service of the Integrated Medical Care Center (Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI), Fortaleza University, and at the Ambulatory Service for Children of Teenage Mothers, The Albert Sabin Hospital for Children (Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS).

**Results:** The women participating in this study were between 14 and 19 years old by the time of the survey, being 96 of them (32,4 %) 16 years old or younger, and 200 (67,5 %) above this age. There is not statistically significant association between mothers age and illness in their children. 193 women (65,2 %) expressed they would have preferred to wait longer before getting pregnant. Of these, 83,4 % showed positive feelings regarding motherhood. The desire, or its absence, to get pregnant and their feelings regarding their motherhood were not determinant of illness in their children ( $p>0,05$ ). The gestational age at birth, the newborn's vitality, and the PRN did not show any significant association with the children's illness ( $p>0,05$ ). The average breast-feeding period was 117 days for exclusive breast-feeding, and 180 days for a mixed feeding regime. A statistically significant association was found between the length of the breast-feeding period and illness ( $p<0,05$ ). It was considered good the children vaccination status for the first year of age.

**Conclusions:** The low average of the breast-feeding period parameter was considered an important factor negatively affecting the health of the offspring of teenage mothers.

**Keywords:** Infant, Morbidity-Infant, Pregnancy in adolescence.

## **Introdução**

Nos últimos anos, a magnitude da maternidade, na adolescência, tem sido amplamente pesquisada, tanto no aspecto biológico como nos aspectos social e psíquico<sup>1,2,3,4</sup>. A literatura é extensa na abordagem das condições perinatais e neonatais das crianças de jovens mães<sup>5,6,7</sup>. No entanto, ainda são escassos em nosso país, estudos acerca do conhecimento, em médio e longo prazo, dos aspectos de saúde dessa população infantil, que vem mostrando, há algum tempo, a tendência de alta, em virtude do crescente número de jovens que se tornam mães, ainda na segunda década de vida.

Estudo indica o Norte e o Nordeste do Brasil, como as regiões, onde se encontram as maiores proporções de mulheres, entre 15 e 19 anos, que já são mães. Revela também que o fenômeno é mais freqüente, nas regiões mais pobres, entre mulheres com menos estudo<sup>8</sup>. Dados do IBGE (2002)<sup>9</sup> confirmam ser a região Nordeste a área que concentra cerca de 46% da população mais pobre do país e metade dos óbitos infantis.

Elementos subjetivos fazem crer que mães adolescentes têm, “limitada”, a sua capacidade para cuidar dos seus filhos, muitas vezes, manifestada por sentimentos de insegurança e imaturidade emocional. Outras vezes, a realidade social e econômica em que vivem essas mães dificulta ainda mais o cuidar. Assim, a trilogia maternidade na adolescência, baixa renda e morbidade infantil representa, ainda, uma das grandes preocupações da Saúde Pública, neste início de terceiro milênio. Neste sentido, urge integrar a clínica com a epidemiologia e o planejamento em saúde, na busca de recursos efetivos para a sobrevivência infantil. O estudo teve como objetivo verificar quais fatores poderiam contribuir para maior risco de doenças e agravos em crianças, no primeiro ano de vida, de mães adolescentes de baixa renda.

## **Casuística e Métodos**

O estudo transversal, com 296 crianças e mães, foi desenvolvido no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, Universidade de Fortaleza e no Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS, no período de março de 2001 a março de 2002. Os critérios para inclusão na amostra foram: as crianças serem de menos de um ano, filhas de adolescentes com até dezenove anos, se encontrarem regularmente matriculadas nas respectivas instituições e suas mães concordarem em participar da

pesquisa. Como critério de exclusão: crianças nascidas de parto gemelar. As variáveis utilizadas no estudo contemplam as mães, abordando aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais, e as crianças, nos aspectos biológicos. Na variável idade materna, utilizou-se um ponto de corte permitindo a formação de dois grupos: mães com até 16 anos (adolescentes precoces e intermediárias), e mais de 16 anos (adolescentes não precoces ou tardias). A atividade trabalhista foi definida segundo modelos econômicos em duas categorias: ativa (exerce atividade remunerada) e inativa (não exerce atividade remunerada). Para a escolaridade, consideraram-se os anos de permanência na escola: até 4 anos (nenhuma escolaridade), mais de 4 anos (média escolaridade). O estado civil ficou assim definido: mães casadas ou em união consensual e as solteiras com ou sem companheiro. Na variável renda, levou-se em conta o salário mínimo vigente no período da entrevista: até um salário mínimo (SM), 2-4 SM e mais de 4 SM. As condições do processo reprodutivo compreendem: tempo gestacional, pré-termo (menos que 37 semanas) e a termo (mais que 37 semanas); vitalidade da criança ao nascer, ativo (choro ao nascer) e baixa atividade (demora em chorar) e o peso ao nascer: menor ou igual a 2500g (baixo peso ao nascer), 2501-3000 (peso insuficiente) e maior de 3000g (peso adequado). Considerou-se boa cobertura vacinal, as crianças que haviam recebido as vacinas recomendadas para a idade, segundo o Programa Nacional de Imunização, do Ministério da Saúde. Na variável cuidados foi considerado: o ato de alimentar o bebê, decidir o tipo de alimento a ser dado à criança, banhar, levar ao médico e levar para vacinar, envolvendo somente a mãe, a mãe e outras pessoas e somente outros. Para a variável doença, considerou-se: a) as doenças apresentadas no dia da entrevista; b) as doenças tratadas em casa sem intervenção médica; d) as doenças que motivaram a internação da criança e d) as consultas médicas, cujo motivo alegado foi a doença.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com as mães, utilizando-se questionários, após consentimento prévio. Para a análise estatística dos dados, aplicou-se o software EpiInfo 6.02 e Stata 7.0, considerando erro de amostragem de 5,7% e coeficiente de confiança para as estimativas igual a 95%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

## Resultados

Foram estudadas 296 mães com idade variando de 14 a 19 anos. Destas, 96 (32,4%) tinham até 16 anos e 200 (67,5%) eram maiores de 16 anos, com média de idade de 17,2 anos. Quanto à escolaridade, 53 (17,9%) estudaram até 4 anos e 243 (82,0%), mais de 4 anos, com a média de 6,5 anos. A análise revela que 24 mães (8,1%), desenvolviam atividade trabalhista remunerada, sendo que 21 (87,5%), com renda de até um salário mínimo. Das 262 mães que informaram a renda familiar, 197 (75,2%) tinham renda de até um salário mínimo. Em relação ao estado civil, grande parte das adolescentes (70,2%) eram casadas ou em união consensual (Tabela 1).

**Tabela 1**– Caracterização demográfica das mães do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<i>Variável</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<b><i>Faixa etária</i></b>		
14 a 16 anos	96	32,4
17 a 19 anos	200	67,6
<b><i>Escolaridade</i></b>		
Até 4 anos	53	17,9
5 a 8 anos	180	60,8
Mais de 8 anos	63	21,3
<b><i>Renda familiar</i></b>		
Até 1 Salário mínimo	197	75,2
2 a 4 Salários mínimos	64	24,8
<b><i>Estado civil</i></b>		
Casada	26	8,8
Mora com companheiro	182	61,5
Solteira com companheiro	22	7,4
Solteira sem companheiro	66	22,3

Neste estudo, não se observou associação estatisticamente significativa entre doença nas crianças e faixa etária das mães ( $p=0,616$ ), escolaridade ( $p=0,687$ ) e estado civil ( $p=0,689$ ). Das adolescentes, 193 (65,2%) preferiam ter esperado mais tempo para engravidar e 58 (19,5%) referiram tentativa de aborto. Para as 193 mães que preferiam ter esperado mais tempo para engravidar, 61 (83,4%) tinham sentimentos positivos, revelando, assim, a não influência de a gravidez ser desejada ou

não, para a boa aceitabilidade do filho. As crianças adoeceram na mesma proporção entre as mães que desejavam engravidar ou que preferiam ter esperado mais tempo.

Quanto às condições do processo reprodutivo, não se verificaram associações estatisticamente significantes entre doença nas crianças e tempo gestacional ( $p=0,785$ ), vitalidade ( $p=0,240$ ) e peso ao nascer ( $p=0,526$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição das crianças conforme tempo gestacional, vitalidade, peso ao nascer, e doenças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

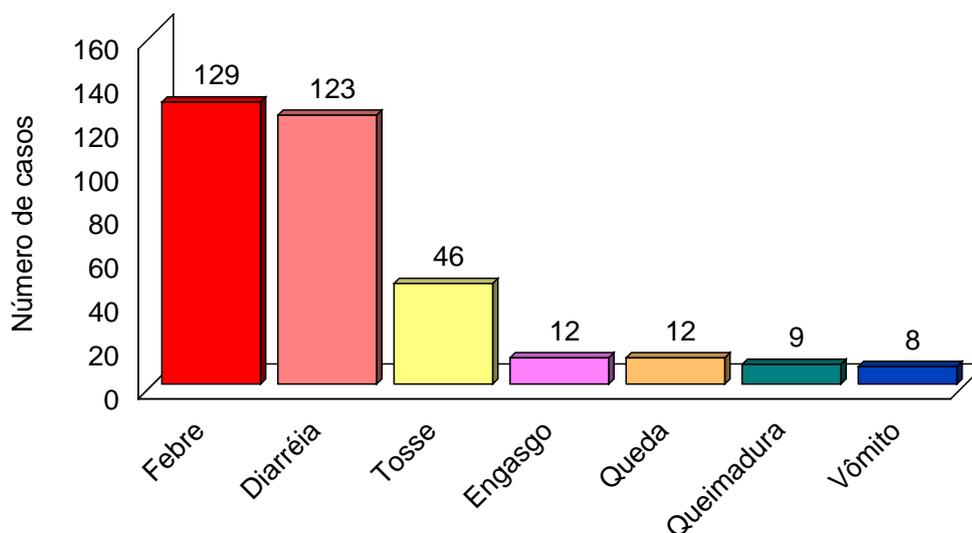
<i>Variáveis</i>	<i>Doença</i>				<i>Odds Ratio</i>	<i>IC 95%</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>			
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>		
<b><i>Tempo de gravidez</i></b>						
Pré-termo	21	11,2	10	9,3	1,23	0,52<OR<2,96
A termo	167	88,8	98	90,7		
<b><i>Chorou ao nascer</i></b>						
Não	32	17,5	12	11,1	1,70	0,79<OR<3,70
Sim	151	82,5	96	88,9		
<b><i>Peso ao nascer</i></b>						
≤ 2.500g	28	14,9	15	13,9	1,08	0,52<OR<2,27
> 2.500g	160	85,1	93	86,1		
<b><i>Amamenta</i></b>						
Não	63	33,5	12	11,1	4,03	1,96<OR<8,43
Sim	125	66,5	96	88,9		

Os cuidados com as crianças são, na maioria das vezes, desenvolvidos pelas próprias mães (Tabela 3). O fato de as crianças receberem cuidados exclusivos das mães ou de outras pessoas não foi suficiente para determinar doença nas mesmas ( $p=0,404$ ).

**Tabela 3** - Distribuição percentual das mães por idade quanto aos cuidados das crianças do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

<b>Variáveis</b>	<b>Idade da mãe</b>				<b>Total</b>		<b>P</b>
	<b>≤16 anos</b>		<b>&gt;16 anos</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>			
<b>Quem alimenta o bebe</b>							
A mãe	69	71,9	158	79,0	227	76,7	0,3265
A mãe e outros	25	26,0	37	18,5	62	20,9	
Só outros	2	2,1	5	2,5	7	2,4	
<b>Quem decide o que o bebê vai comer</b>							
A mãe	71	74,0	157	78,5	228	77,0	0,6849
A mãe e outros	21	21,9	36	18,0	57	19,3	
Só outros	4	4,2	7	3,5	11	3,7	
<b>Quem banha</b>							
A mãe	55	57,3	147	73,5	202	68,2	0,0126
A mãe e outros	31	32,3	44	22,0	75	25,3	
Só outros	10	10,4	9	4,5	19	6,4	
<b>Quem leva ao médico</b>							
A mãe	75	78,1	169	84,5	244	82,4	0,1230
A mãe e outros	18	18,8	30	15,0	48	16,2	
Só outros	3	3,1	1	0,5	4	1,4	
<b>Quem leva para vacinar</b>							
A mãe	79	82,3	175	87,5	254	85,8	0,1459
A mãe e outros	14	14,6	24	12,0	38	12,8	
Só outros	3	3,1	1	0,5	4	1,4	
<b>Cuidado geral</b>							
A mãe em todos acima	48	50,0	128	64,0	176	59,5	0,0216
Restante	48	50,0	72	36,0	120	40,5	

A grande maioria das mães tem pouco ou quase nenhum conhecimento quanto ao manejo de algumas doenças passíveis de tratamento domiciliar ou de situações que necessitem intervenção imediata (Gráfico 1).



**Gráfico 1** - Distribuição percentual do conhecimento das mães quanto aos cuidados infantis do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

Quase cem por cento das crianças (294/296) tinha cartão de vacina (Cartão da Criança), sendo que 281 mães (94,9%) o apresentaram no momento da entrevista. Os resultados indicam boa cobertura vacinal entre as crianças. (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição das crianças por idade e vacinas obrigatórias no 1º ano de vida do estudo sobre o risco de adoecer em filhos de mães adolescentes. NAMI-HIAS, 2002.

Vacinas	<i>Idade atual (na data da entrevista)</i>					
	<i>Até 1 mês</i> (n=139)	<i>1 -  2</i> <i>meses</i> (n=32)	<i>2 -  4</i> <i>meses</i> (n=33)	<i>4 -  6</i> <i>meses</i> (n=31)	<i>6 -  9</i> <i>meses</i> (n=30)	<i>9 -  12</i> <i>meses</i> (n=31)
<i>BCG</i>	118(85%)	31(97%)	33(100%)	31(100%)	30(100%)	31(100%)
<i>Hepatite B</i>	114(82%)	32(100%)	33(100%)	30(97%)	28(93%)	31(100%)
<i>DPT</i>	-	30(94%)	32(97%)	30(97%)	29(97%)	31(100%)
<i>HIB</i>	-	26(81%)	29(88%)	29(94%)	26(87%)	30(97%)
<i>Sabin</i>	-	31(97%)	31(94%)	31(100%)	30(100%)	31(100%)
<i>Sarampo</i>	-	-	-	-	9(30%)	30(97%)

A média de idade das crianças estudadas foi de 3,5 meses. Para o grupo de crianças em aleitamento materno exclusivo, a média de duração foi 117 dias e para o grupo, em alimentação mista, 180 dias. Constatou-se associação estatisticamente significativa entre aleitamento e doença nas crianças ( $p < 0,05$ ). As crianças que não mamaram ou não estavam mais mamando, adoeceram mais. O risco das crianças adoecerem aumenta em três vezes, quando outros alimentos são introduzidos na dieta e em até seis vezes, quando abandonam por completo a prática do aleitamento (Quadro I).

Quadro I - Análise da associação tipo de alimento x doença nas crianças

LEITE MATERNO – LM	P	ODDS RATIO	INTERVALO
ALIMENTAÇÃO BÁSICA	0,9000	1,05	0,46 - 2,36
LM+ OUTRO ALIMENTO	0,0062	3,15	1,38 - 7,15
SÓ OUTRO ALIMENTO	0,0001	6,75	2,65 – 17,4

Cento e setenta crianças (57,4%) foram consultadas pelo menos uma vez, no último mês, anterior à data da entrevista, sendo 97 (57,0%) por motivo de doença e 73 (43,0%) para acompanhamento ou controle normal. Entre as causas referidas, a doença foi o motivo mais freqüente para os dois grupos de adolescentes (precoce e tardia), com 44,8% dos casos de IRAs, 21,1% de afecções cutâneas, 19,3% de diarreias e 14,8% de outras causas. Quarenta mães referiram ter tratado algum tipo de doença em seus filhos, sem levá-los ao médico. As mães com mais de 16 anos levaram os filhos para consultas, com maior freqüência que as de menos de 16. Dezesete crianças (5,7%) foram hospitalizadas no mês anterior à data da entrevista.

### Discussão

Verificou-se que a média de 6,5 anos de estudo, das mães, se assemelha aos achados de Santos Jr. (1999),<sup>10</sup> ao afirmar ser a 6ª série o marco para o abandono escolar entre mães adolescentes, por conta da gravidez. O estado civil apresenta o mesmo padrão do citado na literatura, com predomínio de mães em uniões consensuais e casadas após o nascimento do filho<sup>1,11</sup>. No grupo estudado, não houve nenhuma relação quanto ao maior ou menor risco de morbidade nas crianças,

quer as mães fossem casadas ou em uniões consensuais, quer solteiras. As condições do processo reprodutivo de mães adolescentes têm sido amplamente discutidas na literatura<sup>12,13,5</sup>. É inquestionável a relação existente entre tempo gestacional e risco aumentado de morbidade e mortalidade entre as crianças. Não se observou maior incidência de doenças entre as crianças nascidas pré-termo, com baixo peso ou peso insuficiente, provavelmente em decorrência da pequena casuística de gestações, com menos de 37 semanas.

A sobrevivência infantil, em países em desenvolvimento, extremamente influenciada por fatores sociais, econômicos e políticos, está também diretamente relacionada com os cuidados dispensados às crianças, em especial, no primeiro ano de vida<sup>14,15</sup>. As crianças, recebem cuidados exclusivos da mãe, na grande maioria das vezes, não tendo sido observado, entretanto, risco aumentado de morbidade entre crianças cuidadas exclusivamente pela mãe ou por terceiros.

Foi boa a cobertura vacinal encontrada, semelhante aos achados de Smolen et alii (1984)<sup>16</sup>, que revela não encontrar diferenças no cumprimento do calendário vacinal, entre crianças de mães adolescentes e adultas.

A lactância materna é fator determinante para a sobrevivência infantil. Entre as crianças, a média de duração do aleitamento materno mostra prevalência semelhante com os dados encontrados na literatura<sup>17,18</sup>, apesar de se tratar de população sob controle médico-assistencial. A incidência de morbidade foi maior entre as crianças que recebiam somente outros tipos de alimento, que não o leite materno, do que nas que faziam uso exclusivo de leite materno, resultando, portanto, forte associação entre não mamar e adoecer.

Neste estudo, as mães, com mais idade, levaram os filhos para consultas de controle ou por doença, com mais freqüência que as mais jovens, estando os achados em concordância com os de Smolen et alii (1984)<sup>16</sup> que afirmam que filhos de adolescentes com mais idade visitam mais os médicos, que filhos de mães mais jovens.

Embora possa parecer clara a relação existente entre baixa renda, maternidade na adolescência e morbidade infantil, estudos subseqüentes, com grupos de controles, tornam-se

necessários, na tentativa de melhor conhecer a complexa rede de causalidades para que medidas efetivas se estabeleçam na prevenção e no controle de doenças dos filhos de adolescentes.

### **Conclusões**

Este estudo mostra que entre as crianças, as doenças mais comuns foram as IRAs, as afecções cutâneas e as diarreias. Fatores maternos como gravidez desejada ou não, faixa etária, estado civil e escolaridade não interferiram na maior incidência de doenças e agravos. Entre as crianças, idade gestacional, vitalidade neonatal, peso ao nascer e cuidados, apenas da mãe ou com ajuda, não foram significativos para determinar doença. O fator que mostrou maior significância, determinante de doença foi a amamentação.

### **Referências bibliográficas**

1. Bruno, ZV, Oliveira, CM, Bezerra, MF et alii. Impacto da gravidez na adolescência: avaliação um após o parto. *Rev. Méd. UFC*. 2000; 40: 31-40.
2. Mariotoni, GGB, Barros Filho, AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *J Pediatr*. 1998; 74 (2): 107-13.
3. Maia Filho, NL, Neder, VM, Maioral, VFS et alii. *Gravidez na adolescência: três décadas de um problema social crescente*. *GO Atual*. 1998, VII(8):28-35.
4. Marques, SMB. Gravidez na adolescência. *Pediatr Modern*, 1992,XXVIII(7):584-90.
5. Ribeiro, ERO, Barbieri, MA, Bettiol, H et alii. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2000,34(2):136-42.
6. Silva, JLP. Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência. *J bras Ginec*, 1984, 94(8):319-26.
7. Bettiol, H. Saúde perinatal em Ribeirão Preto. *Estudo de algumas variáveis sociais e biológicas no perfil reprodutivo de mães adolescentes*. 1990. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.
8. Camarano, AA. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998.

9. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000.
10. Santos Jr, JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor, N, Mota, MSFT, Branco, VC (Org.). *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. v 1.
11. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Criança e do Adolescente - *Bases Programáticas*. 2 ed. Brasília, 1996.
12. Costa, MCO et alii. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. *J. Pediat*, 2001, 77(3):235-242.
13. Barros, FC, Victora, CG, Granzoto, JA et alii. Saúde perinatal em pelotas, RS, Brasil – fatores sociais e biológicos. *Rev Saúde Pública*, 1984,18:301-12.
14. Yunes J, Alcântara, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. In: Marcondes, E (Coord.) *Pediatria básica*. 7 ed. São Paulo: Sarvier, 1986.
15. Marcondes, E. (Coord.) *Pediatria básica*. 7 ed. São Paulo: Sarvier, 1986.
16. Smolen, P, Miller, C, O’Neal, R, Lawless, M. Health problems during the first year of life in infants born to adolescent mothers. *Southern Med. J.* 1984,77(1):17-20.
17. Martines, JC, Ashwort, A, Kirkwood, B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Organ.* 1989, 67(2):151-61.
18. Aguirre, MLC, Maddaleno, MH, Gómez, AMC et alii. Fomento y vigilancia de lactancia materna en hijos de madres adolescentes. *Rev Chil Pediatr*, 1995, 66(5):270-75.